

INTERFACES DA MEDICINA:

Campus V celebra 56 anos de excelência
acadêmica da Universidade Iguazu

Hideliza Boechat
Denise Bedim
Juçara Bedim
(Organizadoras)

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU


EXPERT
EDITORA DIGITAL

Ao dividir meus conhecimentos com alunos desta faculdade desde a primeira turma, formada em 2003, tive a honra de participar da formação de milhares de jovens médicos, o que me rendeu um igual número de amigos. Prestes a encerrar minha trajetória nesta instituição, gostaria de registrar a importância das professoras Hildeliza Boechat, Denise Bedim e Juçara Bedim, que coordenam esta obra e, embora não sejam graduadas em medicina, humanizaram o ensino e estimularam a pesquisa e a publicação de artigos pela instituição.

Obra de autores diversos e escopo amplo, os que tiverem a oportunidade de aprender algo, lendo as páginas que seguem estarão complementando o objetivo desta obra, que é difundir o conhecimento produzido pela UNIG Campus V.

Norton Wellington de Pinho Martins

Professor de História da Medicina e Patologia Forense

Universidade Iguaçu, Campus V, Itaperuna - RJ

 10.29327/5568513

ISBN 978-65-6006-188-0



9 786560 061880 >

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU


EXPERT
EDITORA DIGITAL

INTERFACES DA MEDICINA:

Campus V celebra 56 anos de excelência
acadêmica na Universidade Iguazu



Direção Executiva: Luciana de Castro Bastos

Direção Editorial: Daniel Carvalho

Diagramação e Capa: Editora Expert

Revisão: Do Autor

A regra ortográfica usada foi prerrogativa do autor



Todos os livros publicados pela Expert Editora Digital estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 BY-SA. <https://br.creativecommons.org/>

"A prerrogativa da licença creative commons 4.0, referencias, bem como a obra, são de responsabilidade exclusiva do autor"

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat (Org.)

BEDIM, Denise Tinoco Novaes (Org.)

BEDIM, Juçara Gonçalves Lima (Org.)

Interfaces da Medicina: Campus V celebra 56 anos de excelência acadêmica da Universidade Iguazu – UNIG – (Belo Horizonte): Editora Expert, 2025.

537 p.

ISBN: 978-65-6006-188-0

DOI: 10.29327/5568513

Medicina; Ciências da Saúde; Ensino Superior; Produção Acadêmica; Universidade Iguazu – Campus V.

I. Título. II. CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat, (Org.). III. BEDIM, Denise Tinoco Novaes, (Org.). IV. BEDIM, Juçara Gonçalves Lima, (Org.).

CDD: 610

CDU: 61

Modo de acesso: <https://experteditora.com.br>

Índices para catálogo sistemático:

Medicina / Ensino Superior / Ciências da Saúde – 610 / 61

Pedidos dessa obra:

experteditora.com.br

contato@editoraexpert.com.br





Prof. Dra. Adriana Goulart De Sena Orsini
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Alexandre Miguel Cavaco Picanco Mestre
Universidade Autónoma de Lisboa, Escola.
Superior de Desporto de Rio Maior, Escola.
Superior de Comunicação Social (Portugal),
The Football Business Academy (Suíça)

Prof. Dra. Amanda Flavio de Oliveira
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Carlos Raul Iparraguirre
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales,
Universidad Nacional del Litoral (Argentina)

Prof. Dr. César Mauricio Giraldo
Universidad de los Andes, ISDE, Universidad
Pontificia Bolivariana UPB (Bolívia)

Prof. Dr. Eduardo Goulart Pimenta
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
e PUC - Minas

Prof. Dr. Francisco Satiro
Faculdade de Direito da USP - Largo São
Francisco

Prof. Dr. Gustavo Lopes Pires de Souza
Universidad de Litoral (Argentina)

Prof. Dr. Henrique Viana Pereira
PUC - Minas

Prof. Dr. Javier Avilez Martínez
Universidad Anahuac, Universidad
Tecnológica de México (UNITEC), Universidad
Del Valle de México (UVM) (México)

Prof. Dr. João Bosco Leopoldino da Fonseca
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Prof. Dr. Julio Cesar de Sá da Rocha
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof. Dr. Leonardo Gomes de Aquino
UniCEUB e UniEuro, Brasília, DF.

Prof. Dr. Luciano Timm
Fundação Getúlio Vargas - FGVSP

Prof. Dr. Mário Freud
Faculdade de direito Universidade
Agostinho Neto (Angola)

Prof. Dr. Marcelo Andrade Féres
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Omar Jesús Galarreta Zegarra
Universidad Continental sede Huancayo,
Universidad Sagrado Corazón (UNIFE),
Universidad Cesar Vallejo. Lima Norte (Peru)

Prof. Dr. Raphael Silva Rodrigues
Centro Universitário Unihorizontes
e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dra. Renata C. Vieira Maia
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr. Rodolpho Barreto Sampaio Júnior
PUC - Minas e Faculdade Milton Campos

Prof. Dr. Rodrigo Almeida Magalhães
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
PUC - Minas

Prof. Dr. Thiago Penido Martins
Universidade do Estado de
Minas Gerais - UEMG

PRÓLOGO

**A HUMANIZAÇÃO DAS CIÊNCIAS E O
ATENDIMENTO À DIGNIDADE: A HUMANIZAÇÃO
DAS RELAÇÕES SE INICIA NA UNIVERSIDADE**



Foto extraída do Instagram @Unig

O presente E-book comemorativo que encerra uma homenagem à UNIG, inicia-se por esta reflexão acerca do movimento de proteção à dignidade da pessoa humana, que não é recente, como muitos pensam. Iniciou-se a partir da Era Cristã, quando Jesus pregava a solidariedade,

a proteção aos órfãos, às viúvas, aos encarcerados e aos estrangeiros (que eram os vulneráveis daquele tempo histórico). Depois, teve novo impulso com o Iluminismo e as obras de Kant (que concebeu a dignidade como valor maior intrínseco à pessoa humana: “as coisas têm valor, as pessoas têm dignidade”). Mas o fator decisivo para a consagração da dignidade entre todos os povos e nações se deu com o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, DUDH, 1948), após o Tribunal de Nuremberg, quando todos os povos e nações tiveram conhecimento das atrocidades cometidas por Hitler contra a espécie humana. A DUDH consagrou, logo no artigo inaugural, que todas as pessoas são livres e iguais em direitos e dignidade.

A partir de então, as constituições pós-modernas (dos Estados ocidentais) adotaram nos próprios textos a dignidade como um princípio norteador. No Brasil, a dignidade da pessoa humana foi legitimada logo no artigo 1º, inciso III, como fundamento da República Federativa do Brasil, atuando como princípio vetor do ordenamento jurídico e, ainda, representando um axioma, um viés condutor de todas as ações no estado democrático de Direito.

A proteção da dignidade humana inspirou a promoção de um tratamento humanizado entre povos e nações – entendido como a forma de se relacionar com o outro de maneira empática e solidária, reconhecendo-o como igual e tratando-o da mesma forma que gostaríamos de ser tratados. Entretanto, foi recentemente o apogeu da humanização nas relações de atendimento, com raízes na vulnerabilidade humana consagrada na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos (Unesco, 2005).

Fala-se muito sobre as necessidades de humanizar as relações, seja no atendimento médico, na forma de conceber a educação ou na maneira de nos relacionarmos com os estudantes. De fato, vivenciamos uma fase histórica que exige o resgate dos atributos inerentes à dignidade da pessoa humana na prática, no convívio das relações cotidianas e, de modo especial, com destaque para aquelas estabelecidas no ambiente educacional.

Alguns estudiosos do tema costumam iniciar a abordagem da humanização com a seguinte pergunta: não parece redundante humanizar os seres humanos? E para este questionamento tenho uma resposta que, por enquanto, atende à minha perspectiva: penso que a pessoa humana, por ser humana, deve lidar com as outras, levando em consideração essa qualidade que nos é inquestionável, intrínseca e exclusiva. Inquestionável porque todo ser humano tem, sim, natureza humana; intrínseca porque a nossa humanidade é inerente à qualidade de pessoa, todo ser humano nasce e morre na categoria de seres, por mais diversos que sejam (e nesse aspecto, vale lembrar que qualquer deformidade ou malformação não vai retirar do ser humanos tal qualidade, por pior que pareça ser); por fim, exclusiva porque somente o ser humano foi dotado dessa peculiaridade e desse dom, não havendo nenhuma situação em que possa igualar um outro ser (um animal, por exemplo, ao humano), pois, somente o homem foi criado à imagem e semelhança de Deus. Por essa razão, acredito na premissa de que a dignidade, enquanto princípio, valor e atributo, seja algo conferido exclusivamente ao ser humano. Nesse sentido, a literatura é clara e, para alguns autores, chega até a ser redundante o uso da expressão “dignidade da pessoa humana”.

A Espanha concedeu direito aos *pets* de serem considerados membros da família, quando o Jornal El Mundo publicou: “*ESPAÑA: Los animales de compañía serán jurídicamente miembros de la familia desde este miércoles en España. Desde el 5 de enero serán considerados ‘seres vivos dotados de sensibilidad’ e no cosas*”. Pois bem, vários países têm atribuído aos animais a qualidade de “sujeitos sensitivos”, a exemplo de Alemanha, Portugal, França, Argentina (reconheceu como sujeito), Brasil (pelo texto do PLC 27/2018, aprovado pelo Senado, em 2019, os animais não poderão mais ser considerados objetos, fonte: Agência Senado), são qualificações que nos parecem coerentes. Entretanto, penso que a Espanha tenha se excedido ao conferir-lhes o *status* de membro da família. Penso que, para serem membros da família, precisariam ser categorizados como seres dotados de dignidade. Manifesto um pensar próprio, sem contudo me envolver

na discussão da legalidade da família multiespécie, sem polarizar nem criar dissenso, apenas com a intenção de compartilhar um conceito particular e pessoal (fruto de estudos, reflexões à luz de conceitos ético-jurídico-filosófico-teológicos) pelo qual entendo que os sujeitos que compõem as famílias humanas devem ser igualmente humanos, pertencentes à espécie humana, assim categorizadas e dotadas de dignidade, pois, os semoventes, assim classificados pelo Código Civil Brasileiro, não são humanos, embora sejam sensitivos (premissa com a qual concordo). Em verdade, não somente os *pets* são sensitivos, mas, igualmente, outros animais dessa categoria, como equinos, bovinos e demais animais de grande porte. Até os vegetais, e não somente animais, são categorizados por distintas famílias, pois são agrupados de acordo com a similaridade de suas características próprias.

É importante trabalhar o conceito de humanização das relações desde a universidade. Noção essa cabível e, eu diria, necessária em qualquer área acadêmica que o estudante escolha, pois a gentileza no trato e a adoção de algumas condutas descritas, hoje, como humanizadoras devem ser inculcadas desde o início da graduação, não somente com palavras, com rico material didático a respeito do tema, mas, sobretudo, com exemplos.

Nesse sentido, o organista alemão, especialista em Bach, Albert Schweitzer traduziu essa diretriz numa curta sentença: “Dar o exemplo não é a melhor maneira de influenciar os outros. É a única”. Com base nisso, a UNIG tem aprimorado a prática de humanização, incorporando-a às suas relações diárias. Afinal, o movimento de humanização das ciências só faz sentido se a própria instituição adota a humanização das relações como um paradigma de conduta. Dessa forma, podemos (re)pensar as nossas interações no ambiente acadêmico, sempre considerando essa premissa fundamental.

As relações humanizadas, sem dúvida, levam às boas maneiras que aprendemos (ou pelo menos, devíamos ter aprendido) a partir da convivência com nossos pais e avós, no seio das famílias. E se não desenvolvemos essas atitudes jovens, ainda tenros, no seio de nossas famílias, precisamos fazê-lo agora, adotando a humanização das

relações como viés condutor do respeito e promotor da dignidade da pessoa humana, tanto no trato com os estudantes, como nas diversas relações que estabelecemos no âmbito da universidade e de outras atividades laborais que desenvolvemos.

A UNIG exerce uma função social ao se fazer uma instituição aberta que serve à comunidade com responsabilidade e compromisso, ao promover fazeres positivos perante a sociedade. Quando falamos em servir à comunidade, o que queremos dizer é oferecer serviços à população. Muitas pessoas não têm ideia da dimensão do papel social e do compromisso que a instituição estabelece com o município e o povo de sua localização. Em palavras mais claras, a UNIG desempenha a sua função social, colocando de forma gratuita à disposição dos cidadãos de Itaperuna e região fronteira alguns serviços que lhe são extremamente úteis, da seguinte forma: no cumprimento da exigência de oferecer formação integral aos estudantes, a UNIG proporciona atendimento à população por meio das atividades práticas de cada um de seus cursos, disponibilizando serviços à coletividade e, ao mesmo tempo, capacitando os futuros profissionais. O cumprimento da função social se materializa em um leque de atendimentos ofertados às pessoas que dele necessitam, de forma gratuita.

Nesse aspecto, o Curso de Medicina da UNIG disponibiliza à população carente atendimento ambulatorial e médico-hospitalar pelos professores do ciclo clínico e do internato, em várias especialidades.

Para além da Medicina, cada curso disponibiliza uma clínica-escola especializada e devidamente equipada com recursos necessários para o atendimento: veterinário (procedimento cirúrgico inclusive), odontológico (até mesmo, implantes já foram realizados na Clínica-escola). Esses atendimentos são gratuitos para o cidadão, o professor é remunerado e os estudantes dos respectivos cursos, que se encontram em fase de prática, acompanham, participam em certa medida para se tornarem profissionais aptos a atenderem com qualidade.

Esses atendimentos, além de qualificarem os estudantes, que estão sempre acompanhados e sob atenta orientação e supervisão dos

profissionais professores, cumprem a função social junto à população Itaperunense e de municípios vizinhos, sendo essas atividades ações capazes de melhorar a vida da comunidade na qual a universidade está localizada e da qual ela passa a ser parte integrante e atuante.

Na trilha de todos esses aspectos, a UNIG demonstra seu compromisso social com a comunidade, por meio de iniciativas e ações diversas que oferecem serviços gratuitos, efetivos e de alta qualidade à sociedade itaperunense e aos munícipes vizinhos com excelência, reafirmando o papel da instituição na promoção do bem-estar social.

Itaperuna, 01 de maio de 2025.

Hildeliza Boechat.

Docente de Ética e Bioética.

Universidade Iguaçu | Campus V | Itaperuna – RJ.

“A verdadeira educação não consiste em encher vasos, mas em acender fogos — despertar a alma para a busca da verdade. A universidade, nesse sentido, deve ser o lugar onde os olhos da alma são voltados para a luz” (Platão).

TRIBUTO À UNIG

Letra: Hildeliza Boechat Cabral

Música: Regina Angela Codeço de
Oliveira

Linda estrela se levanta
No céu da Capital
a todos logo encanta
luzeiro educacional!

Ao raiar anos setenta
um projeto original:
chega UNIG e representa
um presente sem igual!

Terra onde chega o saber,
firma o solo em que se pisa,
o tripé passa a envolver:
ensino, extensão e pesquisa.

Lócus de grande lição:
“formar para transformar”
em toda a sua missão
não há quem não saiba amar!

Anos velozes passando
gente de todo o Brasil
à UNIG vem chegando
escolhendo cursos mil!

IES já monumental:
Nova Iguaçu, Itaperuna,
alcança a Capital
Cidade Nova, que fortuna!

Comunidade canta em coro
feliz por comemorar,
“UNIG vale ouro”
mil vitórias pra contar

Lócus de grande lição:
“formar para transformar”
em toda a sua missão
não há quem não saiba amar!

PREFÁCIO

Nova Iguaçu completava 136 anos, naquele 15 de janeiro de 1969, quando uma assembleia de cidadãos Iguaçuanos, presidida pelo Dr. Fábio Raunheitti, criou a SESNI – Associação de Ensino Superior de Nova Iguaçu –, que, a partir de 1993, passa a ser denominada UNIG. Destes 56 anos, metade teve convivência com seu prolongamento em Itaperuna, desde a implantação da Faculdade de Direito, em 1997, até a conclusão do aconchegante Campus V. No Noroeste Fluminense, a semente da Baixada caiu em solo fértil, com a gestão de mestres dedicados, possibilitando o bom nível do ensino superior, transformando a vida de muitos jovens da região, cumprindo, assim, a função social da universidade.

Em tempos de Inteligência Artificial, todo texto autoral torna-se um desafio, inclusive este prefácio, mas, buscando argumentos na Constituição Federal que prega o princípio da indissociabilidade e estabelece a obrigação das universidades de promoverem a integração entre ensino, pesquisa e extensão, busca-se o desenvolvimento científico, cultural e social. Ao publicar esta obra, não só cumpre-se uma determinação constitucional, mas divulga-se a produção científica, a extensão e métodos de ensino aplicados na Faculdade de Medicina do Campus V da Universidade Iguaçu em Itaperuna.

Do ponto de vista acadêmico, cremos que o mais importante desta publicação seja o estímulo aos estudantes de medicina a participarem da elaboração de artigos científicos, dando voz à pesquisa e gerando uma maior interação entre discentes e docentes.

Cada capítulo que compõe esta obra é um grito de trabalho e da ação da nossa faculdade, em respostas às cobranças da sociedade e em consonância com as palavras do grande educador Paulo Freire: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Um aforismo diz que a medicina é uma ciência de verdades transitórias. Esta transitoriedade tem se tornado cada vez mais rápida, merecendo uma atualização constante no conhecimento e

um aumento na abrangência do saber. O estudo da Espiritualidade na Promoção da Saúde; Ecos das Negligências; Pessoas Idosas na Era Digital; Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual constituem-se artigos atuais que são negligenciados pelos compêndios médicos. Outros artigos de temas especializados também merecem destaque no ensino da medicina.

Ao dividir meus conhecimentos com alunos desta faculdade desde a primeira turma, formada em 2003, tive a honra de participar da formação de milhares de jovens médicos, o que me rendeu um igual número de amigos. Prestes a encerrar minha trajetória nesta instituição, gostaria de registrar a importância das professoras Denise Tinoco Novaes Bedim, Hildeliza Lacerda Boechat Cabral e Juçara Gonçalves Lima Bedim, que coordenam esta obra e, embora não sejam graduadas em medicina, humanizaram o ensino e estimularam a pesquisa e a publicação de artigos pela instituição.

Obra de autores diversos e escopo amplo, os que tiverem a oportunidade de aprender algo, lendo as páginas que seguem estarão complementando o objetivo desta obra, que é difundir o conhecimento produzido pela UNIG Campus V.

Norton Wellington de Pinho Martins

Professor de História da Medicina e Patologia Forense
Universidade Iguaçu, Campus V, Itaperuna - RJ

APRESENTAÇÃO: PERFORMANCE DA UNIG NO SOLO ITAPERUNENSE

Itaperuna se formou à margem do Rio Muriaé, espelhando-se em seu curso calmo e firme, como se herdasse das águas a arte de avançar em silêncio, mas com força que não se deixa deter. Ao celebrarmos os 56 anos da Universidade Iguaçu (UNIG), voltamos nossos olhos para esse rio como quem consulta um mestre silencioso: ele fala, murmura, canta. E nos ensina que o tempo, como as águas, não apenas corre: ele molda, nutre e faz florescer os sonhos que nele se lançam.

Foi em 1969 que nasceu a semente da UNIG, ainda sob o nome SESNI, regada pela esperança da Baixada Fluminense. Em 1997, como uma árvore robusta e frondosa que lança raízes ao longe, ela chegou a Itaperuna com a instalação da Faculdade de Direito. Não demorou para que o solo fértil do Noroeste fluminense acolhesse outro marco histórico: a criação do curso de Medicina. Ali se fincou uma promessa e ao longo dessas décadas, foi cumprida com vigor, ética e humanidade.

Hoje, celebramos o florescer de um campus que transformou Itaperuna em polo de saber, acolhendo alunos do Brasil inteiro, formando médicos e médicas que seguem pelos rios do país, levando consigo as marcas da UNIG e o compromisso com a vida.

E nesse caminho de formação, há um companheiro que sempre esteve presente, não apenas como cenário, mas como parte viva do processo: o Hospital São José do Avaí (HSJA). Referência incontestável em saúde para todo o Estado do Rio de Janeiro, o HSJA entrelaça sua história à da Medicina em Itaperuna como corpo e alma de uma formação comprometida com a prática, a excelência e o cuidado.

Ao lado desse hospital pulsava também a inteligência generosa do **Dr. Renan Catharina Tinoco**, diretor pioneiro da Faculdade de Medicina do Campus V. Sua liderança serena e firme moldou gerações. É em sua homenagem que o núcleo de pesquisa da faculdade leva hoje seu nome, e o faz com justiça. Porque quando um mestre semeia ciência com afeto, o conhecimento floresce em frutos que curam.

Este e-book que hoje apresentamos é mais do que uma coletânea de artigos: é um mosaico do que somos. Cada capítulo aqui redigido revela não apenas a competência técnica e científica de nossos docentes e discentes, mas também o compromisso ético que norteia a prática da Medicina quando ela se faz com o coração aberto.

Como professor de Bioética do curso de Medicina e também como aluno, sinto-me duplamente emocionado ao fazer esta apresentação. Estar neste lugar de fala é testemunhar o compromisso desta comunidade acadêmica com a ciência, com o cuidado e com a vida, em todas as suas dimensões.

Este livro é muito mais do que uma coletânea de produções. Ele é um retrato sensível e potente da Medicina que ensinamos e aprendemos no Campus V da UNIG. Uma Medicina atenta às **manifestações complexas das doenças**, que se debruça com rigor e empatia sobre temas como a doença inflamatória intestinal, mucormicose rinocerebral, endometriose na menopausa, sífilis congênita, toxoplasmose no comportamento, linfoma não-Hodgkin e síndrome do túnel do carpo.

Que **investiga os efeitos do mundo contemporâneo**, dos cigarros eletrônicos na pele, do erro médico na jurisprudência e até os distúrbios do sono em discentes, porque cuidar da saúde é também olhar para os próprios cuidadores.

É **uma Medicina que vai além da técnica**, que pensa, que escreve, que reflete. Está presente, por exemplo, nos capítulos sobre letramento acadêmico, metodologias ativas, pensadores do ensino, e na aprendizagem baseada em problemas aplicada à comunidade. Que **amplia o olhar para o envelhecimento** como no acesso dos idosos à era digital, para a neurogeriatria e para a espiritualidade como ferramenta terapêutica. Uma **Medicina que pergunta**: como intervir no resgate à dignidade humana nos casos de automutilação? Como amparar mulheres vítimas de violência sexual?

E que beleza é ver tudo isso atravessado pela ciência viva da **extensão universitária**, presente nos relatos do nosso Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina e Cientificidade “Dr. Renam Catharina

Tinoco”, no projeto de promoção da amamentação, no ambiente clínico do ambulatório-escola e nos modelos de acesso aos cuidados primários no Brasil.

Essa obra é, enfim, uma colheita de afetos e saberes, fruto da dedicação de professores, estudantes, médicos em formação, que aceitaram o desafio de escrever sobre a complexidade humana com responsabilidade e sensibilidade.

Como docente da Bioética, vejo neste livro o reflexo de um princípio inegociável: a dignidade do outro como centro de toda prática médica. Como estudante de medicina, vejo esperança. Como cidadão, vejo com orgulho uma universidade que forma não apenas profissionais, mas humanos inteiros. E que continua, ano após ano, fazendo do saber uma travessia.

Talvez por isso seja impossível não pensar no Rio Muriaé, que corre ali por perto como uma presença silenciosa e constante. Ele não banha diretamente o campus, mas nos alcança com sua memória ancestral. Foi dele que partiram as primeiras embarcações da história da cidade, levando saberes, gentes, sonhos. Hoje, ele corre ao lado da UNIG como se dissesse: “Vejo vocês construindo outro tipo de navegação: a do saber que transforma.”

Em tempos em que tanto se fala sobre Inteligência Artificial, globalização e rapidez, este livro nos convida a **desacelerar o olhar**. A contemplar o que é sólido, como as raízes da UNIG neste chão. A ouvir o que é fluido, como o murmúrio das gigogas que descem o rio em tempos de chuva.

Celebrar os 56 anos da UNIG é homenagear os professores que aqui semearam saber. É reconhecer os alunos que vêm de longe, mas aqui plantam raízes. É enaltecer o Hospital São José do Avaí (HSJA), que resiste e se reinventa. É honrar o legado do Dr. Renam. É celebrar o Rio Muriaé, que insiste em nos ensinar o valor da constância.

E é, também, celebrar aqueles que, como eu, encontraram nesta casa não apenas um local de trabalho ou estudo, mas um **lugar de pertencimento**. Que este livro, como o rio, percorra caminhos

amplos. E que cada leitor encontre nele um pouco de si, um pouco de nós, e muito da história que ainda estamos construindo.

Henrique Zarpellon Martin

Docente de Bioética e de Direito

Médico | Estudante de Medicina

Universidade Iguaçu | Campus V | Itaperuna - RJ

ORGANIZADORAS

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral
Denise Tinoco Novaes Bedim
Juçara Gonçalves Lima Bedim

AUTORES

Adão Luiz Lopes Couto
Alice Falcão
Ana Teresa Bastos Tinoco
Anna Ximenes Alvim
Antonio da Costa Ribeiro Pinto
Artur José Cabral
Auner Carneiro Pereira
Carmen Cardilo Lima
Carlos Mauricio de Figueiredo Antunes
Cecy de Fátima Amity Fabri
Cristiano G. Alves de Oliveira
Daniela Mendonça Sueth
Delphino Layber Neto
Denise Tinoco Novaes Bedim
Diego do Nascimento Sousa
Eduardo Luís Pereira da Silva
Eduardo Silva Aglio Junior
Eliana Crispim França Luquetti
Eliza Miranda Costa Caraline
Emanuela de Oliveira Gallo
Estela Stoeckli Ayala Guedes
Fábio Luiz Fully Teixeira
Fernanda Cardilo Lima

Laila Caraline Coelho Xavier
Lara Bonani de Almeida Brito Molina
Laura Terra Lannes Bussade
Louise Guimarães Damaceno Bastos
Luiza Maria Pereira
Luiz Alberto Martins de Castro
Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito
Marcus Lima Bedim
Maria Aparecida Machado Orioli
Maria Aparecida Rodrigues de Souza
Maria Eduarda Bastos Tinoco
Maria Irene Rocha Bastos Tinoco
Marina Bandoli de Oliveira Tinoco
Margarete Zacarias Tostes de Almeida
Mychelly Dias de Medeiros Chiarelli
Paola Pimentel Coelho de Araujo
Paula Hocayen de Paula
Pedro Carvalho Tinoco
Pedro Ivo Fonseca de Paula
Paulo Tinoco
Polyana Grain Paes Rodrigues
Quintino do Nascimento Cavichini
Raí dos Santos Medina

Gisele Simas dos Santos
Glayce Bedim
Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral
Homero Terra Padilha Filho
Igor Santos Fonte Bôa
Indyara Cordeiro Machado
Irineu da Silva Rodrigues Júnior
Iwyna França Souza Gomes Vial
Janete Soares Martins
João Guilherme Caraline Carvalhal Fraga
João Vitor Mota de Andrade
José Carlos Chaguri Júniorx
José Luiz Fernandes Molina Filho
Júlia Pessanha Chequer
Juçara Gonçalves Lima Bedim

Raissa dos Santos Fidelis Rezende
Rachel Armond Vicente Bastos
Rayssa Baldas Loureiro Magesty Tavares
Renata Caraline Carvalhal Fraga
Rossy Moreira Bastos Junior
Sabrina Jorge Rodrigues
Sonia Maria da Fonseca Souza
Sônia Maria de Souza Alves
Tâis Sepúlveda da Cruz
Thais Almeida Marques da Silva
Thais Aparecida M. Zanon Jacomino
Vanessa do Amaral Tinoco
Vinicius Evangelista Dias
Wagner Luiz Ferreira Lima
Wagner Mangiavacchi

SUMÁRIO

Manifestações Extraintestinais da Doença Inflamatória Intestinal: Revisão de Literatura	29

Daniela Mendonça Sueth, Sabrina Jorge Rodrigues, Paola Pimentel Coelho de Araujo

Manifestações Cutâneas e Otorrinolaringológicas Concomitantes: Quais Doenças Devemos Conhecer?	49

Lara Bonani de Almeida Brito Molina, José Luiz Fernandes Molina Filho, Júlia Pessanha Chequer

Rinite Alérgica Local: Abordagem Diagnóstica.....	65

Rossy Moreira Bastos Junior, Mychelly Dias de Medeiros Chiarelli, Louise Guimarães Damaceno Bastos

A Exclusão de Pessoas Idosas na Era Digital: Uma Análise dos Critérios Médicos à Luz da Geriatria.....	83

Janete Soares Martins, Renata Caraline Carvalho Fraga, João Guilherme Caraline Carvalho Fraga

Mucormicose Rinocerebral: Um Relato de Caso Raro e Revisão de Literatura	101

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Cecy de Fátima Amiti Fabri

Acesso aos Cuidados Primários de Saúde: Vantagens e Desvantagens dos Modelos de Acesso Utilizados no Brasil.....	123

Emanuela de Oliveira Gallo, Vanessa do Amaral Tinoco, Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino

Práticas Integrativas e Complementares no Cenário da Saúde da Família: Um Projeto em Prol da Amamentação – UNIG - Campus V. 2025.....	137

José Carlos Chaguri Júnior, Luis Fernando Gonçalves de Castro, Maria Eduarda Bastos Tinoco

Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual: A Importância da Abordagem Médica e Psicológica. 151

Rachel Armond Vicente Bastos, Edna de Jesus Suzano, Rayssa Baldas Loureiro Magesty Tavares

Endometriose na Menopausa: Impacto dos Sintomas, Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas 163

Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito, Anna Ximenes Alvim, Laura Terra Lannes Bussade

O Desenvolvimento Profissional dos Acadêmicos de Medicina no Ciclo Clínico: Uma Análise da Metodologia Clínica no Ambulatório-Escola da Universidade Iguazu - Campus V 185

Marcus Lima Bedim, Alice Falcão, Antonio da Costa Ribeiro Pinto

Letramento Acadêmico e o Ensino Médico: Uma Análise Documental.....203

Sonia Maria da Fonseca Souza, Eliana Crispim França Luquetti, Iwyna França Souza Gomes Vial

Aprendizagem Baseada em Problemas no "Programa Integrador e de Extensão à Saúde da Comunidade" – UNIG, Campus V: Estratégia Ativa para o Desenvolvimento do Raciocínio Clínico na Formação Médica.....231

Juçara Gonçalves Lima Bedim, Gláycce Bedim, Jéssica de Moutta Gomes

Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina e Cientificidade "Prof. Dr. Renam Catharina Tinoco": Experiências Exitosas de Produtividade Textual em Saúde e Pesquisa Científica. UNIG Campus V - Itaperuna/RJ. 2018-2025. 249

Auner Carneiro Pereira, Juçara Gonçalves Lima Bedim, Polyana Grain Paes Rodrigues

Metodologias Ativas: Estratégias para Fomentar a Autonomia e o Desenvolvimento do Estudante no Ensino Superior.....263

Margarete Zacarias Tostes de Almeida, Wagner Luiz Ferreira Lima

Ecos da Negligência: A Sífilis Congênita no Contexto Atual.....281

Maria Aparecida Machado Orioli, Adão Luiz Lopes Couto, Raí dos Santos Medina

Neurogeriatria: Desafios e Avanços no Cuidado da Pessoa Idosa com Doença Neurológica 301

Eliza Miranda Costa Caraline, Laila Caraline Coelho Xavier, Pedro Carvalho Tinoco

A Espiritualidade como Ferramenta na Promoção da Saúde e no Cuidado Médico 317

Gisele Simas dos Santos, Fernanda Cardilo Lima, Cristiano G. Alves de Oliveira

Síndrome do Túnel do Carpo: Anatomia, Diagnóstico Clínico e Condutas Terapêuticas Baseadas em Evidências.....337

Wagner Mangiavacchi, Carmen Cardilo Lima, Irineu da Silva Rodrigues Júnior

Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B: Relato de Caso e Revisão de Literatura.....355

Indyara Cordeiro Machado, Tais Sepúlveda da Cruz, Raissa dos Santos Fidelis Rezende

Cigarros Eletrônicos e Seus Efeitos na Saúde da Pele 365

Maria Irene Rocha Bastos Tinoco, Ana Teresa Bastos Tinoco, Maria Eduarda Bastos Tinoco

Fatores de Risco para Ocorrência de Fístulas Anastomóticas em Pacientes Colectomizados para Tratamento de Câncer Colorretal: Revisão Sistemática e Meta-Análise.....375

Vinicius Evangelista Dias, Pedro Ivo Fonseca de Paula, Homero Terra Padilha Filho

A Toxoplasmose Associada às Alterações do Comportamento Psicossocial de Humanos Infectados 393

Diego do Nascimento Sousa, Paula Hocayen de Paula, Igor Santos Fonte Bôa

Automutilação: De Que Forma a Medicina Pode Intervir no Resgate à Dignidade Humana? 413

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral, Denise Tinoco Novaes Bedim, João Vítor Mota de Andrade

Equilíbrio Mental e Qualidade de Vida na Capacitação Docente.431
Denise Tinoco Novaes Bedim, Sônia Maria de Souza Alves, Estela Stoeckli Ayala Guedes

O "Erro Médico" na Perspectiva do STJ e os Danos Decorrentes da Prestação de Serviços de Saúde.....447
Hildeliza Boechat Cabral, Delphino Layber Neto, Artur José Cabral, Fábio Luiz Fully Teixeira

Distúrbio do Sono em Discentes do Curso de Medicina da Universidade Iguaçu Campus V do 1º Período e 12º Período, Itaperuna-RJ.....463
Eduardo Luís Pereira da Silva, Luiz Alberto Martins de Castro, Maria Aparecida Rodrigues de Souza

Incidência de Pólipos e Cânceres Colorretais em Pacientes Sintomáticos, Acima e Abaixo de 50 Anos de Idade, Submetidos a Colonoscopia: Estudo Retrospectivo de 30 Anos.....483
Quintino do Nascimento Cavichini, Thais Almeida Marques da Silva, Carlos Mauricio de Figueiredo Antunes (in memoriam)

Paulo Freire, Célestin Freinet, Theodor Adorno e Bell Hooks Incorporados no Ensino de Medicina.....515
Eduardo Silva Aglio Junior, Taís Sepúlveda da Cruz, Luiza Maria Pereira

CAPÍTULO 1



MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinaIS DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: REVISÃO DE LITERATURA

Daniela Mendonça Sueth¹

Sabrina Jorge Rodrigues²

Paola Pimentel Coelho de Araujo³

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma patologia crônica que acomete principalmente o intestino (Kilic *et al*, 2023). Apesar do nome, essas são multissistêmicas e podem lesar os sistemas musculoesquelético, cutâneo, ocular, neurológico, hepatobiliar, pulmonar, renal, cardiovascular e hematológico, definindo as manifestações extraintestinais (MEI), que causam impactos significativos na qualidade de vida e morbidade dos pacientes (Kim; Cheon, 2020).

1 Mestra em Medicina e Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de BH. Título de Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia. Especialista em Clínica Médica (RQE 19365) e Gastroenterologia (RQE 19366). Médica Gastroenterologista do Hospital São José do Avaí- Itaperuna/RJ e Professora do curso de Medicina da Universidade Iguaçu, Campus V, Itaperuna e Faminas - Muriaé. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5173-4889> / e-mail pessoal: dmsueth@yahoo.com.br / <http://lattes.cnpq.br/4249809547659154>

2 Mestra em área médica pela Santa Casa de BH. Formação em ecografia vascular. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (2003). Residência médica em Clínica Médica no HSJA (2004-2006). Residência Médica em Cardiologia no HSJA (2006-2008). Atua como médica intensivista no HSJA e médica clínica e cardiologista em seu consultório particular em Itaperuna-RJ. Atualmente é professora na Universidade Iguaçu (UNIG) em Itaperuna e na Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) em Bom Jesus do Itabapoana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4452-7264> / e-mail: <http://lattes.cnpq.br/4706589911875129>

3 Discente do Curso de Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. <https://orcid.org/0009-0008-5297-1681> / <http://lattes.cnpq.br/9695231200833142> / araujopaola2403@gmail.com

A DII afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes e as MEI contribuem consideravelmente para morbidade e mortalidade. Podem ocorrer com uma frequência variável antes ou depois do diagnóstico de DII (Greuter; Vavricka, 2019). As MEI devem ser diferenciadas de complicações extraintestinais de DII. Complicações extraintestinais são consequências da inflamação intestinal, enquanto as MEI são uma patologia inflamatória extraintestinal em um paciente com DII, a qual a patogênese é dependente da extensão da resposta imune do intestino ou é um evento inflamatório independente perpetuado por DII ou que compartilha uma predisposição ambiental ou genética comum com DII (Rogler *et al*, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

Atualmente, cerca de 6 milhões de pessoas são afetadas por doenças inflamatórias intestinais no mundo e a prevalência dessas é uma crescente constante. De modo geral, de 6 a 47% dos portadores de DII desenvolvem pelo menos uma MEI.

A mais comum delas é a artrite, seguida de estomatite aftosa, uveíte, eritema nodoso e espondiloartrite axial e é possível e frequente que o paciente manifeste mais de uma, simultaneamente ou não. A chance de ocorrência é influenciada por fatores como o tipo de DII do paciente, sendo a DC mais afetada que a RC, a duração da doença, sexo feminino, idade mais avançada, grau de atividade da doença nas manifestações associadas à atividade, colite extensa (RC). Ainda, as MEI podem se apresentar antes do diagnóstico de DII, como é comumente observado nos casos de uveíte e espondiloartrite axial. Em contraste, o pioderma gangrenoso e o eritema nodoso raramente aparecem antes do diagnóstico (Kilic *et al*, 2023).

No contexto brasileiro, um estudo realizado em 2020 observou a concentração na prevalência das DII em cidades mais urbanizadas, e estimou que 0.1% da população do país é afetada. Houve predominância

da ocorrência da Retocolite Ulcerativa e do sexo feminino (58,5%). (Quaresma *et al*, 2022).

PATOGÊNESE

Os mecanismos patogênicos das MEI ainda não foram esclarecidos e suspeita-se de uma fisiopatologia comum entre elas, visto que uma MEI aumenta a suscetibilidade para outra e por tenderem a aparecer simultaneamente. Dentre os mecanismos sugeridos, estão a disbiose da microbiota intestinal e ruptura da barreira intestinal, respostas imune em locais extraintestinais, mecanismo de autoimunidade e ativação do Fator de Necrose Tumoral (Kim; Cheon, 2020; Greuter; Vavricka, 2019).

CLASSIFICAÇÃO

As MEI podem ser classificadas de duas formas: pela relação com a atividade da DII e pelo mecanismo patológico inflamatório.

As MEI relacionadas com a atividade da DII ocorrem no momento da doença ativa e incluem a episclerite, eritema nodoso, estomatite aftosa e artrite periférica. Podem cessar com a remissão da doença ou necessitar de um tratamento específico. As MEI não relacionadas à atividade doença surgem independente da atividade da DII e são, por exemplo, a espondilite anquilosante e a uveíte. Podem se manifestar antes mesmo do diagnóstico de DII e requerem tratamento específico. Há ainda aquelas com relação pouco clara à atividade da doença intestinal, como pioderma gangrenoso e colangite esclerosante primária (Kim; Cheon, 2020).

As MEI que apresentam mecanismo patogênico comum à doença intestinal são reativas e frequentemente associadas à atividade inflamatória intestinal como artrite periférica, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, estomatite aftosa e uveíte. Há ainda as doenças

imunológicas que não apresentam a mesma fisiopatologia que a DII e são as doenças autoimunes independentes da doença intestinal, que refletem apenas uma grande suscetibilidade à autoimunidade (Danese *et al*, 2005).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações extraintestinais musculoesqueléticas (MEIme) ou reumáticas são as mais comuns. Mecanismos imunopatológicos inflamatórios que estão presentes no intestino também se encontram nas articulações.

As manifestações mais frequentes, em ordem, são: espondiloartrite, artrite periférica, sacroileíte e espondilite anquilosante.

A espondiloartrite (EPA) é a associação clássica da doença reumática com a DII, podendo se manifestar com dor axial (sacroileíte e espondilite anquilosante) ou periférica (artralgia ou artrite em articulações periféricas, entesite e dactilite), sendo a primeira mais frequente.

Na sacroileíte, as articulações sacroilíacas são acometidas de forma bilateral e simétrica. Os sintomas e evolução da sacroileíte e da espondilite anquilosante (EA) são independentes da atividade da DII e apresentam progressão crônica. Raramente a EA ocorre na ausência de artrite ou sacroileíte. A artrite periférica é a inflamação das articulações dos membros, com episódicos de exacerbação concomitantes à atividade da DII (Lanna *et al*, 2006).

Para diagnóstico são utilizados os critérios da SpondyloArthritis International Society (ASAS) (Berg; Heijde, 2010).

As manifestações extraintestinais dermatológicas (MEId) ou mucocutâneas são divididas em cinco categorias: manifestações específicas com características histológicas da DII, distúrbios mucocutâneos associados às DII, manifestações reativas de DII devido

a antígenos, condições mucocutâneas secundárias ao tratamento da DII e manifestações por má absorção nutricional (Antonelli *et al*, 2021).

As manifestações específicas com características histológicas da DII são os resultados da ampliação da inflamação intestinal para a pele e são representadas por lesões contínuas como a doença perianal (de eritema a fístula) e a Doença de Crohn Metastática, que ocasiona lesões cutâneas granulomatosas não caseosas predominantemente nos membros inferiores e nas áreas intertriginosas, com apresentação variável entre eritema, nódulos, abscessos, fístulas ou úlceras. A avaliação histopatológica cutânea é obrigatória para o diagnóstico definitivo de ambas as manifestações (Melo *et al*, 2011).

Os distúrbios mucocutâneos associados às DII são muito frequentes em portadores de DII e sua fisiopatologia está relacionada a inflamação crônica e a síntese dos genes especiais do antígeno leucocitário humano. As manifestações incluem estomatite aftosa, eritema nodoso e psoríase. A estomatite aftosa apresenta múltiplas úlceras dolorosas com base pseudoamarelada e bordas eritematosas localizadas na mucosa labial ou oral e geralmente surge no momento da atividade da doença, apesar de não possuir relação com gravidade e extensão da DII. O eritema nodoso (EN) é a MEId mais comum e geralmente associa-se à artrite e à atividade da DII e se apresenta com nódulos simétricos eritematosos, quentes, dolorosos, não ulcerativos medindo de 1 a 5 cm de diâmetro com aparecimento súbito, ocorrendo principalmente em membros inferiores nas faces extensoras associados à sintomas sistêmicos como febre, torpor e artralgia. Os ENs tendem a serem recorrentes e autolimitados, com persistência de três a seis semanas. A estomatite aftosa e eritema nodoso apresentam um aspecto típico e, por consequência, a biópsia é dispensada na maioria dos casos, reservando-a para casos persistentes e refratários. A psoríase ocorre por compartilhamento genético com a DII dos locus IBD3 e PSORS1e dos genes 6P21 que codificam os receptores das interleucinas 23R e 12B e compartilhamento das vias inflamatórias e é caracterizada por lesões eritemato-escamosas, sendo comumente vista como efeito iatrogênico do uso de anti-fator de necrose tumoral

(anti-TNF) e o diagnóstico é essencialmente clínico. A epidermólise bolhosa adquirida é causada por autoanticorpos do colágeno tipo VII, que acarretam a pele sensível a formar bolhas e cicatrizes em locais de fricção. A remissão da DII é acompanhada da recuperação das lesões e o diagnóstico é clínico e laboratorial, tendo como padrão ouro a microscopia eletrônica (Antonelli *et al*, 2021).

As Manifestações reativas de DII devido a antígenos são ocasionadas por imunidade inata anormal. O pioderma gangrenoso, doença neutrofílica, causada pelo acúmulo e ativação de neutrófilos na pele, é grave e debilitante e apresenta clínicas variadas como as lesões ulceradas e pustulares, com localização preferencial em regiões periestomais. Apresentam-se como pápulas, pústulas ou nódulos que tendem a ulcerar rapidamente, desenvolvendo uma ulceração dolorosa com bordas violáceas elevadas e minadas típicas. Tendem a ser recorrentes e requerem o diagnóstico de exclusão para descartar infecção, situação que impede o uso de corticoides sistêmicos e imunossupressores ou biológicos. A biópsia dos bordos do pioderma gangrenoso para confirmar diagnóstico tipicamente demonstra infiltrado neutrofílico. A Síndrome de Dermatose-Artrite Associada ao Intestino se apresenta com febre, artromialgia, dor abdominal, lesões cutâneas polimórficas com várias dermatoses, hidradenite supurativa e paniculite e necessita biópsia para confirmação diagnóstica. A síndrome SAPHO é uma espondiloartropatia soronegativa caracterizada por sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. As manifestações cutâneas incluem celulite dissecante do couro cabeludo e hidradenite supurativa. A Síndrome PAPA é caracterizada por artrite piogênica, pioderma gangrenoso e acne. Tanto a SAPHO quanto a PAPA são manifestações reativas e necessitam de histopatológico para diagnóstico definitivo. A Síndrome de Sweet, Síndrome do Abscesso Asséptico e Piodermatite-Pioestomatite Vegetans são manifestações raras (Antonelli *et al*, 2021).

As condições mucocutâneas secundárias ao tratamento da DII ocorrem por diversos agentes usados para tratar DII, que causam reações mucocutâneas adversas como nos anti-TNF, com lesões

eritemato-edematosas e prurido no local da injeção associadas a edema facial, febre e artromialgia, além da possibilidade reação de hiperssensibilidade imediata com lesões urticariformes, erupção eritematosa difusa e anafilaxia. A Psoríase pustulosa, psoríase em placas em e psoríase gutata são relatadas em pacientes tratados com agentes anti-TNF e as lesões pustulosas ocorrem principalmente nas palmas das mãos e nas solas dos pés. Há ainda as complicações infecciosas associadas ao uso de anti-TNF como infecções bacterianas (erisipela, celulite), reativação de vírus do herpes, infecção pelo vírus do papiloma humano, vírus do molusco contagioso e citomegalovírus (Antonelli *et al*, 2021).

As Manifestações por má absorção nutricional são lesões cutâneas causadas por deficiências nutricionais como estomatite, glossite, queilite angular (vitamina B), pelagra (niacina), acrodermatite enteropática (zinco), escorbuto (vitamina C) e púrpura (vitamina C e K) (Antonelli *et al*, 2021).

As Manifestações extraintestinais oculares (MEIo) são as terceiras mais frequentes e geralmente não são graves, embora o atraso do diagnóstico piore o prognóstico, com consequências graves, incluindo cegueira. São desconhecidos fatores de risco, podendo estar relacionadas tanto a DII quanto a danos iatrogênicos do tratamento. O diagnóstico é feito, em média, 13 anos após o de DII e os sintomas mais frequentes são hiperemia conjuntival, amaurose e dor. Dentre os acometimentos, a xeroftalmia foi a mais observada, seguido de blefarite, calázios, uveíte, episclerite e esclerite (Cuny *et al*, 2022).

A xeroftalmia apresenta sintomas como desconforto e queimadura ocular, podendo estar relacionada à atividade da doença e a iatrogenia com derivados do Ácido Salicílico (Cuny *et al*, 2022). A disfunção da glândula meibomiana causa blefarites e calázios, porém são mais vistos como efeitos secundários o uso de anti-TNF (Cuny *et al*, 2022). A uveíte geralmente bilateral e não aparenta ter relação com a atividade da DII. O tipo mais comum de uveíte nas DII é a uveíte anterior aguda, sendo a panuveíte a mais observada no tratamento com anti-TNF (Martins, 2018). A episclerite é geralmente unilateral e

tem como principal característica a hiperemia ocular. É possível que alguns pacientes se queixem de desconforto ocular, lacrimejamento, fotofobia e dor de baixa intensidade (Martins, 2018). A esclerite está relacionada à atividade da DII. O início é gradual e unilateral, associada à dor intensa, com possível piora à noite e irradiação no lado afetado e sensibilidade ocular. A evolução pode ocasionar complicações graves como diminuição da acuidade visual. O diagnóstico dessas manifestações é clínico, feito por oftalmologista (Cuny *et al*, 2022).

As manifestações extraintestinais das DII podem afetar o sistema hepatobiliar e pancreático (MEIhbp). Dentre as possíveis manifestações, destacam-se a colangite esclerosante primária (CEP), doença hepática esteatótica metabólica (DHEM), cálculos biliares e hepatite autoimune que podem acontecer depois ou até mesmo antes do diagnóstico de DII e, geralmente, não acompanham a atividade da doença. (Hong *et al*, 2025).

A MEIhbp mais comum e importante é a colangite esclerosante primária (CEP), definida pela inflamação e fibrose dos ductos biliares intra e extrahepáticos e a grande maioria dos pacientes com CEP são portadores de DII. A evolução natural da CEP para cirrose hepática, doença hepática crônica avançada e colangiocarcinoma é a principal preocupação no diagnóstico e tratamento. Nesses pacientes, a CEP pode ser assintomática, o que demanda a consciência da associação clínica elevada entre as doenças, que, concomitante a níveis séricos elevados de fosfatase alcalina e gama glutamil transferase, devem levar à suspeita de CEP e investigação. O diagnóstico geralmente é realizado por meio de ressonância magnética e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), embora seu uso somente para diagnóstico seja controverso (Hong *et al*, 2025).

Também associadas às DII estão as hepatites, que ocorrem por mecanismos autoimunes ou como reação a medicamentos utilizados no tratamento de DII (tiopurinas, metotrexato, anti-TNF e inibidores da JAK), além de hepatites virais causadas pela imunossupressão. As hepatites verdadeiramente autoimunes são consideradas raras e de difícil distinção das causadas por efeitos colaterais. O diagnóstico

deve ser realizado considerando a prevalência de hepatites virais e a terapêutica individual de cada paciente, visto que o tratamento pode envolver a retirada de medicamentos e varia de acordo com o tipo de hepatite (Hong *et al*, 2025).

A DHEM, definida como um acúmulo excessivo de gordura no fígado devido à disfunção metabólica, possui prevalência elevada nos pacientes portadores de DII e os fatores de risco incluem idade avançada, obesidade, distúrbios metabólicos, duração prolongada da DII e cirurgia prévia para DII. Normalmente é assintomática e a suspeita surge do contexto clínico do paciente e de alterações laboratoriais e/ou de imagem em exames de rotina. Para o diagnóstico inicial, o exame de imagem mais indicado é a ultrassonografia abdominal, exame com alta sensibilidade, mas com limitações. Pode ser necessário o uso de tomografia computadorizada (TC) sem contraste ou ressonância magnética (RM) para classificação precisa do grau da doença (Tavares *et al*, 2019).

As Manifestações extraintestinais respiratórias (MEIr) acometem as vias aéreas, parênquima pulmonar, pleura, vascularização pulmonar e podem ser incluídas as lesões causadas pelos medicamentos usados no tratamento da DII. O envolvimento respiratório é raro comparado às outras MEI e pode ser visto em qualquer área do sistema respiratório (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

As manifestações se iniciam, em média, aos 50 anos, com os seguintes sintomas: dispneia, tosse, disfonia, estridor e/ou sibilos à ausculta, dor pleurítica, febre, suores noturnos e perda de peso (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

Maioria das MEIr ocorrem nas grandes vias aéreas (cavidades nasais, faringe e laringe, traqueia e brônquios). Algumas delas são: estenose subglótica, bronquiectasia, asma, bronquite, bronquiolite e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

A MEIr mais comum de grandes vias aéreas é a bronquiectasia, definida como a dilatação dos brônquios de forma permanente e irreversível, o que leva ao acúmulo de muco e favorecimento da

proliferação de microorganismos. Os sintomas incluem tosse crônica com escarro purulento, suscetível à exacerbação (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

A bronquite crônica é a segunda manifestação mais comum das grandes vias aéreas e se apresenta com tosse produtiva, dispneia, astenia e sibilos (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

Devido à inflamação crônica do intestino, esses pacientes estão em um estado de hipercoagulabilidade, com lesão da vasculatura e disfunção endotelial. Esses fatores aumentam a incidência de doença tromboembólica, mesmo em períodos de inatividade da doença (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

A doença pulmonar intersticial e acometimento da pleura e do pericárdio associados à DII são raros e mais comumente vistos como secundários a medicamentos.

Para o diagnóstico de uma MEIr, é essencial o teste de função pulmonar (TFP), pois, além de identificar, caracteriza a doença pulmonar. Por mais que seja o tipo de MEI menos comum, o TFP está alterado em 28% a 62% dos pacientes com DII, porém a maioria é assintomática. Há tendência de piora com DII ativa e as anormalidades continuam após a remissão da doença. No paciente portador de DII com TFP alterado, a conduta deve ser TC de tórax para investigação e avaliação da possibilidade de broncoscopia e toracocentese para análise de existência de processo infeccioso (Kröner; Lee; Farraye, 2020).

As manifestações neurológicas (MEIn) são raras e a mais prevalente é a neuropatia periférica. Tanto o sistema nervoso central (SNC) quanto o periférico (SNP) podem ser afetados por mecanismos como má absorção e deficiências nutricionais, as infecções induzidas pela imunossupressão, os efeitos colaterais de medicamentos, as complicações iatrogênicas de cirurgia, as anormalidades imunológicas e os distúrbios eixo cérebro-intestino (Ferro; Oliveira; Correia, 2014).

A neuropatia periférica ocorre pelo acometimento primário do SNP sem relação com a atividade da doença. Os fenótipos descritos envolvem injúrias sensoriais, motoras, autonômicas e mistas, tanto

axonal quanto desmielinizante e se apresentam de forma aguda e crônica. O diagnóstico é realizado pela avaliação clínica, investigando sinais de neuropatia como parestesia, anestesia, hipoestesia, marcha atáxica, parestesia e ataxia, além de eletroneuromiografia (Pedrosa *et al*, 2024).

A síndrome de Melkersson-Rosenthal é a neuropatia craniana mais recorrente, contudo é extremamente rara e é definida pela paralisia recorrente do nervo facial com edema facial, fissuras na língua e granulomas (Ferro; Oliveira; Correia, 2014).

Portadores de DII possuem risco elevado para eventos tromboembólicos arteriais ou venosos. O estado protrombótico na DII é multifatorial, envolvendo hipercoagulação sanguínea, trombocitose secundária à anemia, inflamação da doença base, disfunção endotelial, mutações protrombóticas, deficiências vitamínicas, inflamação e outros mecanismos imunológicos como autoanticorpos. Os eventos isquêmicos arteriais podem ser oculares ou cerebrais, como acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), que se manifesta como ataxia, apraxia, disfagia, disartria, paresia do olhar, hemiparesias e hemiparestesias. O diagnóstico de AVCi é feito por meio do quadro clínico neurológico focal, associado a exames de imagem como TC e RM (Ferro; Oliveira; Correia, 2014).

A trombose do seio dural e das veias cerebrais é tão frequente quanto o AVCi e se apresenta com cefaleia, sinais focais, convulsões ou encefalopatia e geralmente ocorre antes do diagnóstico da DII. O diagnóstico é confundido com isquemia arterial cerebral e para confirmação usa-se TC ou RM (Ferro; Oliveira; Correia, 2014).

As vasculites cerebrais são raras e imunomediadas. As manifestações são multiformes e incluem cefaleia, paralisia dos nervos cranianos, hemiparesias, parestesias, afasia, distúrbios focais e defeitos visuais. Laboratorialmente, o PCR e o VHS estarão elevados, o líquido cefalorraquidiano pode ter aumento de proteínas ou pleiocitose leve e na RM, podem ser detectadas lesões agudas.

A esclerose múltipla é frequentemente associada à DII e o mecanismos que envolvem as patologias ainda são desconhecidos.

Os sintomas são variáveis e dependem da área acometida pela desmielinização e o diagnóstico é clínico e realizado por especialista (Alves *et al*, 2014).

As complicações neurológicas induzidas por drogas do tratamento da DII são transitórias e se resolvem com a suspensão do uso ou diminuição da dose farmacológica. (Alves *et al*, 2014).

TRATAMENTO

Tratamento das MEIme: O uso de anti-TNF reduz o risco de associação da DII com EPA e mostra eficácia nos casos de artrite periférica. Na EPA axial pode-se usar os inibidores da JAK ou anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES). O Infiximabe (IFX) e o UST diminuem a artrite. (Faggiani *et al*, 2024).

Tratamento da MEId: Na maioria dos casos, o tratamento do EN é apenas sintomático, pois ao atingir o controle da DII, o EN tende a regredir. Em casos graves ou refratários é recomendado o uso de corticosteroide sistêmico, podendo o associar ao anti-TNF. A estomatite aftosa geralmente é autolimitada e em casos de múltiplas lesões e/ou recorrentes é recomendado o uso de corticosteroides locais. A psoríase e a epidermólise bolhosa regredem com a remissão da DII. No PG, os casos leves são tratados com o uso de corticoide tópico ou local e para os casos graves usa-se corticosteroides sistêmicos e/ou ciclosporinas orais (Faggiani *et al*, 2024).

Tratamento MEIo. A xeroftalmia resolve-se com o uso de lubrificantes tópicos. Na uveíte anterior, são utilizados os esteroides tópicos e na uveíte intermediária, posterior e panuveíte são recomendados corticoesteroides sistêmicos. (Faggiani *et al*, 2024). Os antibióticos são indicados em casos de infecção secundária e os corticosteroides podem ser utilizados para reduzir a inflamação e o edema. (Carvalho *et al*, 2024).

Tratamento MEIhbp: O ácido ursodesoxicólico melhora a função hepática e é muito utilizado em pacientes com CEP. O transplante

hepático se torna uma opção quando os pacientes evoluem para cirrose avançada, colangite recorrente ou neoplasia biliar inicial. Para hepatite autoimune os corticosteroides sistêmicos são administrados na fase aguda e AZA na manutenção (Faggiani *et al*, 2024).

Tratamento MEIr: Na bronquiectasia é preciso adotar medidas de higiene brônquica, nebulização salina hipertônica e pode-se administrar corticosteroide sistêmico. Em doenças obstrutivas o tratamento inicial é constituído por corticosteroides inalatórios, que podem ser associados a broncodilatadores de longa duração. Nas doenças pulmonares intersticiais como a POC, são utilizados corticosteroides sistêmicos (Kröner; Lee; Farraye, 2020). Pelo risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV), a terapia anticoagulante profilática é recomendada para pacientes hospitalizados devido à atividade da DII ou cirurgia. No caso de TEV, a heparina é uma opção (Faggiani *et al*, 2024).

O tratamento das MEIn geralmente é conduzido por especialista. Pode-se fazer uso de neuromoduladores para dor, fisioterapia para neuropatias e profilaxia anticoagulante para coagulopatias (Ferro; Oliveira; Correia, 2014).

CONCLUSÃO

A DII é uma doença crônica complexa que apresenta uma prevalência crescente e não se limita ao trato intestinal e provoca as MEI, que se tornam cada vez mais frequentes.

As MEI podem afetar vários sistemas orgânicos como na artrite inflamatória, EPA e EA (MEIme), no EN, PG e estomatite aftosa (MEId), na xeroftalmia, episclerite e uveíte (MEIo), na CEP, DHEM e hepatites autoimunes (MEIhbp), na bronquiectasia, bronquite crônica, tromboembolia pulmonar (MEIr) e no AVCi, neuropatia periféricas e cranianas (MEIn).

O diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações graves e a identificação da MEI direciona a terapia apropriada para

os pacientes. Os médicos que tratam da DII precisam acompanhar o progresso e o tratamento dessas MEI ou das complicações extraintestinais da doença por meio de abordagens multidisciplinares e recorrentes.

Existem inúmeras terapias avançadas disponíveis capazes de efetivamente controlar doenças intestinais e as MEI. Entretanto, alguns medicamentos podem gerar efeitos adversos que podem ser confundidos com MEI e é importante identificá-los e redirecionar a terapia.

REFERÊNCIAS:

ALVES, B. et al. Esclerose múltipla: revisão dos principais tratamentos da doença. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 3, n. 2, p. 19–34, 2014.

ANTONELLI, E. et al. Dermatological Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 2, p. 364, 19 jan. 2021.

BERG; R. V. D.; HEIJDE, D. V. D. How should we diagnose spondyloarthritis according to the ASAS classification criteria. A guide for practicing physicians. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, v. 120, n. 11, p. 452–458, 1 fev. 2010.

CARVALHO, G. C. F. et al. TRATAMENTO DE CALÁZIO: COMPARAÇÃO ENTRE ABORDAGENS CONSERVADORAS E CIRÚRGICAS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 8, p. 157–166, 2 ago. 2024.

CUNY, A. et al. Ocular Manifestations in Patients with Inflammatory Bowel Disease in the Biologics Era. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 15, p. 4538, 4 ago. 2022.

DANESE, S. et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. **World Journal of Gastroenterology**, v. 11, n. 46, p. 7227, 2005.

FAGGIANI, I. et al. Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: From Pathophysiology to Treatment. **Biomedicines**, v. 12, n. 8, p. 1839, 13 ago. 2024.

FERRO, J. M.; OLIVEIRA, S. N.; CORREIA, L. Neurologic manifestations of inflammatory bowel diseases. **Handbook of Clinical Neurology**, p. 595–605, 2014.

GREUTER, T.; VAVRICKA, S. R. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease – epidemiology, genetics, and pathogenesis. **Expert Review of Gastroenterology & Hepatology**, v. 13, n. 4, p. 307–317, 20 fev. 2019.

HONG, R. et al. Hepatobiliary and pancreatic manifestations in inflammatory bowel disease: an umbrella review of meta-analyses. **Therapeutic Advances in Gastroenterology**, v. 18, 1 jan. 2025.

KILIC, Y. et al. Prevalence of Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. **Inflammatory Bowel Diseases**, v. 30, n. 2, p. 230–239, 12 abr. 2023.

KIM, J. M.; CHEON, J. H. Pathogenesis and clinical perspectives of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel diseases. **Intestinal Research**, v. 18, n. 3, p. 249–264, 30 jul. 2020.

KRÖNER, P. T.; LEE, A.; FARRAYE, F. A. Respiratory Tract Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. **Inflammatory Bowel Diseases**, 25 maio 2020.

LANNA, C. C. D. et al. Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, p. 45–51, jun. 2006.

MARTINS, E. P. **MANIFESTAÇÕES OCULARES EM PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**. 2018. 68 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Centro de Ciências da Saúde, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, Teresina, 2018. Disponível em :<http://repositorio.ufpi.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1559/ERBERT%20PORTELA%20MARTINS.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 mar. 2025.

MELO, J. N. DE et al. Nevo da epidermólise bolhosa: aspectos clínicos, dermatoscópicos e histológicos em um caso de portador da forma

distrófica recessiva. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 4, p. 743–746, ago. 2011.

PEDROSA et al. Diagnóstico baseado na fisiopatologia da neuropatia periférica para um tratamento assertivo da doença: uma revisão integrativa. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 13, p. 1–18, 30 dez. 2024.

QUARESMA, A. B. et al. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 13, p. 100298, set. 2022.

ROGLER, G. et al. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. **Gastroenterology**, v. 161, n. 4, p. 1118–1132, 1 out. 2021.

TAVARES, L. F. et al. Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica - Diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 2, 2019.

CAPÍTULO 2



MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS E OTORRINOLARINGOLÓGICAS CONCOMITANTES: QUAIS DOENÇAS DEVEMOS CONHECER?

Lara Bonani de Almeida Brito Molina⁴

José Luiz Fernandes Molina Filho⁵

Júlia Pessanha Chequer⁶

INTRODUÇÃO

Atualmente, muitas doenças sistêmicas são um desafio diagnóstico para o clínico geral, otorrinolaringologistas, dermatologistas e reumatologistas. Comumente, sintomas otorrinolaringológicos e dermatológicos representam um sinal inicial de uma doença assintomática, uma desordem autoimune não diagnosticada, ou uma doença infecciosa, que frequentemente exige tratamento mais breve possível.

4 Graduação em Medicina pela Universidade Iguaçu (2011); Residência Médica em Otorrinolaringologia (2012-2015); Título de Especialista em Otorrinolaringologia pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia (Aborl-2015); Mestrado em Medicina pela Santa Casa de Belo Horizonte MG. Professora assistente da Universidade Iguaçu – Campus V. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8258223526033531>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7584-764X>. britolara@hotmail.com.

5 Graduação em Medicina pela Universidade Iguaçu (2008); Residência médica em clínica médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (2011); Residência médica em Cardiologia pelo Instituto Nacional de Cardiologia (2013); Residência médica em Ecocardiografia pelo Instituto Nacional de Cardiologia (2014); Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2013); Título de Especialista em Ecocardiografia pelo Departamento de Imagem Cardiovascular (DIC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2014); Mestrado em Ciências da Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte MG (2019). Professor assistente da Universidade Iguaçu – Campus V. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7945772378649909>. molinafilho@yahoo.com.

6 Graduanda em Medicina na Universidade Nova Iguaçu UNIG - Campus V (2020-2025). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7590425238112597>. jlja.chequer@gmail.com

As manifestações otorrinolaringológicas podem ocorrer na cavidade oral, na região da laringe, nariz ou ouvido, já as manifestações dermatológicas vão se apresentar como lesões cutâneas variadas.

Elas podem ser o primeiro sintoma ou ocorrer durante o curso da doença. A correta identificação destes sinais é importante no diagnóstico e seguimento de pacientes com diversas patologias.

Neste texto foram revisadas as mais frequentes doenças granulomatosas, doenças autoimunes, infecciosas e virais que apresentem concomitantemente manifestações otorrinolaringológicas e dermatológicas. As doenças granulomatosas são caracterizadas pela presença de granuloma, decorrente de um processo de defesa e cicatrização, e frequentemente apresentam repercussões dermatológicas e otorrinolaringológicas concomitantes.

As doenças com granuloma específico são as mais frequentes no Brasil, sendo elas: a leishmaniose, a hanseníase e a paracoccidioidomicose (Fornazier et al, 2008).

A Leishmaniose, por exemplo, tem como mais frequente manifestação cutânea, a úlcera única, indolor, com bordas elevadas, em moldura, com fundo granuloso. Quando difusa, costuma apresentar lesões papulosas ou nodulares, e está relacionada à uma pior evolução. Na apresentação da Leishmaniose mucosa observamos uma predileção pela mucosa nasal, sendo principalmente associada a *L. Brazilienses* e *L. Panamensis*. As manifestações otorrinolaringológicas mais frequentes são perfuração septal e úlcera em mucosa nasal, mas também pode cursar com obstrução nasal, epistaxe e queda da ponta nasal (Mota; Miranda, 2011).

No caso da hanseníase, causada pelo *Mycobacterium leprae*, podemos observar uma predileção pela pele e nervos periféricos e pode ser encontrada nas formas clínicas: hanseníase indeterminada, hanseníase tuberculóide, hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa (Araújo, 2003).

A hanseníase indeterminada tem como característica as manchas hipocrômicas em pequena quantidade que podem se localizar em qualquer área do corpo, além de uma alteração de sensibilidade. No

caso da hanseníase tuberculoide, encontram-se, geralmente, lesões em placas, bem delimitadas, com bordas papulosas, também em pequena quantidade, e as áreas do corpo afetadas vão apresentar eritema ou hipocromia. Na hanseníase virchowiana a infiltração é difusa, conferindo à pele um aspecto apergaminhado, acompanhando pápulas, nódulos e máculas, além de madarose e fácies leoninas em alguns casos. A hanseníase dimorfa é caracterizada pela grande variação clínica, podendo ser encontradas: placas eritematosas, manchas hipocrômicas, manchas eritematosas ou acastanhadas e placas violáceas (Araújo, 2003).

As manifestações otorrinolaringológicas da hanseníase são decorrentes especialmente do acometimento da mucosa nasal e independem de sua forma clínica, podendo resultar em lepromas, ulcerações e perfuração septal (Fornazier et al, 2008).

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica que tem como agente etiológico o *Paracoccidioides brasiliensis*, em que as lesões cutâneas mais prevalentes – as ulceradas – podem se apresentar em úlceras limpas com presença de pontilhado hemorrágico. Quando, na apresentação cutânea, encontramos lesões múltiplas e pápulo-acneiformes, estamos diante de uma forma mais grave da doença. Nessa patologia as principais manifestações otorrinolaringológicas serão as lesões orofaríngeas de aspecto ulcerovegetante e deformidades laríngeas e labiais (Fornazier et al, 2008).

Nesse contexto, outra patologia de suma importância é a escarlatina, doença infecciosa aguda, mais frequentemente encontrada na faixa etária dos 5 aos 18 anos, causada pelo estreptococo B hemolítico do grupo A, e raramente dos grupos C, D e G. Sua ocorrência pode ser associada à faringite, mais frequente, e aos impetigos 5. Algumas das alterações otorrinolaringológicas incluem: faringoamigdalite com exsudato purulento, enantema em mucosa oral e alterações na língua, como papilas hipertrofiadas e avermelhadas. Em nível de alteração cutânea, no entanto, é possível encontrar um exantema micropapular que envolve tronco, pescoço e membros, o qual poupa

palmas das mãos e plantas dos pés. Pode apresentar também lesões puntiformes em face e hiperemia de testa e bochechas (BEPA, 2007).

O pênfigo vulgar compreende uma dermatose autoimune de caráter progressivo, crônico e ilimitado, que normalmente se manifesta com lesões bolhosas em mucosa oral que precedem manifestações cutâneas (Soares et al, 2020).

As manifestações bucais podem se localizar na mucosa jugal, palato mole, lábio inferior, língua e gengiva, podendo ser observado úlceras superficiais, vesículas e bolhas (Hayasida et al, 2023).

As manifestações cutâneas são resultantes de uma degeneração intraepidérmica que ocasiona formação de bolhas superficiais as quais, ao se romperem, revelam áreas erosivas exsudativas com odor fétido, dor e prurido. O sinal de Nikolsky pode estar presente, ao indicar atividade da doença, através do descolamento epidérmico após fricção da pele próximo à lesão (Soares et al, 2020).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Treponema pallidum*, cuja transmissão ocorre por via sexual e verticalmente. A sífilis divide-se em primária, secundária e terciária, dependendo de suas características clínicas, histopatológicas e imunológicas (Avelleira; Bottino, 2006).

Na sífilis primária conseguiremos identificar uma pápula de cor rósea que evolui para exulceração, indolor, bordas induradas e fundo limpo. A localização mais comum dessa lesão no homem é no sulco balanoprepucial, prepúcio e meato uretral, enquanto na mulher é em parede vaginal, pequenos lábios e colo uterino. Na sífilis secundária as lesões cutâneas se apresentarão com surtos, com acometimento, principalmente, em regiões palmares e plantares, pode ocorrer máculas eritematosas, pápulas eritemato-acobreadas e descamação intensa. Em mucosa oral podem surgir lesões vegetantes de cor esbranquiçada. Nessa fase também pode ter rouquidão, faringite e neurite do auditivo. Na sífilis terciária as lesões são, sobretudo, granulomas destrutivos, assimétrica, endurecidas e com hiperpigmentação periférica. Essas lesões podem perfurar palato e causar destruição da base óssea do

septo nasal. A língua pode sofrer espessamento e endurecimento, apesar da ausência de dor (Avelleira; Bottino, 2006).

Ademais, pode ocorrer o desenvolvimento da otossífilis em qualquer uma das fases supracitadas, através da manifestação de hipoacusia, acufenos, vertigem e desequilíbrio (Tavares et al, 2013).

A síndrome de Stevens-Johnson compreende uma reação mucocutânea aguda que resulta em necrose e descolamento da epiderme, que gera bolhas e expõe a derme, resultando em áreas desnudas. Podemos observar erosões e formações pseudomembranasas em boca, faringe e vias aéreas superiores, e na mucosa presença de eritema e erupções dolorosas (Coelho et al, 2021).

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória, de natureza auto- imune, com presença de auto-anticorpos e causa desconhecida. Sua incidência é essencialmente em mulheres jovens em fase reprodutiva e apresenta períodos de exacerbações e remissões. Clinicamente, podemos encontrar eritema malar e lesões eritematosas que possuem evolução para cicatriz atrófica e discromia, além de úlceras orais e nasais indolores. Pode ser observada perda auditiva neurossensorial e lesões em placas esbranquiçadas em palato duro, com eritema central e áreas de telangiectasia (Andrade; Appenzeller, 2022).

A Síndrome de Sjögren (SS) caracteriza uma doença autoimune crônica que cursa com piora progressiva dos seus sinais e sintomas, ataca as glândulas exócrinas, em especial, as salivares e lacrimais e é de maior prevalência no sexo feminino, a partir da quarta década de vida (Macedo et al, 2024).

A xerose é uma manifestação cutânea presente em cerca de 50% dos pacientes portadores de SS, e pode estar associado à sintomas como prurido , pinicação e ardência. O fenômeno de Raynaud é outra manifestação comum que eventualmente representa o primeiro sinal da doença, pode acometer 30% dos pacientes. Ademais, podemos visualizar uma vasculite cutânea leucocitoclástica de pequenos vasos em 10% dos casos, que pode se manifestar através de lesões purpúricas

típicas, lesões urticariformes e eritema elevatum diutinum (Sampaio et al, 2021).

Na cavidade oral, o principal sintoma é a hipossalivação, que ocorre devido à destruição das glândulas salivares pela concentração de linfócitos e pode resultar em xerostomia, alterações no paladar, bem como dificuldade de mastigar e engolir. Além disso, a condição da cavidade oral nesses indivíduos propicia o aparecimento de infecções oportunistas, como é o caso da candidíase oral (Macedo et al, 2024).

A artrite reumatoide compreende uma doença autoimune que cursa com inflamação e deformidade das articulações, e se associa com o anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico de segunda geração e fator reumatoide (Sampaio et al, 2021).

Clinicamente, podemos localizar nódulos reumatoides clássicos, que normalmente estão associados a altos títulos de fator reumatoide, e se apresentam como lesões endurecidas e localizadas em regiões extensoras de antebraços e cotovelos, com tamanho e número variáveis. Podem também existir manifestações vasculares, como a vasculite reumatoide, que possui caráter súbito e extenso, acometimento de pequenos e médios vasos os quais podem se manifestar com lesões maculares ou papulares purpúricas, púrpura retiforme, livedo reticular e úlceras (Sampaio et al, 2021).

Como acometimento laríngeo podemos citar a artrite da articulação cricoaritenóidea, que resulta em sintomas na fase aguda como: sensação de plenitude na garganta ou tensão, rouquidão, odinofagia e disfagia, podendo evoluir com estridor quando a doença crônica (Andrade; Appenzeller, 2022).

A Doença de Behçet é reconhecida como doença autoimune e multissistêmica, cujos portadores, frequentemente, exibem o alelo HLA-B51, sendo, assim, mais suscetível nesses indivíduos. As manifestações mucocutâneas são as mais recorrentes da doença e se constituem lesões normalmente dolorosas, com halo vermelho, de formato oval ou redondo, com base necrosada e coloração esbranquiçada-amarelada (Baradelli, 2020).

As lesões bucais são aftoses localizadas na bochecha, lábios, gengivas, palato, amígdalas e faringe, que apresentam cura espontânea após uma a duas semanas. Na pele observamos lesões acneiformes principalmente em membros inferiores e superiores, além de pústulas, pápulas, nódulos eritematosos ou pseudofoliculite em região púbica e membros inferiores (Baradelli, 2020).

A Granulomatose de Wegener consiste em uma doença autoimune e idiopática que induz uma vasculite de vasos de pequeno e médio calibre, associada à presença dos anticorpos anticitoplasma dos neutrófilos (ANCA) (Pontes et al, 2019).

O acometimento do trato respiratório é comum de ocorrer nessa doença em que podem estar presentes úlceras mucosas, rinite inflamatória, epistaxes, lesões em cartilagem nasal, obstrução nasal, rinorreia purulenta ou sanguinolenta, sinusite, otite média e nariz em sela¹⁷. Outras manifestações presentes nessa doença são lesões de pele, que normalmente surgem durante a evolução da doença, sendo as mais frequentes as púrpuras palpáveis, nódulos subcutâneos e pápulas necróticas (Lamolla et al, 2022).

O presente estudo justifica-se pela relevância clínica do assunto abordado, uma vez que as manifestações otorrinolaringológicas e dermatológicas são uma sinal importante de diversas patologias que podem variar, desde manifestações leves a potencialmente fatais.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia que alicerça a pesquisa constitui-se de natureza qualitativa, descritiva, exploratória e transversal, nos caminhos da “Revisão de Literatura Integrativa”, que compreende o levantamento e análise de artigos científicos relacionados ao objeto do estudo.

A revisão de literatura integrativa é um método de pesquisa ampla e extensiva, pois permite associar literatura teórica e empírica, assim como estudos com abordagens metodológicas diversas, ou seja, quantitativa e qualitativa. Os estudos incluídos na revisão são

analisados de maneira sistemática que, diferentemente da revisão tradicional (ou narrativa), segue um protocolo pré-estabelecido que deve orientar e conduzir todo o processo de revisão, desde a identificação do problema, perpassando a busca de informação, até o relatório final (Pompeo; Rossi; Galvão, 2009).

Por conseguinte, nesse pressuposto, esta revisão bibliográfica buscou identificar quais as doenças relevantes que se apresentam com manifestações cutâneas e otorrinolaringológicas, bem como apontar a importância de correlacionar seus sintomas clínicos com o intuito de facilitar o reconhecimento do diagnóstico destas patologias. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados de relevância para a produção do conhecimento em saúde: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SCIELO – Scientific Electronic Library on Line (SCIELO), Pubmed, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual da Saúde (bvs), incluídos artigos no período determinado entre 2002 e 2024. As etapas recorridas para a seleção dos artigos foram: busca na base de dado designada; leitura de títulos e artigos encontrados; exclusão de artigos que não abordavam o tema de forma relevante; leitura analítica e criteriosa dos artigos selecionados. Foi utilizada a combinação dos descritores em Ciências de Saúde (DeCs): “Manifestações cutâneas e otorrinolaringológicas concomitantes”; “Sintomatologia”; “Doenças Sistêmicas”; “Diagnóstico clínico”;

A análise dos dados selecionados fundamentou-se nos próprios autores dos respectivos artigos, sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, com o intento de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Notou-se que em casos de Leishmaniose, por ser uma parasitose de grande relevância epidemiológica na América do Sul e Brasil, tal

devastação florestais já proporciona neste caso, maior contato aos seres humanos com animais silvestres infectados, permitindo assim, maior contaminação aos animais domésticos por seus insetos vetores (Mota et al, 2011).

A maioria dos acometimentos foram de cabeça e pescoço nas doenças granulomatosas, como a própria leishmaniose que refletiu em relação a importância de afecções para o otorrinolaringologista, isso sem contar que, certo quantitativo se deve a exposição da realização de endoscopia nasal e laríngea. Sendo o nariz, local de maior prevalência devido região com temperatura onde macrófago tem menor capacidade de fagocitose. Porém, ao depararmos com a sintomatologia e sinais de cabeça e pescoço em pacientes portadores de leishmaniose, paracoccidioidomicose, hanseníase, deve-se o ressalto da necessidade de avaliação otorrinolaringológica, uma vez que, seria uma adequada conduta em todos pacientes com qualquer tipo de patologia granulomatosa (Fornazieri et al, 2018).

Há relatos em inúmeros estudos como complicação, danos ao ouvido por patologias reumatológicas, pois doenças do ouvido interno imunomediada, poderá produzir uma perda auditiva neurosensorial, bem como vertigem, tinido e plenitude auricular. Tais pacientes apresentam diminuição da acuidade auditiva e diminuição também da discriminação sonora, uma vez que tais doenças do ouvido interno se desenvolvem de forma subaguda ou em curso de tempo variando desde dias até meses (Pereira et al, 2006).

Perfaz que, obstrução nasal, crosta, rinorréia, necrose de seio e até destruição do palato, são relatos de pacientes comprometidos de sarcoidose, antecedendo por manifestações como linfadenopatia hilar bilateral que envolve parte hepática, pulmonar, pele e todo sistema nervoso central. Já obstrução, epistaxe, descarga nasal posterior e crosta, podem ser vistos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, por ser atribuído a isquemia ou uma certa inflamação nasal. Assim como, na Síndrome de Sjögren observou-se manifestações como aumento das glândulas parótidas e submandibulares de forma unilateral. Tais glândulas são firmes, difusas e aumentadas, notadas

em exame físico. Esses pacientes são propícios maior risco de linfoma MALT - mucosal-associated lymphoid tissue (Fornazieri et al, 2018).

Sabe-se que o diagnóstico de otossífilis não é tão simples, perante ao paciente haverá manifestações clínicas envolvendo o VIII par craniano, com uma sintomatologia cocleovestibular acompanhada ou não de outros pares cranianos comprometidos também. Por este motivo, deve-se realizar estudo etiológico de uma história clínica, incluindo todo contexto epidemiológico, exames objetivos, uma severa investigação serológica e imunológica, de forma excluir demais causas (Tavares et al, 2013).

Destacamos carência em estudos de tais afecções, bem como grande necessidade e importância de avaliação otorrinolaringológica de forma completa, mesmo em paciente que não apresentam se quer algum tipo de queixa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As manifestações otorrinolaringológicas e dermatológicas concomitantes são um sinal importante de diversas patologias que podem variar desde manifestações leves a potencialmente fatais. Tais manifestações podem ser o primeiro sintoma ou ocorrer durante o curso da doença. A correta identificação destes sinais é importante no diagnóstico e seguimento dos pacientes, objetivando sempre o tratamento mais assertivo da patologia identificada o mais precocemente possível.

Contudo, é imprescindível avaliação de lesões cutâneas e/ou mucosas de forma precisa, as quais favorecerão a implantação de um tratamento adequado, que permitirá reduzir disseminação da patologia em destaque, promovendo consequentemente tal raciocínio clínico diante da identificação queixosa e manifestações otorrinolaringológicas/dermatológicas de tais doenças sistêmicas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.O; APPENZELLER, S. **Manifestações otorrinolaringológicas em doenças autoimunes e autoinflamatórias. Uma perspectiva reumatológica.** Braz. Jour. Otorhinol. 2022. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/F9bGj9FHzSfgx39bK9NW5td/?lang=pt> Acesso em: 15.Jan.2025.

ARAÚJO, M.G. **Hanseníase no Brasil.** Ver. Soc. Brasil. Med. Trop. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/335vHvt6zgPfyXb7vnChvQJ/> Acesso em: 15.Jan.2025.

AVELLEIRA, J. C.R; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Ana. Bras. Dermatol. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang> Acesso em: 15.Jan.2025.

BARADELLI, E. M. G; SILVA, E. B. **Síndrome de Behçet – os desafios do diagnóstico: uma revisão sistemática.** 2020. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2021/04/RBAC-vol-52-4-2020-ref-823.pdf> Acesso em: 15.Jan.2025.

BEPA - **Boletim Epidemiológico Paulista. Transmissão Respiratória,** Divisão de Doenças. Escarlatina: orientações para surtos. 2007. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/download/39022/36696> Acesso em: 15.Jan.2025.

COELHO, A.B. et al. **Síndrome de Stevens-Johnson: uma doença dermatológica ou uma farmacodermia?** Stevens-Johnson Syndrome: a dermatological disease or a pharmacodermia? 2021. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/73503296/pdf.pdf> Acesso em: 15.Jan.2025.

FORNAZIERI, M. A;. et al. **Manifestações otorrinolaringológicas mais comuns das doenças granulomatosas.** Arq Int Otorrinolaringol.

/Intl Arch Otorhinolaryngol. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marco-Fornazieri/publication/26849621_Manifestacoes_otorrinolaringologicas_mais_comuns_das_doencas_granulomatosas/links/5833301e08ae004f74c5a585/Manifestacoes_otorrinolaringologicas-mais-comuns-das-doencas-granulomatosas.pdf Acesso em: 15.Jan.2025.

FORTES, M.R.P. et al. **Imunologia da paracoccidioidomicose**. Anai. Bras. de Dermatol. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/36ZBxwq385CJsKFZjXPN8Qn/> Acesso em: 15.Jan.2025.

HAYASIDA, B. A. et al. **Manifestações bucais e diagnóstico precoce do pênfigo vulgar: relato de caso. 2023**. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2023/03/Artigos/V23N307ArtClinicoManifestacoesbucaliediagnosticoprecocedopenfigovulgar.pdf> Acesso em: 15.Jan.2025.

LAMOLLA, C. R; TARIFA, A.;TORRECILLA, M. **Pioderma Gangrenoso como manifestación cutánea de granulomatosis con poliangeítis**. A propósito de un caso. 2022. Disponível em: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/203514/CONICET_Digital_Nro_79011d67-aafc-49eb-91bb-038d68809b0a_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em: 15.Jan.2025.

MACEDO, R. F. V. et al. **Síndrome de Sjogren – revisão de literature**. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.61411/rsc202467817> Acesso em: 15.Jan.2025.

MOTA, L. A. A; MIRANDA, R. R. **Manifestações dermatológicas e otorrinolaringológicas na Leishmaniose**. Arq. Intern. Otorrinol. 2011.Diponível em: <https://www.scielo.br/j/aio/a/CjZdPwk4TVJQSx3QzWcwQhN/citation/?lang=pt> Acesso em: 15.Jan.2025.

PEREIRA, D. B. et al. **Manifestações Otorrinolaringológicas nas Doenças Reumáticas Auto-Imunes. 2006.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/69nR5FhjPYY7YSwJFxQDV9z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 Fev 2025.

PONTES, C. D. N. et al. **Granulomatose de wegener em paciente jovem – Relato de Caso. 2019.** Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/243/176> Acesso em:

SATO, E. I. et al. **Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). 2002.** Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1415190635Consenso%20Bras%20Lupus.pdf> Acesso em: 18Jan.2025.

SAMPAIO, A. L. et al. **Manifestações cutâneas associadas a doenças sistêmicas – Parte I. 2021.** Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.008> Acesso em: 18.Jan.2025.

SOARES, H. P. L; BRANDÃO, E. S; TONOLE R. **Coberturas primárias em pessoas com lesões por pênfigo vulgar: revisão integrativa de literatura. 2020.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/GdXymnx3c4kV5Hs8QzQfVsQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 Jan.2025.

TAVARES, S. et al. **Otossífilis: Um diagnóstico raro em Otorrinolaringologia. 2013.** Disponível em: <https://sporl.josekarvalho.net/index.php/sporl/article/view/6> Acesso em: 18.Jan.2025.

CAPÍTULO 3



RINITE ALÉRGICA LOCAL: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Rossy Moreira Bastos Junior⁷

Mychelly Dias de Medeiros Chiarelli⁸

Louise Guimarães Damaceno Bastos⁹

INTRODUÇÃO

A rinite alérgica (RA) é um importante problema de saúde pública, posto que é uma das doenças crônicas mais prevalentes na população mundial, contudo, pouco estudada, frequentemente subdiagnosticada e subtratada o que, por conseguinte, tem gerado um considerável impacto negativo na qualidade de vida diária e na produtividade laboral das pessoas acometidas pela patologia, bem como no manejo terapêutico da doença. Neste ebook abordaremos um tipo especial de Rinite alérgica que é a rinite alérgica local.(RAL) (Rondón *et al.*, 2012; Neffen *et al.*, 2010).

⁷ Médico pela faculdade de medicina de Campos. Especialista em alergia e imunologia pela UFRJ. Mestre em ciências pela UFRJ. Doutorando em clínica médica UFRJ. Diretor secretário ASBAI RJ 2023/2024. Preceptor da Liga acadêmica de alergia e imunopatologia – LAAI e Coordenador do projeto de extensão em Imunopatologia. Docente saúde da criança - pediatria na UFRJ – Macaé. Docente de farmacologia e imunologia da faculdade de medicina Nova Iguaçu - campus V. <https://lattes.cnpq.br/0075913838823892> - <https://orcid.org/0000-0002-7729-2350> - E-mail: dr.rossymbastos@uol.com.br

⁸ Médica pela universidade Iguaçu - Campus V - Itaperuna com Especialização em Cardiologia clínica pelo Hospital São José do Avaí – Itaperuna. Especialização em Alergia e Imunologia clínica pela Faculdade de ciências médicas e da saúde de Juiz de Fora. Membro da sociedade brasileira de Alergia e Imunologia – ASBAI. Docente de Imunologia e Saúde da família da faculdade de medicina Nova Iguaçu - campus V. Docente da Liga acadêmica de alergia e imunopatologia e do projeto de Extensão em Imunopatologia. Pós-graduanda em Pediatria pelo Instituto de pós-graduação Kandler Coutinho/Vitória. <https://lattes.cnpq.br/0668838601642071> - <https://orcid.org/0009-0001-5798-363X> . E-mail: dramychellychiarelli@gmail.com

⁹ discente de Medicina da Universidade Iguaçu -6º Período https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=AD3C3B182D70FAEC44EAEFA6BD990046# - <https://orcid.org/0009-0005-6082-7469> - Lgdbastos@gmail.com

A RAL, descrita como uma resposta alérgica localizada na mucosa nasal de pacientes com teste cutâneo de puntura (TCP) negativo e IgE sérica específica (IgE) indetectável, simula a apresentação clínica de uma rinite alérgica típica, caracterizada pela produção local de anticorpos IgE específicos (sIgE) e pela ativação da imunidade celular (através da ação inflamatória de mastócitos e eosinófilos), com resposta positiva ao teste de provocação nasal com alergênicos específicos. Pode acometer pacientes previamente diagnosticados com rinite não alérgica, muitas vezes devido a falta de uma metodologia diagnóstica acessível para sua investigação (Blanca-Lopez *et al.*, 2016; Rondón *et al.*, 2012; Rondón, Fernandez, Canto, 2010).

Indivíduos com sintomatologia típica de rinite alérgica (RA) sem evidência de atopia sistêmica e com teste alérgico cutâneo de puntura (TCP) e IgE sérica específica negativos, porém com história clínica sugestiva de alergia por teste de provocação nasal (NPT) positivo, são indicativos de RAL (Terada, Kawata, 2022; Eguiluz-Garcia *et al.*, 2020; Blanca-Lopez *et al.*, 2016; Rondón, Fernandez, Canto, 2010; López *et al.* 2010).

Classicamente, a produção local de sIgE, um padrão inflamatório de células T helper tipo 2 (Th2) em secreções nasais durante a exposição natural a aeroalérgenos e uma resposta positiva à provocação de alérgenos nasais com produção nasal local de sIgE a aeroalérgenos, triptase, e proteína catiônica eosinófila (ECP) são evidências sugestivas da RAL, diferente da rinite alérgica na qual esses fenômenos ocorrem sistemicamente atingindo um ou mais órgãos do nosso corpo (López *et al.* 2010; Rondón, Fernandez, Canto, 2010).

Anticorpos sIgE detectados nas secreções nasais de pacientes com RA mostrou níveis aumentados de outros anticorpos como IgE, IgG e IgA. Esse resultado inicial sugere que pacientes com RA podem apresentar resposta alérgica local na mucosa nasal (Blanca-Lopez *et al.*, 2016; López *et al.* 2010).

De um ponto de vista etiológico, a rinite alérgica local resulta de uma resposta de hipersensibilidade a alérgenos específicos como o pó doméstico, incluindo os vários ácaros da poeira, pólen e pelo

de animais. Essa sensibilidade exagerada produz um quadro clínico caracterizado por secreção excessiva do muco nasal (rinorreia), espirros (crises esternutatórias), prurido e obstrução nasal (Eguiluz-Garcia *et al.*, 2020; Blanca-Lopez *et al.*, 2016; López *et al.* 2010; Rondón, Fernandez, Canto, 2010).

O diagnóstico da RAL requer um adequado exame clínico baseado nos sintomas observados, na história clínica pessoal e familiar, fatores desencadeantes e testes complementares, como demonstração de resposta positiva ao teste de provocação alérgica nasal (NPT) e/ou na detecção de IgE nasal; podendo ser complementado em algumas situações com outros exames como o exame detalhado das fossas nasais (rinoscopia anterior / endoscopia), bem como de avaliação imagiológica (tomografia computadorizada) um teste de ativação de basófilos positivo podem apoiar o diagnóstico (Campo *et al.* 2016; Rondón, Fernandez, Canto, 2010; Neffen *et al.*, 2010).

A partir de uma revisão sistemática, o presente estudo aborda a rinite alérgica local em função da precisão diagnóstica do teste de provocação nasal com alérgeno específico. Para alcançar tal propósito foram consultados e analisados os mais relevantes estudos originalmente publicados na língua inglesa (Pubmed), no período compreendido entre junho 2009 e janeiro de 2022. Para a seleção dos estudos elegíveis realizou-se uma busca com os seguintes descritores: rinite alérgica local, acurácia diagnóstica e teste de provocação nasal.

Dos exames complementares, os mais úteis para o diagnóstico diferencial são os que identificam a resposta inflamatória diretamente no órgão-alvo como os testes de provocação nasal com antígeno específico e os doseamentos de IgE específica nas secreções nasais, contudo, o NPT é considerado como padrão-ouro para o referido diagnóstico (Eguiluz-Garcia *et al.*, 2020; Rondón, Fernandez, Canto, 2010).

Ponderando que são poucas pesquisas empíricas a respeito do tema, principalmente em relação à literatura brasileira, teoricamente este estudo pretende contribuir para o avanço na área científica, no que diz respeito ao diagnóstico diferencial da RAL. Como justificativa

prática, espera-se que este estudo possa fornecer informações importantes a respeito do diagnóstico da RAL.

MÉTODOS

Estratégias de Pesquisa

Foram analisados os mais relevantes estudos publicados originalmente na língua inglesa, entre junho de 2009 e janeiro de 2023, tendo como referência as bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine*). A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave: “*local allergic rhinitis*” AND (*diagnostic OR diagnosis*). Para realizar uma busca diretamente relacionada com o tema do estudo foi utilizado o tag [ti] na palavra-chave diagnóstico.

Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados livre e independentemente e os estudos foram selecionados a partir dos pontos levantados em cada item exposto (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios de inclusão, exclusão e os principais resultados

Critérios de Inclusão	
Delineamento	• Artigos originais (ECC e ECR).
Pacientes	• Rinite Alérgica Local.
Método Diagnóstico	• Teste de Provocação Nasal.
Idioma	• Somente na língua inglesa.
Critérios de Exclusão	
Pacientes	• Pacientes sem Rinite alérgica local
Métodos	• Faltando informações, mal descritos
Forma de publicação	• Somente em resumo
Principais resultados	

- Sensibilidade
- Especificidade
- VPP
- VPN
- Disponibilidade do teste

Para identificação e elegibilidade dos estudos (quadro 2) inicialmente foi realizada uma triagem de títulos e resumos, seguida de uma análise detalhada do texto completo.

Quadro 2. Estudos selecionados como elegíveis

TÍTULO/TIPO DE ESTUDO	AUTORES/ ANO	REVISTA
1 Detection of Local Allergic Rhinitis in children with chronic, difficult-to-treat, non-allergic rhinitis using Multiple Nasal Provocation Tests (Estudo Clínico Controlado).	Tsilochristou, O. <i>et al.</i> , 2019.	Pediatric Allergy and Immunology.
2 Prevalence of local allergic rhinitis to Dermatophagoides pteronyssinus in chronic rhinitis with negative skin prick test (Estudo Clínico Controlado).	Tantilipikorn, P. <i>et al.</i> , 2021.	Asian Pac Journal Allergy and Immunology.
3 Diagnostic markers of local allergic rhinitis (Revisão sistematizada).	Klimov A.V. <i>et al.</i> , 2022.	Pathogens.
4 Local Allergic Rhinitis: Lights and Shadows of a Mysterious Entity (Revisão sistematizada).	Heffler, E.; Gelardi, M.; Landi, M., 2022.	International Archives of Allergy and Immunology.AR
5 Local Allergic Rhinitis: A Different Rhinitis Endotype? Literature Overview (Revisão sistematizada).	Cantone, E.; Detoraki, A.; Corso, E., 2022.	Applied Science. AR
6 Local allergic rhinitis: evolution of concepts (Revisão sistemática).	Incorvaia, C. <i>et al.</i> , 2017.	Clinical and Translational Allergy. AR
7 A new, faster, and safe nasal provocation test method for diagnosing mite allergic rhinitis (Estudo Clínico Controlado).	Blay, F. <i>et al.</i> , 2015.	Ann Allergy Asthma Immunol.

8 Local Allergic Rhinitis: A Different Rhinitis Endotype? Literature Overview (Revisão sistematizada).	Campo P, Salas M, López NB, Rondón C, 2016.	Immunology and Allergy Clinics of North America
9 Specificity and sensitivity assessment of selected nasal provocation testing techniques (Estudo Clínico Controlado).	Krzych-Fałta, E; Furmańczy, K, Samoliński, B., 2016.	Postepy Dermatol Allergol.
10 Challenges in Local Allergic Rhinitis Diagnosis, Management, and Research: Current Concepts and Future Perspectives (Revisão sistematizada).	Mortada, M.M.; Kurowski, M.2023.	Journal Medicine (Kaunas).
11 Seasonal Local Allergic Rhinitis in Areas with High Concentrations of Grass Pollen (Estudo observacional).	Blanca-Lopez, N et al., 2016.	Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology.
12 Coexistence of nasal reactivity to allergens with and without IgE sensitization in patients with allergic rhinitis (Estudo Clínico Controlado).	Eguiluz-Gracia I et al., 2020.	The Journal Allergy.
13 Nasal provocation test is useful for discriminating allergic, non-allergic, and local allergic rhinitis (Estudo Clínico Controlado).	Jang YT, Kim, HY, 2015.	American Journal of Rhinology & Allergy.
14 Immediate and dual response to nasal challenge with dermatophagoides pteronyssinus in local allergic rhinitis (Estudo Clínico Controlado).	López S. et al., 2010.	Clinical and Experimental Allergy.
15 Nasal allergies in the Latin American population: results from the allergies in Latin America survey (Estudo observacional).	Neffen H., et al., 2010.	Allergy and Asthma Proceedings.
16 Local allergic rhinitis: concept, clinical manifestations, and diagnostic approach (Revisão sistemática).	Rondón C. et al., 2010.	Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology.
17 Local allergic rhinitis: Allergen tolerance and immunologic changes after pre-seasonal immunotherapy with grass pollen (Estudo observacional).	Rondón C. et al., 2011.	Journal Allergy Clinical Immunology.

18 Efficacy and safety of <i>D. pteronyssinus</i> immunotherapy in local allergic rhinitis: a double-blind placebo-controlled clinical trial (Estudo clínico duplo-cego com placebo).	Rondón C. et al., 2016.	Journal Allergy Clinical Immunology.
19 Efficacy and safety of birch pollen immunotherapy for local allergic rhinitis (Estudo clínico duplo-cego com placebo).	Bozer, A. et al, 2018	Ann Allergy Asthma Immunol.
20 Diagnosis and Treatment of Local Allergic Rhinitis (Revisão sistematizada).	Terada T., Kawata, R., 2022.	Pathogens.
21 Systematic evaluations of allergic phenotypes of rhinitis in children and adolescents. (Estudo Clínico Controlado).	Pietro, A. et al, 2021.	Pediatric Allergy and Immunology.
22 Local allergic rhinitis (Revisão sistematizada).	Mello Junior, J.F., 2016.	Brazilian Journal of Otorhinolaryngology
23 The prevalence and characteristics of local allergic rhinitis in Poland. (Revisão sistemática).	Bozek A. et al., 2019.	Rhinology Journal
24 Nasal allergen provocation test with multiple aeroallergens detects polysensitization in local allergic rhinitis. (Estudo Clínico Controlado).	Rondón C. et al., 2011.	The Journal of allergy and clinical immunology
25 The Relevance of Nasal Provocation Testing in Children with Nonallergic Rhinitis. (Estudo Clínico Controlado).	Duman H, 2016.	Int Arch Allergy Immunol
26 Potential Differences between Local and Systemic Allergic Rhinitis Induced by Birch Pollen. (Estudo Clínico Controlado).	Bozek A et al., 2020.	Int Arch Allergy Immunol
27 Local allergic rhinitis in children: Novel diagnostic features and potential biomarkers. (Estudo Clínico Controlado).	Zicari AM et al, 2016.	Am J Rhinol Allergy
28 Prevalence and Clinical Characteristics of Local Allergic Rhinitis to House Dust Mites. (Estudo Clínico Controlado).	Jung CG. Et al, 2017.	Yonsei Med J

29 Immediate and dual response to nasal challenge with <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> in local allergic rhinitis. (Estudo Clínico Controlado).	López S. et al, 2010	Clin Exp Allergy
30 The importance of nasal provocation test in the diagnosis of natural rubber latex allergy. (Estudo Clínico Randomizado).	M. Ünsel et al, 2009	The Journal Allergy.

RESULTADOS

Aplicado o critério de inclusão referente à metodologia envolvida nos estudos (ECC/ECR) que deram origem aos 30 artigos elegíveis para serem incluídos nesta revisão, 15 foram excluídos. Dos 15 artigos selecionados, 10 foram selecionados pelos respectivos títulos, contudo, 5 foram excluídos por não conter dados suficientes sobre os principais resultados a serem alcançados. Assim, apenas 5 foram incluídos, conforme pode ser observado na figura 1.

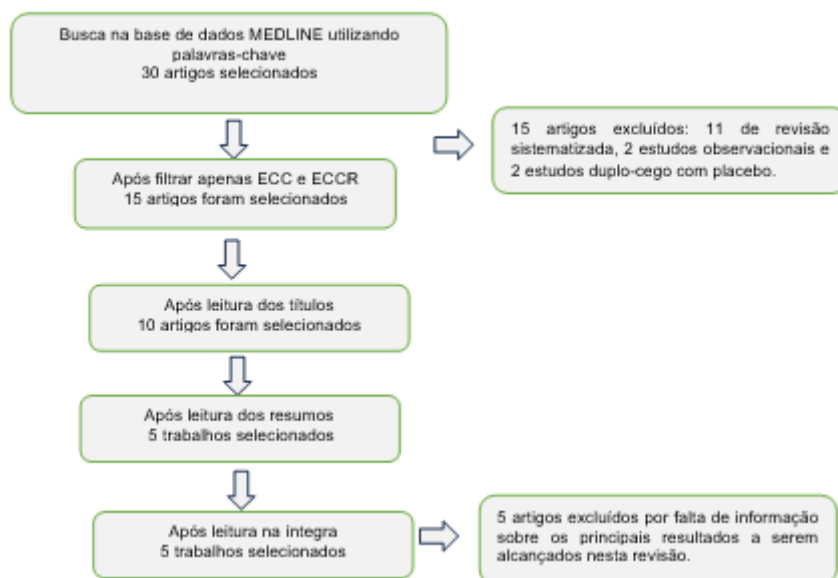


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão sistemática.

Uma síntese dos métodos diagnósticos da rinite alérgica local referentes ao teste de provocação nasal e seus achados evidenciados nos 5 artigos que fizeram parte do escopo desta revisão são apresentados no quadro 3.

Quadro 3. Sumário dos estudos e seus principais resultados

ESTU- DOS	PA- CIEN- TES	MÉTODO DIAG- NÓSTICO	RESULTADOS				DISPONIBI- LIDADE DO TESTE
			SEN- SIBIL.	ESPE- CIF.	VPP	VPN	
Ünsel M. <i>et al.</i> (2009).	94	NPT-C	100%	96%	30	29	Não é um teste de rotina. Uso limitado e demorado. Necessita pessoal bem treinado.
Rondón C. <i>et al</i> (2011).	50	NAPT-M	100%	100%	25	25	Não é um teste de rotina. Uso limitado e demorado. Necessita pessoal bem treinado.
Blay, F. <i>et al.</i> , (2015).	88	NPT-C NPT-R	83,7%	100%	49	39	Não é um teste de rotina. Uso limitado e demorado. Necessita pessoal bem treinado.
Jang YT, Kim, HY (2015).	262	NPT-C	77,4%	90,6%	152	110	Não é um teste de rotina. Uso limitado e demorado. Necessita pessoal bem treinado.

Krzych-Falta, E; Furmańczy, K., Samoliński, B. (2016).	59	NPT-C	100%	96%	30	29	Não é um teste de rotina. Uso limitado e demorado. Necessita pessoal bem treinado.

DISCUSSÃO

A presente revisão evidenciou que, dos exames complementares os mais úteis para o diagnóstico diferencial são os que identificam a resposta inflamatória diretamente no órgão-alvo, como os testes de provocação nasal com antígeno específico e a avaliação das concentrações de IgE específica nas secreções nasais, contudo, o NPT é considerado padrão-ouro para o referido diagnóstico (Eguiluz-Garcia *et al.*, 2020; Rondón, Fernandez, Canto, 2010;).

O NPT caracteriza-se por uma especificidade e sensibilidade particularmente elevadas (especificidade = 83,7% e sensibilidade = 100%)¹⁰. Estudos avaliando pacientes com rinite não alérgica (NRA) utilizando provocação nasal com alérgeno revelaram desafio alergênico positivo entre esses indivíduos não alérgicos com testes cutâneos negativos (Krzych-Falta, Furmánczy, Samolinski, 2016; Blay *et al.*, 2015; Jang, Kim, 2015; Rondón *et al.*, 2011; Ünsel *et al.*, 2009).

Como mencionado anteriormente, na prática clínica o NPT é considerado padrão-ouro para o diagnóstico da RAL. A provocação nasal com alérgenos reproduz a reação alérgica natural, demonstrando a fase imediata, bem como a tardia, a sensibilização ao alérgeno e sua importância no desencadeamento dos sintomas (Eguiluz-Garcia *et al.*, 2020; Rondón, Fernandez, Canto, 2010). Dados reportados dos resultados dos estudos nomeados nesta revisão corroboram esse achado.

Krzych-Falta e colaboradores¹, em 2023, avaliou dentre 59 indivíduos avaliados com o NPT, 30 pacientes foram diagnosticados

com RAL a alérgenos ambientais comuns destinado à avaliação da sensibilidade e especificidade do NPT, sendo que 29 indivíduos saudáveis foram incluídos no estudo. Essa análise demonstrou um nível significativamente alto de sensibilidade (100%) e especificidade (96%) (Krzych-Falta, Furmánczy, Samolinski, 2016).

Em outro estudo, de 262 pacientes com sintomas de rinite crônica e teste cutâneo por puntura (TCP) negativo, 110 apresentaram NPT de negativo para *Dermatophagoides pteronyssinus* (PD) e 152 diagnosticados como portadores de LAR, evidenciando sensibilidade de 90,6% e especificidade de 77,4%. Essas observações revelam alta sensibilidade, porém moderada especificidade via teste de provocação nasal (Jang, Kim, 2015).

Com o objetivo de avaliar a sensibilidade, a especificidade e a segurança de uma versão rápida do teste de provocação nasal (NPT-R) para o diagnóstico da rinite alérgica por ácaros da poeira doméstica (HDM) foi feito um estudo de duas populações (totalizando 88 pacientes) uma com rinite alérgica desencadeada por HDM (49 pacientes), com base num resultado positivo do teste de provocação nasal clássico (NPT-C), e outra com rinite não desencadeada por HDM (alérgica a outros alérgenos ou sem alergia), com base num resultado negativo de NPT-C (39 pacientes) (Blay *et al.*, 2015).

Por meio NPT-R, esses pacientes foram reavaliados, corroborando os resultados do NPT-C, ou seja, 49 diagnosticados com rinite alérgica ao HDM e 39 controles com e sem atopia, com elevadas sensibilidades (83,7%) e especificidade (100%) para ambos os testes, os quais mostraram-se completamente seguros, contudo, a realização do NPT-R foi mais fácil e rápida NPT-C. O NPT-R parece ser uma ferramenta muito útil no diagnóstico da rinite alérgica local por HDM (Blay *et al.*, 2015).

Com o objetivo de detectar a polissensibilização a vários aeroalérgenos foi realizado testes de provocação nasal com múltiplos aeroalérgenos (NAPT-Ms) em 50 pacientes, 25 (1 ano antes com NPT-C positivo para LAR) e 25 com NAR, portanto com NPT-C negativo para LAR. Os NAPT-Ms apresentaram sensibilidade e especificidade de

100%. Esse achado sugere concordância com o padrão ouro NPT-C com um único aeroalérgeno. o NAPT-Ms parece ser um teste de diagnóstico *in vivo* útil seguro específico, sensível, reprodutível e menos demorado para a triagem de pacientes com LAR (Rondón *et al.*, 2011).

Ünsel e colaboradores (2019) realizaram o NPT com látex em um grupo de 94 indivíduos (n = 29 pacientes com teste cutâneo positivo para látex, n = 35 um grupo randomizado com alergia a alérgenos não-látex e n = 30 indivíduos saudáveis) com sensibilidade de 100% e especificidade de 96%. Esta análise também demonstrou um nível significativamente alto de especificidade e sensibilidade.

Considerando os achados dos estudos supramencionados quanto aos parâmetros de desempenho diagnóstico: sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo (VPN) e valor preditivo positivo (VPP) é possível afirmar que o teste de provocação nasal constitui a melhor maneira de diagnosticar a LAR (Krzych-Falta, Furmánczy, Samolinski, 2016; Blay *et al.*, 2015; Jang, Kim, 2015; Rondón *et al.*, 2011; Ünsel *et al.*, 2009), contudo, é um exame demorado e dispendioso em estudos com um grande grupo de pacientes, além de necessitar de pessoal bem treinado (Campo *et al.*, 2016; Rondón *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

A rinite alérgica local constitui um desafio diagnóstico e terapêutico para os médicos. Apesar de afetar uma proporção significativa de pacientes com rinite não atópica a condição permanece em grande parte não reconhecida e, por conseguinte, diagnosticada incorretamente.

O NPT é um dos poucos métodos de diagnóstico de alergia que recriam a resposta natural do corpo a um alérgeno. Os achados desta revisão corroboram a acurácia do teste de provocação nasal em discriminar indivíduos com ou sem rinite alérgica local. Além disso, tem um papel importante em ensaios clínicos. É um teste que pode ser utilizado na prática clínica de rotina, embora deva ser realizado

por pessoal devidamente treinado, porém seu uso é dispendioso e limitado. O teste de provocação nasal demonstrou ser uma ferramenta sensível e específica no diagnóstico da RAL.

REFERÊNCIAS

BLANCA-LOPEZ, N.; CAMPO, P.; SALAS, M.; GARCÍA RODRÍGUEZ, C. *et al.* Seasonal Local Allergic Rhinitis in Areas With High Concentrations of Grass Pollen. **Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology**, v. 26, n. 2, p. 83-91, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27164623/doi:10.18176/jiaci.0018>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BLAY, F. *et al.* A new, faster, and safe nasal provocation test method for diagnosing mite allergic rhinitis. **Annals of allergy, asthma & immunology**, ago. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083105/doi:10.1016/j.anai.2015.07.014>.

CAMPO, P.; SALAS, M.; LÓPEZ, N.B.; RONDÓN, C. Local Allergic Rhinitis. **Immunology and Allergy Clinics of North America**, v. 36, n. 2, p. 321-332, mai. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083105/doi:10.1016/j.iac.2015.12.008>. Acesso em: 22 ago. 2023.

EGUILUZ-GRACIA, I. *et al.* Coexistence of nasal reactivity to allergens with and without IgE sensitization in patients with allergic rhinitis. **The Journal Allergy**, v. 75, n. 7, p. 1689-1698, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31995231/doi:10.1111/all.14206>. Acesso em: 22 ago. 2023.

JANG, Y.T.; KIM, H.Y. Nasal provocation test is useful for discriminating allergic, nonallergic, and local allergic rhinitis. **American Journal of Rhinology & Allergy**, v. 29, n. 4, p. 100-104, ago. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26163237/doi:10.2500/ajra.2015.29.4214>. Acesso em: 22 ago. 2023. American Journal of Rhinology & Allergy.

KRZYCH-FAŁTA, E.; FURMAŃCZY, K.; SAMOLIŃSKI, B. Specificity and sensitivity assessment of selected nasal provocation testing

techniques. **Postepy Dermatol Alergol**, v. 33, n. 6, p. 464-468, dez. 2016. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28035225/doi:10.5114/pdia.2016.61339>. Acesso em: 22 ago. 2023.

LÓPEZ, S. *et al.* Immediate and dual response to nasal challenge with dermatophagoides pteronysinus in local allergic rhinitis. **Clinical and Experimental Allergy**, v. 40, n. 7, p. 1004-1014, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337651/doi:10.1111/j.1365-2222.2010.03492.x> Acesso em: 22 ago. 2023.

NEFFEN, H. *et al.* Nasal allergies in the Latin American population: results from the allergies in Latin America survey. **Allergy and Asthma Proceedings**, v. 31, n. 1, p. 9-27, jun. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20557683/> doi: 10.2500/aap.2010.31.3347. Acesso em: 22 ago. 2023.

RONDÓN, C. *et al.* Local allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 129, n. 6, p.1460-1467, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22516477/> doi: 10.1016/j.jaci.2012.02.032. Acesso em: 22 ago. 2023.

RONDÓN, C. *et al.* Nasal allergen provocation test with multiple aeroallergens detects polysensitization in local allergic rhinitis. **The Journal of allergy and clinical immunology**, v. 12, n. 6, p. 1192-1197, dez. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083105/doi:10.1016/j.jaci>. Acesso em: 22 ago. 2023.

RONDÓN, C.; FERNANDEZ, J.; CANTO, G. Local allergic rhinitis: concept, clinical manifestations, and diagnostic approach. **Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology**, v. 20, n. 5, p. 364-371, out. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20945601/doi:10.1016/j.jaci.2012.02.032>. Acesso em: 22 ago. 2023.

TERADA, T.; KAWATA, R. Diagnosis and Treatment of Local Allergic Rhinitis. **Pathogens**, v. 11, n. 1, p. 80-89, jan. 2022. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35056028/doi: 10.3390/pathogens11010080](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35056028/doi:10.3390/pathogens11010080). Acesso em: 22 ago. 2023.

ÜNSEL M. *et al.* The importance of nasal provocation test in the diagnosis of natural rubber latex allergy. **European journal of allergy and clinical immunology**, v. 64, n. 6, p. 862-867, jun. 2009. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083105/doi: 10.12111/j.1398-9995.2008.01901.x](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083105/doi:10.12111/j.1398-9995.2008.01901.x). Acesso em: 22 ago. 2023.

CAPÍTULO 4



A EXCLUSÃO DE PESSOAS IDOSAS NA ERA DIGITAL: UMA ANÁLISE DOS CRITÉRIOS MÉDICOS À LUZ DA GERIATRIA

Janete Soares Martins¹⁰

Renata Caraline Carvalhal Fraga¹¹

João Guilherme Caraline Carvalhal Fraga¹²

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG) sua missão é proporcionar assistência integral e integrada à saúde da pessoa idosa. O objetivo é desenvolver o potencial dos idosos, reduzir suas limitações, manter sua autonomia, prevenir a perda de independência e promover um envelhecimento ativo, baseado nos pilares de saúde, participação,

10 Médica (CRM: 52559898). Mestre em Medicina e Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte. Graduação em Medicina pela Universidade Sul Fluminense – Faculdade de Medicina de Vassouras. Especialização em Cardiologia pelo Instituto de Pós-graduação Médica do Rio de Janeiro. Especialização em Geriatria Clínica pelo Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (RQE: 22926). Título de Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RQE: 26673). Docente da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V – Itaperuna – na disciplina de Saúde do Idoso e Semiologia Médica, bem como prática ambulatorial em Cardiologia e Semiologia. Preceptora da Liga de Geriatria da mesma Instituição. Orientadora de pesquisas acadêmicas no âmbito da geriatria, semiologia clínica e cardiologia com objetivo de publicação em revistas e periódicos médicos.

11 Médica (CRM: 52645001). Mestre em Clínica Médica/Setor Nutrologia Pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos. Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (RQE: 35546). Residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Geral de Ipanema. Certificação Internacional em Medicina do Estilo de Vida pelo *International Board of Lifestyle Medicine*. Docente da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V – Itaperuna – na disciplina de Clínica Médica 1. Preceptora da Liga Acadêmica de Medicina do Estilo de Vida da mesma Instituição. Orientadora de Projetos de Iniciação Científica (PIC) e Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da UNIG Campus V.

12 Acadêmico de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V – Itaperuna.

segurança e aprendizado ao longo da vida, conforme estabelecido pelo Centro Internacional da Longevidade (2015).

Para muitos idosos que não tiveram a oportunidade de frequentar a escola, envelhecer hoje pode significar exclusão digital e isolamento social. A revolução da informática transformou drasticamente os modos de produção de conhecimento e as formas de comunicação, deixando muitos idosos à margem dessas inovações e isso se revela em diversos seguimentos da sociedade, inclusive em espaços profissionais.

Segundo Souza e Sales (2016), para entender as relações dos idosos com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), é necessário considerar os diferentes contextos sociais e históricos. Ao contrário das crianças que nascem atualmente, os idosos da contemporaneidade estão experimentando a Era Digital pela primeira vez. Sendo, portanto, um problema também geracional.

Justifica-se a pesquisa por ser de grande relevância na atualidade, uma vez que promover a inclusão digital dos idosos é uma questão de equidade, a qual garante que essa população tenha as mesmas oportunidades e benefícios das gerações mais jovens na era digital.

A metodologia do trabalho é de revisão de literatura, por meio da bibliografia já existente, dividindo-se em três seções distintas, que se interligam com o principal objetivo de trazer linearidade aos temas abordados para apresentar o saber necessário acerca do mesmo. Assim, a primeira seção versa sobre demonstrar a definição de Terceira Idade.

A segunda seção será destinada a abordar saberes acerca da inclusão das tecnologias no mundo digital, mostrando os desafios e as suas perspectivas.

Por fim, a terceira seção traz a contribuição da geriatria a partir da gerontologia para a vida em rede dos idosos.

1. A TERCEIRA IDADE

A partir do apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o termo idoso pode ter sua definição por: um indivíduo que possui idade superior a sessenta e cinco anos, nos países desenvolvidos; e igual ou superior a sessenta anos, nos países que ainda se encontram em desenvolvimento, como no Brasil. Observa-se na contemporaneidade que, pelos fatores de natureza psicológica e cultural – estes aliados ainda aos avanços tecnológicos e médicos –, muitas pessoas nessa etapa da vida não se consideram “velhos”; no entanto, em contrapartida, outros indivíduos com menos idade, agem como tal (Machado, 2019).

Todavia, tal definição somente é levada em consideração para fins de pesquisa, uma vez que para ser constituído o processo de envelhecimento é necessário serem averiguados três fatores importantes, sendo estes denominados como: biológicos, sociais e psíquicos. Fatores os quais têm como função determinar a velhice, podendo retardar ou vir a acelerar o aparecimento de doenças e sintomas característicos do processo de envelhecimento humano (Cardoso, 2022).

Entende-se que o corpo humano vai mudando no decorrer do tempo, mas durante o período da velhice, essa mudança se mostra significativamente mais acentuada, ou seja, de forma mais rápida e degradante. O que faz com que sejam evidenciadas deteriorações que prejudicam a vida funcional do indivíduo, como: diminuição do equilíbrio, dificuldade para se deslocar e realizar atividades básicas do dia a dia.

O que também é apresentado por Cancela (2007, p. 33):

O avanço da idade proporciona ao indivíduo diversas alterações fisiológicas, aumentando o desenvolvimento de doenças crônicas e diminuição da capacidade de realizar as atividades de vida diária. A carência de atividade física ao longo da vida e

quando se chega a velhice, diminui a função física do idoso, resultando em falta de equilíbrio, aumento da fraqueza muscular e diminuição da resistência, tornando o idoso suscetível a quedas e lesões.

Frente ao apresentado, Santos (2014) afirma que o envelhecimento é de fato um processo de caráter dinâmico e progressivo que acomete todos os seres vivos, e que nestes são observadas diversas mudanças funcionais, morfológicas, bioquímicas e psicológicas. Mudanças as quais fazem com que o indivíduo passe a perder a capacidade de se adaptar ao meio em que faz parte, causando um estado de vulnerabilidade e ocorrência de processos patológicos que acabam levando ao falecimento.

Souza (2019) diz que as alterações trazidas pela idade podem fazer com que o indivíduo se encontre mais vulnerável, posto que suas principais alterações se dão em sua fisiologia, causando a diminuição da massa magra, da força e da flexibilidade em seu equilíbrio, o que eleva o risco de queda e compromete sua qualidade de vida.

Afirma-se que com o processo de envelhecimento ocorre a diminuição da síntese hormonal no corpo do indivíduo, o que resulta na senescência de células importantes para todos os tecidos do organismo, em especial ao tecido ósseo, já que os ossos são considerados estruturas metabólicas que possuem importância fundamental para que haja a manutenção de vários processos em caráter vital para o ser humano. Percebe-se que com o aumento da idade do indivíduo, os ossos acabam por perder o potencial de crescimento e remodelamento ósseo, acarretando prejuízos para sua saúde (Cardoso, 2022).

Com o olhar voltado para Machado (2019), conclui-se que na perspectiva dos próprios idosos, o envelhecer de forma saudável está inteiramente ligada a uma alimentação saudável e prática regular de atividades físicas, contando, ainda, com as condições psicológicas que apontem ao otimismo e à felicidade. Nesse sentido, entre as dimensões espirituais, cita-se a fé e, entre as sociais, as relações com a família, amigos e cônjuge.

Cardoso (2022) menciona nas entrelinhas de sua pesquisa que o envelhecer não passa de um processo e não constitui apenas um fato consumado: inicia-se com o nascimento, chegando ao momento de completude, fazendo com que a velhice precise ser considerada como uma meta positiva da própria existência humana e não como o fim de sua existência.

2. PESSOAS IDOSAS NA INCLUSÃO DAS TECNOLOGIAS NO MUNDO DIGITAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Diante das análises acerca do tema proposto nesta pesquisa acadêmica, é entendido que a velhice é percebida como um fenômeno histórico, social, cultural, envolto por uma alta complexidade, multifacetado e multidisciplinar, que perpassa toda a trajetória de vida do indivíduo, sendo compreendida a partir do tempo, espaço, da classe social, das relações de gênero, entre outras variáveis.

Estudos sobre a temática do envelhecimento vêm se revelando cada vez mais relevantes no cenário social mundial, o que faz surgir uma vasta produção bibliográfica acerca de estudos sobre a Terceira Idade, sendo percebido ainda, que a temática antes era quase que restrita à medicina e à antropologia e, hoje, seus horizontes foram ampliados, surgindo como estudos de demógrafos, sociólogos, estatísticos, assistentes sociais, psicólogos, filósofos, fisioterapeutas, jornalistas, dentre outros profissionais que fazem parte do contingente intelectual que busca alternativas de intervenção junto à comunidade idosa (Machado, 2019).

Com os olhos voltados para o dicionário online Dicio, a Globalização é definida como um processo que ocasiona uma integração, ou uma ligação estreita, entre economias e mercados, em diferentes países, resultando na quebra das fronteiras entre eles. A globalização é seletiva e nem sempre democrática e includente (Diniz, 2023).

De acordo com Giddens (2018), são evidenciadas duas visões acerca do que vem a ser o fenômeno da Globalização, sendo assim, estando dividida em dois grupos de pessoas: as cépticas e as radicais. Ainda de acordo com Giddens (2018), as integrantes do grupos das Cépticas afirmam que a Globalização não passou de um mito criado pelo homem, sendo assim evidente que a economia global, de fato, não sofreu nenhuma mudança, ou seja, grandes alterações indo de encontro a este grupo de pessoas, evidencia-se os Radicais, estes acreditam que a Globalização na verdade é um fato, o qual pode-se sentir seus efeitos em todos os lugares, para estes assim como para a maioria da sociedade, está evidenciado que o mercado como um todo encontra-se em constante desenvolvimento.

A partir da análise do autor, entende-se que, na verdade, não seria deveras possível explicar o fenômeno da Globalização em uma maneira absoluta, uma vez que esta vem a ser um fenômeno de caráter multifacetado, o qual envolve áreas distintas, sendo assim, atuando em diversos âmbitos como na economia, no social e cultural, na geopolítica, assim como também nas esferas demográficas e religiosas. Desta maneira, Giddens vê a Globalização como uma rede complexa de processos.

Com a chegada das grandes tecnologias, foi evidenciada cada vez mais a utilização da internet para fins sociais, a qual – na década de 80 – era utilizada apenas para fins militares e acadêmicos e para a interligação entre laboratórios de pesquisas, veio a se disseminar ao redor do mundo, tendo sua popularização entre todos os tipos de pessoas em 1992, com a criação dos provedores (Dias, 2023).

Tal disseminação contribuiu para que as pessoas se encontrassem cada vez mais ligadas umas às outras, independentemente do lugar em que se encontrassem, com a utilização de e-mails e, hoje, através das redes sociais. Iniciou-se assim o fenômeno da cibercultura, que se constitui como um multiverso de eventos, tendências e fenômenos de uma grande sociedade em rede, uma sociedade informatizada conectada, de maneira atemporal, pelas novas tecnologias da informação.

Diante do mundo atual, é notado que existe um grande número de redes sociais em todo o mundo, onde cada uma tem um propósito e destinada a um público diferente, mas todas possuem o mesmo objetivo em comum: a existência do relacionamento entre as pessoas.

De acordo com o IBGE, em 2022, 83,6% dos usuários de internet no país acessavam redes sociais. Este aumento está associado à crescente penetração da internet e ao uso de smartphones como principal dispositivo de acesso, que chegou a 98,9% dos internautas brasileiros.

O IBGE (2022) indica ainda, de acordo com os dados coletados no ano indicado, havia 32,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais residentes no Brasil, destas, uma proporção significativa acessa a internet. No ano anterior (2021), uma pesquisa indicou que 56,6% dos idosos brasileiros usavam a internet, e espera-se que esse número tenha aumentado com o passar do tempo, já que o índice de envelhecimento no Brasil aumentou, indicando um número crescente de idosos em relação às crianças. Em 2022, esse índice chegou a 80,0, evidenciando o envelhecimento da população brasileira

Diante da pesquisa apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), na sociedade atual é de se notar que o uso das redes sociais tem como seu principal público adolescentes e jovens adultos, fazendo com que a população idosa se encontre excluída.

Partindo do entendimento de que na sociedade contemporânea a comunicação se dá através da utilização da internet, e com isso, automaticamente, a partir da interação proporcionada pelas redes sociais, é percebido que tal realidade acabou por mudar completamente a forma de agir, pensar, interagir, e de se expressar dos indivíduos e, dentre estes, é preciso serem incluídos, também, os idosos.

A exclusão digital está ligada a um risco aumentado de declínio cognitivo entre adultos mais velhos em países em desenvolvimento. O acesso à internet pode estar associado a um risco reduzido de deterioração cognitiva em idosos, destacando os benefícios potenciais de estratégias de inclusão digital personalizadas para promover o envelhecimento ativo.

As tecnologias digitais têm um grande potencial em melhorar a qualidade de vida dos idosos. Por exemplo, os idosos podem marcar consultas médicas pela internet, podem gerenciar digitalmente os acompanhamentos regulares com os médicos e relatar suas condições aos seus prestadores de cuidados em um formato digital. Além disso, muitos serviços estão migrando para plataformas digitais, incluindo bancos, pensões, serviços de TV, reserva de transporte etc. Os idosos enfrentam desafios para usar esses serviços porque não estão familiarizados com o uso de tecnologias digitais.

A inclusão digital dos idosos é um tema cada vez mais relevante em nossa sociedade, marcada pela crescente influência das tecnologias da informação e comunicação. Ao garantir o acesso e o uso das ferramentas digitais, acaba por ser promovida uma série de benefícios para esse grupo populacional, contribuindo para uma vida mais ativa, independente e engajada (Machado, 2019). Treinamento preciso para idosos é de extrema importância e o fator mais importante para trazê-los para a esfera da inclusão digital. O papel do apoio de pares, especialmente da família, é vital para ajudar os idosos a adotar as TICs e se beneficiarem delas.

O papel da mídia na conscientização sobre inclusão digital para idosos é também inegavelmente significativo, pois a sociedade tradicional está atualmente passando por uma fase de midiaticização. A mídia pode ser vista como um instrumento de influência em massa e pode influenciar as decisões dos idosos em adotar as TICs. Quando combinada com programas de treinamento personalizados voltados para idosos, é provável que a exclusão digital seja controlada em uma extensão notável.

Este processo deve ser enxergado de forma contínua, já que exige o envolvimento de diversos atores sociais como governo, empresas, instituições de ensino e a própria sociedade. Ao investir na inclusão digital de idosos, pode ser alcançada uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todos possam participar ativamente e aproveitar os benefícios da era digital.

Neste sentido, é visto que a inclusão digital é um conceito que engloba políticas de educação que permitam a alfabetização digital na medida em que está em jogo a questão dos fins da inclusão digital e, também, as articulações dessa com outras questões críticas – como, por exemplo, a capacitação para o exercício da cidadania ativa e sua inserção na esfera pública como interlocutor e não apenas como receptor

Há que se reiterar, no entanto, que a efetividade de ações educativas, rumo à inclusão digital, só será possível numa sociedade brasileira verdadeiramente democrática, mais justa, menos desigual, que respeite e dê oportunidade aos idosos de se conectarem com o mundo contemporâneo, marcado pela era digital.

3. COMO O OLHAR DA GERIATRIA E A GERONTOLOGIA PODE CONTRIBUIR PARA A VIDA EM REDE DAS PESSOAS IDOSAS

O envelhecimento da população é um fenômeno global e a inclusão digital dos idosos tornou-se um tema crucial para garantir uma vida mais plena e independente. A geriatria e a gerontologia, áreas da saúde dedicadas ao estudo do envelhecimento, desempenham um papel fundamental nesse processo. Em tal perspectiva traduz o Tratado de Geriatria e Gerontologia:

O aumento acentuado do número de idosos trouxe consequências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem este grupo etário. Era necessário buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos e conhecer as múltiplas facetas que envolvem a velhice e o processo de envelhecimento. Ver simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que pesam sobre eles. Ao contrário, é relevante a visão global do envelhecimento como

processo e do idoso como ser humano. Continuar aceitando, como querem os biogerontologistas, que o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte, é satisfazer-se apenas com meia verdade. Hoje, felizmente, todas as áreas do saber sobre a velhice encontram-se em grande evolução (Freitas, 2013, p. 65)

O que pretendemos com esse capítulo é superar essa visão dos biogerontologistas, de que o envelhecimento está associado a uma incapacidade funcional, muito pelo contrário, a proposta deve ser de inclusão dos idosos em todos os espaços, especialmente nos espaços digitais, por isso, é importante estarmos em constante desenvolvimento em todas as áreas que compõem e integram a velhice populacional.

Freitas (2014) afirma que integração de cuidados geriátricos com abordagens gerontológicas pode criar uma rede de suporte robusta que melhora a saúde e o bem-estar dos idosos, promovendo sua inclusão e participação ativa na sociedade. Essas disciplinas juntas podem ajudar a construir uma vida em rede significativa e enriquecedora para os idosos, garantindo que envelheçam com dignidade, respeito e qualidade de vida, já que a geriatria desempenha um papel crucial na promoção da saúde e bem-estar dos idosos, ajudando-os a viver uma vida plena, ativa e digna, mesmo na presença de múltiplas condições de saúde.

Com as pesquisas realizadas, percebe-se que a geriatria, juntamente com a gerontologia, pode desempenhar um papel fundamental na inclusão digital dos idosos, promovendo a saúde, o bem-estar, a autonomia e a conexão social, capacitando os idosos a utilizar a tecnologia de maneira eficaz. Contexto esse em que os geriatras ajudam a integrar essa população, melhorando significativamente sua qualidade de vida.

Neste sentido, é afirmado que os geriatras, a partir da gerontologia, podem proporcionar aos idosos melhores condições de vida, não só na manutenção de sua saúde física, como também na psíquica no que tange à era digital. Ressalta-se que, durante muito tempo, não se tinha essa preocupação como nos dias de hoje, vejamos:

Tradicionalmente, o atendimento médico era focalizado no diagnóstico e no tratamento, e o resultado medido por meio de dois indicadores objetivos: morbidade e mortalidade. Nas últimas décadas ocorreu uma mudança de enfoque, e o resultado das condutas médicas tem sido avaliado, também, através de variáveis subjetivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida. Na verdade, as ciências da saúde hoje abrangem conceitos que há tempos vinham sendo discutidos por economistas, cientistas sociais e políticos. Às medidas clínicas e às de caráter objetivo, isto é, realizadas por equipamentos ou por um observador treinado, somaram-se outras, de caráter subjetivo, em que o indivíduo é chamado a opinar sobre a qualidade global de sua vida, ou sobre aspectos particulares, tais como saúde, sexualidade, memória, capacidades funcionais e relações sociais, **dentre outras** (Freitas, 2013, p.186)

A locução “dentre outras” trazida ao final da citação acima abrange o escopo deste capítulo, ou seja, precisamos pensar como integrar a população idosa aos fenômenos e processos tecnológicos. Quando pensamos na inteligência artificial, por exemplo, precisamos, enquanto profissionais da área, nos preocuparmos em criar mecanismos para viabilizar aos idosos frutífera convivência digital, para que, finalmente, eles possam se sentir pertencentes em todos os espaços de convivência e circulação, inclusive nos ciberespaços.

Certo que a tecnologia pode ajudar a reduzir o isolamento social, um problema comum entre os idosos. Neste viés os geriatras

podem incentivar o uso de redes sociais, videoconferências e outras tecnologias de comunicação para manter contato com familiares e amigos, promovendo o bem-estar emocional (Freitas, 2014).

Ademais, a inclusão digital também pode proporcionar acesso a uma variedade de opções de entretenimento e lazer, como filmes, música, jogos e livros digitais, contribuindo para uma vida mais rica e satisfatória.

CONCLUSÃO

Com o fim da análise sobre a situação-problema proposta: “A Exclusão de Idosos na Era Digital: uma análise dos critérios médicos à luz da Geriatria”, foi percebido que a inclusão digital permite que os idosos acessem uma variedade de serviços e recursos, como compras online, serviços bancários, telemedicina e informações sobre eventos e atividades comunitárias. Nesse contexto, cabe ressaltar o importante papel dos geriatras, que podem orientar os idosos sobre como acessar e utilizar esses serviços de maneira segura e eficiente.

As leituras realizadas permitiram visualizar que uma educação ao longo da vida, utilizando as tecnologias de informação e comunicação, parece ser uma alternativa para que os idosos continuem a aprender e usufruir o seu tempo, estimulando-os a aprender a usar o computador em rede, abrindo novas possibilidades e oportunidades. Outrossim, notou-se a carência de estudos que contribuam para a realização de uma política pública focada na inclusão digital como uma estratégia metodológica educacional.

A partir dessa reflexão, podemos verificar que a importância da inclusão digital na educação continuada, a preocupação desta com a qualidade de vida e a interação social dos idosos vêm sendo discutidas num contexto bastante amplo do envelhecimento.

Afirmando, ainda, que a era digital permite que os idosos se mantenham informados, conectados e ativos, contribuindo para um envelhecimento mais saudável e participativo na sociedade moderna.

Por fim, cabe reiterar que a internet assim, como as redes sociais, possui um valor estimável na vida e cotidiano do indivíduo, uma vez que lhe proporciona um mundo de oportunidades as quais devem ser proporcionadas para todos, independentemente de sua faixa etária.

REFERÊNCIAS

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto, v. 3, n. 1, 2007. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0097 Acesso em: 29 jul. 2024.

CARDOSO, R. B. *et al.* Modelo de promoção de envelhecimento saudável referenciado ou na teoria de Nola Pender. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 75, 2022.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil**. V.7. São Paulo: Saraiva, 2023. E-book. ISBN 9786553627765. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553627765/> . Acesso em: 28 jul.2024.

DUAN, Sainan *et al.* **Digital Exclusion and Cognitive Function in Elderly Populations in Developing Countries: Insights Derived From 2 Longitudinal Cohort Studies**. J Med Int Res. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11607572/>. Acesso em 29/03/2025.

FREITAS E. V. **Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento In: Tempo de Envelhecer**. Py. Ligia e outros (orgs), Rio de Janeiro, Editora Nau, 2014.

FREITAS ... [et al.]. Elizabete Viana de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** - 3.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GIDDENS, Anthony. **O mundo na era da globalização**. Lisboa: Editorial Presença, 2018.

IBGE. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.>

ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos Acesso em: 30 jul.2024.

MACHADO, Monica. Daniel Miller **“A Antropologia Digital é o melhor caminho para entender a sociedade moderna”**. Z Cultural, Rio de Janeiro, 1o semestre de 2019. Disponível em: <https://www.academia.edu/36135817/> Acesso em: 27 jul.2024.

MAINNHEIM I et al. **Ageism in the Discourse and Practice of Designing Digital Technology for Older Persons: A Scoping Review**. Gerontologist, 2023; Aug 24:63(7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36130318/>. Acesso em 29/03/2025.

MUBARAK, F; Suomi R. **Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide**. Inquiry. 2022 Apr 26. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9052810/>. Acesso em 29/03/2025.

SALES, M. B. de; AMARAL, M. A.; JUNIOR, I. G. S.; SALES, A. B. de. Tecnologias de informação e comunicação via web: preferências de uso de um grupo de usuários idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 59- 77, 2014. Disponível em: [/revistas.pucsp.br/kairos/article/view/21507/15756](http://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/21507/15756)> Acesso em: 28 jul.2024.

SOUZA, Karlla; CUNHA, Mônica. **Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura**. Revista Educação, Psicologia e Interfaces, v. 3, n. 3, p. 204-207, Alagoas, 2019. Disponível em: <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/156> Acesso em: 26 jul.2024.

CAPÍTULO 5



MUCORMICOSE RINOCEREBRAL: UM RELATO DE CASO RARO E REVISÃO DE LITERATURA

Paulo Tinoco¹³

Marina Bandoli de Oliveira Tinoco¹⁴

Cecy de Fátima Amiti Fabri¹⁵

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A mucormicose é um tipo de rinossinusite invasiva aguda, provocada por um fungo da classe dos Mucorales. É uma infecção rara, de rápida progressão que normalmente impacta pessoas imunologicamente deprimidas. Se não for tratada, pode ser rapidamente fatal (Costa *et al.*, 2011).

Essa doença ocorre mais frequentemente em indivíduos com alguma deficiência imunológica, como aqueles com cetoacidose diabética ou diabetes mellitus mal controlada, insuficiência renal ou hepática, grandes queimados, em tratamento quimioterápico, sob altas doses de corticoterapia e após transplantes (Montezzi *et al.*, 2020).

As manifestações clínicas variam conforme o órgão afetado, podendo ser rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, cutânea ou disseminada. A patologia tem a característica de progredir rapidamente e o diagnóstico costuma ocorrer de forma tardia. Portanto, é essencial identificar e começar o tratamento imediatamente após a suspeita clínica, considerando como pré-requisitos o reconhecimento de

13 Mestre em Medicina. Médico Especialista em Otorrinolaringologia. Professor do Curso de Medicina, e Chefe da Cadeira de Otorrinolaringologia – Universidade Iguazu (UNIG), *Campus V, Itaperuna-RJ*. Coordenador da Residência em Otorrinolaringologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), Itaperuna-RJ.

14 Médica Especialista em Otorrinolaringologia. Professora do Curso de Medicina – Universidade Iguazu (UNIG), *Campus V, Itaperuna – RJ*, Preceptora da Residência em Otorrinolaringologia do Hospital São José do Avaí (HSJA), *Itaperuna – RJ*.

15 Médica Especialista em Otorrinolaringologia pelo Hospital São José do Avaí.

fatores de risco, a avaliação imediata das manifestações clínicas e um alto grau de suspeita (Barbosa; Cunha Junior, 2024)

Inicialmente, a maioria dos pacientes apresenta sintomas semelhantes aos da rinossinusite bacteriana aguda. No entanto, a doença progride rapidamente, exibindo alterações na acuidade visual, edema facial e áreas necróticas, características da mucormicose, tanto na face quanto em áreas intraorais.

Em 66% a 100% das situações, ocorre o envolvimento orbital, e qualquer região próxima também pode ser afetada (Herrera et al., 2021).

A confirmação do diagnóstico se dá pela identificação de hifas no exame direto e histopatológico das lesões e nas biópsias do tecido acometido. Portanto, deve-se solicitar especificamente essa pesquisa. Exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética complementam o diagnóstico, além de avaliarem a extensão da doença (Montezzi *et al.*, 2020).

O tratamento desta condição deve ser agressivo, devido ao seu caráter fatal, e deve incluir o manejo da causa subjacente (como a cetoacidose diabética ou a neutropenia), o uso adequado de antifúngicos e a desbridamento cirúrgica dos tecidos afetados. O prognóstico da mucormicose costuma ser sombrio e está ligado ao tempo do diagnóstico e começo do tratamento (Costa *et al.*, 2011).

Este relato tem por objetivo descrever um caso de mucormicose rinocerebral em paciente diabética em cetoacidose atendida no Hospital São José do Avaí (HSJA), tido como referência no Estado do Rio de Janeiro em vários procedimentos. O caso em tela ilustra as manifestações clínicas da mucormicose rinocerebral e a rápida deterioração do quadro clínico em paciente com sintomatologia de cetoacidose diabética associado a essa patologia. Além disso, estimula a discussão para o diagnóstico da mucormicose, assim como promove revisão de literatura para essa área da Otorrinolaringologia (Cunha *et al.*, 2023).

Tem-se, ainda, como mote realizar revisão de literatura acerca do tema e, igualmente, abordar, de forma detalhada e revisional,

os principais aspectos clínicos e fisiopatológicos da mucormicose rinocerebral, bem como detalhar as formas de diagnóstico e tratamento

Nessa perspectiva, justifica-se a descrição do presente relato pela possibilidade de contribuir para a propagação do conhecimento acerca da mucormicose e sua forma clínica rinocerebral em paciente imunossuprimido.—Outrossim, espera-se proporcionar atualização científica sobre o diagnóstico, a epidemiologia e o prognóstico da patologia em questão, e, dessa forma, complementar a literatura já existente sobre o assunto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e descritivo, do tipo revisão de literatura com relato de caso. Os dados para compor e fundamentar a descrição foram colhidos mediante avaliação de prontuário médico do Hospital São José do Avaí. Foram analisadas informações clínicas, laboratoriais e de imagem, correlacionando esses aspectos com dados de literatura sobre diagnóstico e evolução da doença. Foram utilizadas informações de prontuário como recursos de investigação.

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE MUCORMICOSE RINOCEREBRAL: ABORDAGENS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS EM CONTEXTO CLÍNICO ASPECTOS ETIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA MUCORMICOSE

A mucormicose é uma infecção fúngica oportunista, extremamente agressiva e não transmissível, provocada por fungos da família *Mucorales*, incluindo *Rhizopus spp.*, *Rhizomucor spp.*, *Mucor spp.*, *Lichtheimia spp.* e *Cunninghamella spp.* Foi primeiramente descrita pelo

patologista alemão Richard Paultauf, em 1885, como uma infecção sistêmica com envolvimento gástrico e rinocerebral (Brasil, 2025).

Os fungos causadores da mucormicose são identificados em fragmentos orgânicos em decomposição, como frutas, pães, fezes de animais, matéria vegetal e alimentos contaminados. As principais formas de contaminação humana ocorrem através da inalação de esporos, inoculação através da ruptura da barreira da pele e/ou mucosa, ou até mesmo pelo consumo de produtos contaminados (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

Como essa é uma doença fúngica oportunista, dificilmente acomete pacientes imunocompetentes, estando relacionada a pessoas com algum tipo de imunodeficiência, como pacientes com diabetes mellitus mal controlada, grandes queimados, sob altas doses de corticoterapia, insuficiência renal ou hepática, em tratamento quimioterápico e pós transplantados (Montezzi *et al.*, 2020).

Como pontuam os autores supramencionados, esta enfermidade pode se manifestar de diversas maneiras, incluindo uma variante pulmonar, mais comum em pacientes com leucemia e câncer hematológico, bem como variantes gastrointestinais, neurológicas, cutâneas ou sistêmicas. A rinocerebral é a mais frequente, geralmente ligada à cetoacidose diabética.

O número de infecções causadas por fungos, incluindo a mucormicose, tem crescido consideravelmente em nível mundial. Na literatura, existem poucos estudos e relatos de casos que ilustram a incidência atual de casos de mucormicose no Brasil. As infecções por fungos são mais comuns em regiões úmidas e quentes, e a contaminação se dá através da inoculação de esporos de fungos e propagação através da cavidade nasal (Cunha et al., 2023).

No que diz respeito à epidemiologia, a mortalidade nessa condição varia de acordo com o local da infecção e a presença de comorbidades relacionadas. Sua rápida evolução e elevada morbidade são justificadas por ser uma infecção angioinvasiva, que provoca trombose nos vasos sanguíneos e necrose dos tecidos comprometidos (Cunha et al., 2023).

A taxa de mortalidade pode atingir 100%, dependendo do estágio de manifestação da mucormicose. Essa infecção fúngica invasiva é a terceira mais frequente, correspondendo a 8,3-13% das infecções fúngicas identificadas em autópsias, ficando atrás apenas da aspergilose e da candidose. A incidência de mucormicose tem crescido significativamente na última década, impulsionada pela maior sobrevida dos pacientes tratados com imunossuppressores, o uso indiscriminado de antibióticos e a maior expectativa de vida da população (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

ASPECTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS DA MUCORMICOSE

Os sintomas da Mucormicose variam conforme o órgão afetado, podendo ser rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, cutâneo ou disseminado. Normalmente, a forma rinocerebral aparece em pacientes diabéticos em cetoacidose diabética, sendo no Brasil a principal manifestação documentada da micose, mesmo que as publicações sejam limitadas e não demonstrem o agente causador (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

Os pacientes com cetoacidose diabética são muito vulneráveis à mucormicose, devido ao mecanismo que impede a ligação do ferro à transferrina. Isso resulta em um aumento do nível de ferro no sangue, o que estimula o desenvolvimento de fungos (Cunha *et al.*, 2023).

O início da mucormicose ocorre com a colonização da mucosa nasal. Em pessoas com imunidade adequada, a resposta fagocítica à colonização evita a infecção; no entanto, em pessoas com imunodeficiência, a resposta é insuficiente e a infecção se manifesta. As hifas dos Mucorales têm especial preferência por artérias e pelo sistema linfático. Também têm a capacidade de penetrar em nervos, tecido adiposo e ossos, com os músculos, geralmente, sendo preservados. A invasão das hifas causa uma reação fibrinoide, resultando na formação de um aglomerado de fibrina e fungos chamado *mucor thrombi* que causa a obstrução das artérias, resultando

em isquemia, ataque cardíaco e a subsequente formação do tecido necrótico preto, o qual cobre a pele e as mucosas, e que é um traço distintivo da mucormicose. A isquemia promove a acidose tecidual, que é propícia ao desenvolvimento de fungos. A infecção se propaga rapidamente para os seios paranasais e a órbita, podendo prosseguir pelo etmoide e pelos vasos orbitários até o crânio (Costa *et al.*, 2011).

A mucormicose é referida como “doença do fungo negro”, denominação usada erroneamente, pois os agentes são fungos hialinos e somente as lesões que progridem para necrose podem adquirir um aspecto enegrecido (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

A identificação dos sintomas característicos da mucormicose rinocerebral permite identificar a condição antes que ela atinja grandes proporções. Os sintomas mais frequentes incluem mal-estar, febre, obstrução nasal, proptose, ptose, celulite periorbitária, midríase, amaurose, necrose no palato, nariz, septo e cornetos nasais (Cunha *et al.*, 2023).

A princípio, a maior parte dos pacientes apresenta sintomas parecidos com os da rinossinusite bacteriana aguda, porém, a doença evolui rapidamente, apresentando mudanças na acuidade visual, edema facial e áreas necróticas que são características da enfermidade, seja na face ou em regiões intraorais. Em 66% a 100% dos casos, o envolvimento orbital acontece, e qualquer área adjacente também pode ser impactada (Herrera *et al.*, 2021).

Na revisão bibliográfica, identifica-se a febre como o sinal inicial mais comum (44%), seguida por úlcera nasal ou necrose, edema periorbitário ou facial e redução da acuidade visual (todos ocorrendo em 33% dos casos). Em estágios mais avançados, a necrose nasal ou na mucosa oral é o sinal mais comum (80%) (Costa *et al.*, 2011).

A Trombose do Seio Cavernoso é a principal complicação intracraniana da mucormicose. Os sintomas iniciais incluem cefaleia, dor na região retro-orbital, edema na região periorbitária, proptose, diplopia e diminuição da acuidade visual. O *Staphylococcus aureus* é o agente causador mais frequente, porém outras bactérias ou fungos também podem ser causadores (Montezzi *et al.*, 2020).

DIAGNÓSTICO DA MUCORMICOSE

A identificação de mucormicose exige uma suspeita clínica e é necessário agir prontamente, pois a invasão de fungos nos vasos progride rapidamente. Portanto, o seu diagnóstico é classificado como uma emergência. A avaliação micológica ideal deve abranger exame direto e cultura com crescimento em 24 horas (Herrera *et al.*, 2021).

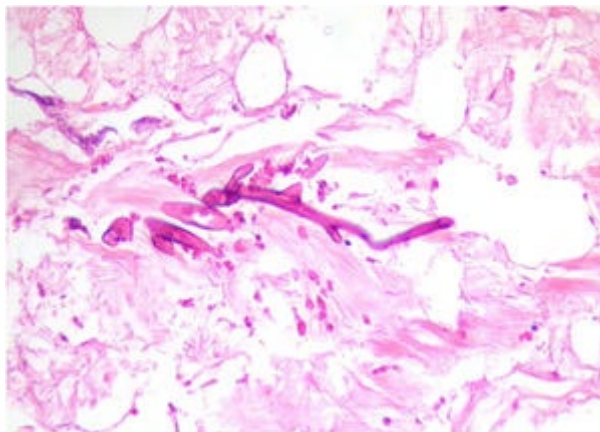
Atualmente, existem diversos estudos que sugerem novas técnicas de diagnóstico que tornam a detecção dessa doença mais fácil e antecipada, como os métodos moleculares. Em muitos relatos, a cultura de fungos não foi eficaz. O teste definitivo para o diagnóstico permanece sendo a análise histopatológica (Cunha *et al.*, 2023).

A mucormicose se destaca pela invasão vascular pelos fungos, que pode resultar em total bloqueio arterial e resultar em isquemia tecidual. Como afirmam Antunes *et al.* (2015), exames de imagem são instrumentos diagnósticos de grande valor, pois demonstram a localização, ajudam a determinar a extensão da infecção, orientam a estratégia cirúrgica apropriada, além de permitirem o início precoce do tratamento com altas doses de antifúngicos. Os testes de imagem são de grande importância e devem ser realizados de imediato quando há suspeita clínica; depois, na evolução e como controle de cura. A Tomografia Computadorizada é vista como superior à Ressonância Nuclear Magnética ao evidenciar o comprometimento orbital, destacando, principalmente, o espessamento do músculo reto medial, o aumento da densidade do ápice orbitário e o alargamento do nervo óptico (Antunes *et al.*, 2015).

A confirmação do diagnóstico exige uma análise histológica e cultura. Em relação à avaliação histopatológica, esta se fundamenta na identificação de hifas não septadas ou com poucas septações, de diâmetros irregulares e estruturas com ramificações de 90° no tecido adquirido através de biópsia e/ou secreção respiratória. Além disso, a existência de necrose requer uma amostra de vários locais, já que muitos dos resíduos necróticos não contêm microrganismos. A

identificação da espécie causadora é incomum, ocorrendo em cerca de 30% dos cultivos positivos (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

Figura 1: Corte histológico evidenciando estruturas fúngicas. Hifas espessas são destacadas na coloração pelo Ácido Periódico Schiff, ao lado de um pequeno vaso.



Fonte: Herrera, 2021.

É importante salientar que, assim como todas as doenças, é importante sempre pensar em diagnósticos diferenciais, doenças que apresentam sinais e sintomas semelhantes para ajudar a nortear e fazer o diagnóstico certo. No caso da Mucormicose, o principal diagnóstico diferencial é a aspergilose invasiva (Herrera *et al.*, 2021).

TRATAMENTO DA MUCORMICOSE

A abordagem terapêutica deve ser empregada assim que se suspeita de mucormicose, devido à gravidade do quadro. Sendo assim, fundamenta-se em um diagnóstico antecipado, tentativa de reverter ou atenuar o quadro predisponente, desbridamento cirúrgico agressivo e terapia com anfotericina B sistêmica em doses elevadas (Montezzi *et al.*, 2020).

A fase inicial e fundamental, que deve ser enaltecida, no tratamento da mucormicose é a compensação da doença subjacente.

Como em pacientes em cetoacidose diabética, essa deve ser prontamente tratada em união com a abordagem terapêutica da mucormicose, conforme será detalhada (Barbosa; Cunha Junior, 2024). Com relação à terapia antifúngica, a anfotericina B lipossomal é o medicamento recomendado para tratar a mucormicose. Este medicamento deve ser administrado em doses elevadas (até 10 mg/kg/dia) desde o primeiro dia de hospitalização até a total recuperação do paciente, sem qualquer tipo de escalonamento (Cunha *et al.*, 2023).

É importante ressaltar que o desoxicolato de anfotericina B foi usado por vários anos para o tratamento da mucormicose. Entretanto, a opção pela anfotericina B lipossomal é justificada pela sua menor toxicidade em relação à anfotericina B desoxicolato. Esta última só deve ser empregada na falta de alternativas terapêuticas. Durante o uso deste medicamento, é crucial o monitoramento contínuo da função renal, devido à sua elevada toxicidade para os rins (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

É viável fazer combinações de medicamentos, ou empregar outros antifúngicos como posaconazol, isavuconazol, estatina e caspofungina. No entanto, são necessários mais estudos sobre doses, esquemas e conhecimento da resistência aos antifúngicos para um tratamento eficaz da mucormicose (Cunha *et al.*, 2023).

A abordagem cirúrgica para a infecção fúngica invasiva visa, principalmente, remover o máximo de tecido desvitalizado, além de favorecer uma drenagem sinusal mais eficaz. É crucial realizar um desbridamento cirúrgico agressivo, pois a eliminação das áreas necróticas diminuirá a presença de fungos e também facilitará a ação do antifúngico. Em relação ao tempo de tratamento, ele é modificável e personalizável, variando de semanas a meses, dependendo da extensão cirúrgica e a resposta de cada organismo (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

Outras abordagens terapêuticas promissoras incluem a terapia com oxigenioterapia hiperbárica e a Anfotericina B nebulizada. O oxigênio hiperbárico eleva a tensão de oxigênio nos tecidos

comprometidos o que, em pesquisas *in vitro*, indica uma ação fungoestática (Costa *et al.*, 2011).

PROGNÓSTICO DA MUCORMICOSE

A mucormicose apresenta prognóstico reservado, com uma taxa de mortalidade de cerca de 50% para a forma rinocerebral. Esta evolução potencialmente fatal é causada pelo tropismo vascular desses fungos, que se infiltram nas artérias, provocando trombose e danos isquêmicos. Indícios de prognóstico desfavorável incluem necrose facial, hemiplegia e deformidade nasal (Montezzi *et al.*, 2020). Além disso, as comorbidades pré-existentes dos pacientes devem ser consideradas, pois influenciam na severidade da enfermidade. A idade avançada, a presença de malignidades hematológicas, doenças crônicas não controladas como diabetes e hipertensão, o uso de esteroides e/ou oxigenoterapia em hospitais são alguns desses fatores (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

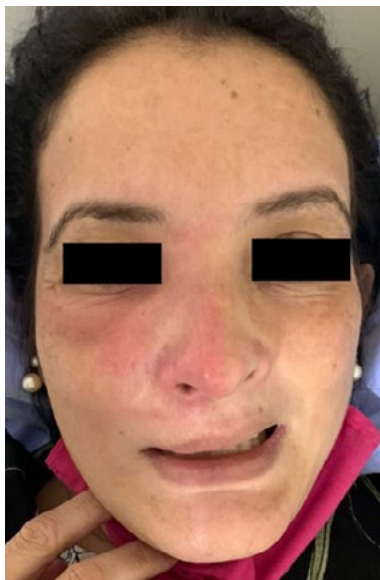
A maioria das séries registra uma taxa de mortalidade de 50% quando não há sinais intracranianos, elevando-se para 90% quando há envolvimento do SNC (Costa *et al.*, 2011).

RELATO DE CASO: MUCORMICOSE RINOCEREBRAL

C.S.F.M., 49 anos, sexo feminino, branca, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital São José do Avaí (Itaperuna-RJ), no dia 25 de fevereiro de 2022, apresentando há três dias hiperemia, parestesia e dor de forte intensidade em dermatomo de ramo de nervo maxilar, em hemiface direita, associado a desvio de comissura labial para esquerda (Figura 2). De histórico pregresso a paciente possuía diabetes mellitus mal controlada e hipertensão arterial sistêmica, em uso contínuo de glibenclamida, metformina e atenolol. Ao ser admitida no Pronto Socorro, a paciente já estava em tratamento com amoxicilina associada

a clavulanato e dexametasona, iniciado há um dia, sem melhora do quadro.

Figura 2: Rosto da paciente na admissão evidenciando hiperemia em hemiface direita e edema discreto, associado a desvio de comissura labial à esquerda.



Fonte: Acervo próprio.

Há cerca de 14 dias, anteriores à internação, a paciente foi submetida à exodontia em arcada superior direita, e possuía ainda relato de otite externa, tratada inicialmente com ciprofloxacino via oral e tópica, sem resposta clínica favorável. A paciente foi internada e iniciada terapia com aciclovir, devido à hipótese diagnóstica de herpes zoster. Foi solicitada tomografia de seios da face que evidenciou velamento dos seios etmoidal e frontal à direita e espessamento do revestimento mucoso dos seios maxilares (Figuras 3 e 4).

Figura 3: Tomografia de seios da face em corte axial evidenciando velamento dos seios etmoidal e frontal à direita e espessamento do revestimento mucoso dos seios maxilares.



Fonte: Banco de dados do Hospital São José do Avaí.

Figura 4: Tomografia de seios da face em corte coronal evidenciando velamento dos seios etmoidal e frontal à direita e espessamento do revestimento mucoso dos seios maxilares.



Fonte: Banco de dados do Hospital São José do Avaí.

No segundo dia de internação, foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à cetoacidose diabética. O exame físico

neuroológico revelou paciente vigil, orientada e com movimentação preservada, escala de Coma de Glasgow 15. Os exames cardiovascular e de membros inferiores encontravam-se sem alterações. No exame respiratório havia presença de estertores bolhosos em hemitórax esquerdo. Foi, então, iniciada antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina. No terceiro e quarto dias de internação, foi suspenso aciclovir, associado amicacina aos demais antibióticos e levantadas outras hipóteses diagnósticas, como trombose de seio cavernoso. No sétimo dia de internação, foi observado o aparecimento de lesões cutâneas com sinais de necrose em hemiface direita, próxima ao lábio superior, asa de nariz e infraorbitária, além de surgimento de ptose palpebral associada a oftalmoplegia (Figura 5). Paciente apresentava quadro de sepse cutânea com sinusopatia contígua em hemiface direita. Diante de todo o quadro, foi levantada a hipótese de mucormicose, instituído tratamento com Anfotericina B e a combinação de tigeciclina e vancomicina foi mantida como terapia antibacteriana (amicacina, clindamicina e ceftriaxone foram descontinuados).

Figura 5: Lesão necrótica em região de hemiface direita comprometendo região malar, frontal, orbitária, lábio superior e asa nasal direita.



Fonte: Acervo próprio.

Foi chamada a equipe de Otorrinolaringologia para assistência do caso. Após avaliação da equipe e discussão do caso, foi programada biópsia da lesão que foi realizada no dia 04 de março/2022, sem intercorrências. O material foi encaminhado ao departamento de Patologia Clínica do hospital e confirmado o diagnóstico de Mucormicose. Posteriormente, no décimo primeiro dia de internação, foi realizado o desbridamento das lesões necróticas cutâneas, a fim de controlar o foco infeccioso. Foram ressecadas lesões em região de hemiface direita, comprometendo lábio superior, borda nasal completa, região frontal e infraorbitária (Figura 6).

Figura 6: Imagem após o desbridamento cirúrgico.



Fonte: Acervo próprio.

No dia 14 de março foi realizado novo desbridamento cirúrgico para remoção de pontos de necrose (Figura 7). O curativo foi feito diariamente com Colagenase pela equipe de Otorrinolaringologia, desde o primeiro desbridamento cirúrgico.

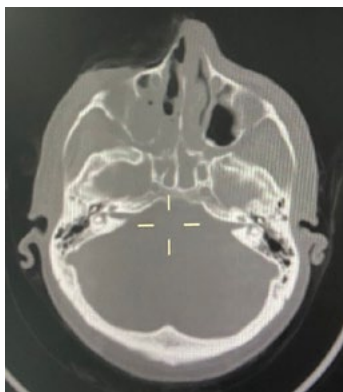
Figura 7: Imagem após o 2º desbridamento cirúrgico.



Fonte: Acervo próprio.

No dia 26 de março, paciente evoluiu com uma piora clínica, com rebaixamento do nível de consciência e respiração agônica, sendo iniciada a administração de morfina para conforto. Nesse mesmo dia, foi realizada nova Tomografia de seios da face que evidenciava a progressão da infecção com velamento de todos os seios paranasais, à direita, e esfenóide, à esquerda (Figuras 8 e 9).

Figura 8: Tomografia de seios da face em corte axial evidenciando velamento de todos os seios paranasais, à direita, e esfenóide, à esquerda.



Fonte: Banco de dados do Hospital São José do Avaí.

Figura 8: Tomografia de seios da face em corte coronal evidenciando velamento de todos os seios paranasais à direita e esferoide à esquerda.



Fonte: Banco de dados do Hospital São José do Avaí.

No 32º dia de internação, a paciente apresentou parada cardiorrespiratória irreversível em assistolia, secundária à mucormicose grave. Foram realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar conforme protocolo, sem sucesso. A paciente evoluiu para óbito.

DISCUSSÃO

A mucormicose é causada por fungos da família *Mucorales*, patógenos oportunistas, raramente levando doença em pacientes imunocompetentes. Assim, estão ligados a indivíduos que apresentam deficiência na resposta imunológica. Isso é mais frequente em pacientes com diabetes mal controlada, seguido por aqueles que estão em tratamento quimioterápico, sob corticoterapia, grandes queimados e pós-transplantes de órgãos sólidos. Corroborando com a literatura,

a paciente do caso supracitado possuía diabetes mal controlada, que é a patologia mais associada ao desenvolvimento da mucormicose, apresentando cetoacidose diabética na internação (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

A doença tem característica de progressão rápida e o diagnóstico costuma ocorrer tardiamente, como no caso apresentado. Por ser uma doença rara e pouco mencionada. Por isso, é essencial estudar sobre a mesma para identificar a doença e começar o tratamento imediatamente após a suspeita clínica, considerando como pré-requisitos o reconhecimento de fatores de risco, a avaliação imediata das manifestações clínicas e um alto grau de suspeita (Barbosa; Cunha Junior, 2024).

Existem várias formas clínicas de manifestação da mucormicose. A forma clínica apresentada pela paciente foi a rinocerebral, cujo sinal inicial é o edema periorbitário acompanhado de dor ocular, ou a existência de eritema e edema doloroso na região palatina. A progressão para necrose cutâneo-mucosa ocorre em horas, podendo ou não suceder a formação de uma lesão vesicobolhosa, contendo material serosanguinolento. Em seguida, pode-se notar febre de intensidade variada, dor no local e cefaleia. No caso clínico em questão, a paciente iniciou com edema, mas estava além da região periorbitária, concentrava-se também em região malar e em asa nasal direita, sem presença de lesão em palato e a necrose cutâneo-mucosa ficou aparente cerca de sete dias após admissão hospitalar (Antunes *et al.*, 2015).

O tratamento desta doença deve ser agressivo, devido à sua natureza fatal, e inclui a abordagem da causa subjacente (como a cetoacidose diabética ou a neutropenia). A terapia antifúngica adequada e o desbridamento cirúrgico dos tecidos afetados são necessários. No caso clínico em análise, assim que suspeitado o diagnóstico de mucormicose, já foi iniciada a terapia antifúngica com Anfotericina B e programado o desbridamento cirúrgico que foi devidamente realizado. A cetoacidose diabética foi prontamente tratada. Segundo a literatura, existem outras terapias promissoras,

que são Oxigenioterapia Hiperbárica e a Anfotericina B nebulizada. A primeira também foi realizada na paciente (Costa *et al.*, 2011).

Embora seja tratada corretamente, essa infecção apresenta alta taxa de mortalidade (40% a 63%) e sua incidência tem crescido, provavelmente, devido ao aumento de pacientes imunossuprimidos com maiores índices de sobrevida. A maior parte das infecções pode levar à morte, já que o fungo possui uma afinidade particular pelas paredes vasculares, provocando danos irreparáveis através de trombose e necrose isquêmica. No caso em tela, mesmo com o diagnóstico antecipado, a condição metabólica se estabilizando, tratamento médico e cirúrgico imediatos e agressivos, não foi o bastante para impedir o desfecho fatal da paciente (Herrera *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Por se tratar de uma doença invasiva e de rápida evolução, é crucial a conscientização dos profissionais de saúde, para expandir o conhecimento sobre a Mucormicose e permitir um diagnóstico e tratamento precoces. Esta enfermidade requer a intervenção de uma equipe multidisciplinar, levando em conta os campos clínicos e cirúrgicos, tanto em nível eletivo quanto emergencial. A dificuldade em identificar e diagnosticar a mucormicose leva ao início tardio do tratamento da infecção, o que afeta negativamente o seu prognóstico. Ademais, o desafio de estabilizar a condição metabólica que favorece o surgimento desta condição complica o controle da disseminação fúngica. Por isso, faz-se necessária a realização de novos estudos e protocolos terapêuticos para diminuir as elevadas taxas de mortalidade por mucormicose.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Andrei FORNANCIARI *et al.* **Mucormicosis Rinocerebral: Relato de Caso: Rhinocerebral Mucormycosis: Case Report.** Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas, v. 14, n. 2, p. 33-39, 2015.

BARBOSA, Anna Rita de Cascia Carvalho; CUNHA JUNIOR, Wilson **O diabetes mellitus como fator imunossupressor predisponente da mucormicose: um relato de caso.** Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 24, p. e15935-e15935, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z: Mucormicose.** 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mucormicose>. Acesso em: 10 jan. 2025.

COSTA, Maria Antônia *et al.* **Mucormicose rino-cerebral: caso clínico e revisão de literatura.** Oftalmologia, v. 35, n. 4, p. 355-359, 2011.

CUNHA, Laryssa Thainá Mello Queiroz *et al.* **Mucormicose Rino-Orbito-Cerebral em paciente metabolicamente descompensado: relato de caso.** Gep News, v. 7, n. 1, p. 103-116, 2023.

HERRERA, Erick Martinez *et al.* **Mucormicose rinocerebral em alta? O impacto da epidemia mundial de diabetes.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 96, n. 2, p. 196-199, 2021.

MONTEZZI, Nina Feital *et al.* **Mucormicose rinocerebral associada a trombose de seio cavernoso: relato de caso.** Revista de Saúde, v. 11, n. 1, p. 10-14, 2020.

CAPÍTULO 6



ACESSO AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE: VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MODELOS DE ACESSO UTILIZADOS NO BRASIL

Emanuela de Oliveira Gallo¹⁶

Vanessa do Amaral Tinoco¹⁷

Thais Aparecida Marques Zanon Jacomino¹⁸

INTRODUÇÃO

O acesso, é sem dúvida um atributo extremamente importante na qualidade do cuidado em saúde, sendo acesso às estruturas, cuidado em tempo favorável e cuidado efetivo com influência direta a qualidade da atenção primária à saúde (APS). Pois todo sistema de saúde é constituído por duas metas principais, sendo a primeira com finalidade de otimizar a saúde por meio do uso do conhecimento avançado de tal causa das enfermidades, bem como gestão das doenças e potencialização da saúde; e a segunda é minimizar qualquer desigualdade entre subgrupos populacionais (Rocha *et al*, 2015, p. 88).

16 Graduação em Medicina pela Universidade Iguaçu (2018); Pós Graduação em Saúde da Família pelo Centro Universitário de Pós Graduação das Faculdades Associadas do Espírito Santo - FAESA (2004); Residência em Medicina de Família e Comunidade UNIG (2021); Mestranda em Atenção Primária à Saúde- UFRJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6410348213194402>. ORCID: <https://orcid.org/009-0009-9187-4902>. E-mail: emanuelagallos@hotmail.com

17 Graduação em Enfermagem pela Universidade Iguaçu - Itaperuna (2006); Mestra em Cognição e Linguagem pela UENF (2022); Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira De Terapia Intensiva (2012); Docente na Universidade Iguaçu - UNIG - Campus V. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5058501798150035> . ORCID: <https://orcid.org/009-0007-2450-0105>. E-mail: profava.vanessa.at@hotmail.com

18 Graduanda em Medicina na Universidade Nova Iguaçu UNIG - Campus V (2020-2025). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4363897715547289> . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1158-8845>. E-mail: thaiszanon@gmail.com

O acesso aos serviços de saúde pode ser envolvido pela ausência de proximidade, por custos elevados, falhas em quesito qualidade e até razões culturais.

Torna-se importante a compreensão da saúde dos indivíduos que estão à deriva em fatores não somente genéticos, como ambientais e socioeconômicos. Sendo que, o nível de saúde depende de inúmeras variáveis, incluindo a situação econômica, social, localização, gênero e sua inserção ao mercado de trabalho (Martins, 2014, p.01).

Uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS), é um sistema de saúde que permite a inserção do indivíduo com necessidades, com intuito de ofertar uma atenção de forma longitudinal para todas condições, e que coordena ou integra uma atenção fornecida por demais serviços que constituem como uma rede assistencial, compartilhando um trabalho em equipe, qualidade no atendimento, responsabilidade pelo acesso, prevenção, tratamento e reabilitação; sua característica principal é o acesso aos cuidados, que são compostos por dois elementos como acessibilidade e tempo de espera (Rocha *et al*, 2015, p. 88).

Para otimizar saúde, a atenção primária deve realçar a saúde dos indivíduos em toda constelação de determinantes de saúde, ou por meio social e físico em que tais pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas em sua enfermidade de forma individual. Portanto, tais unidades de atenção primária adquirem a equidade, como oferta de uma atenção em nível apropriado, pois libera tais recursos que possam ser utilizados para minimizar as disparidades na saúde entre segmentos mais e menos necessitados pela população (Starfiel, 2002, p.27).

Desta forma, assegurar o acesso aos cuidados em tempo adequado é um aspecto de sistema de saúde de alta qualidade, porém, com problema em muitos países para alcançá-la. Ao considerar que tal nível global em relação aos gastos em saúde não cumpre a uma correlação positiva com melhores resultados, quaisquer efeitos desses serviços de saúde devem resultar-se de características próprias desses serviços. Por isso, ao alcançar sua efetividade e equidade,

provavelmente haverá uma necessidade de fortalecimento em relação a orientação em atenção primária do sistema (Rocha *et al*, 2015, p. 88).

Cogitando que persiste uma dificuldade de acesso aos cuidados primários em saúde, torna-se diferente entre os países o grau de acessibilidade e tempo de espera, os quais podemos questionar: quais vantagens e desvantagens dos modelos de acesso utilizados no Brasil? Por esse motivo, o presente capítulo visa analisar produções científicas de forma nacional em periódicos, referente ao desenvolvimento do acesso na Atenção Primária à Saúde, uma vez que, a implantação do acesso avançado constitui a interposição comum e econômica com finalidade de reduzir o tempo de espera e acesso aos cuidados primários.

DESENVOLVIMENTO

Acesso a serviços de saúde e equidade estão intimamente ligados à capacidade de os sistemas de saúde se ordenarem de modo a rebater adequadamente tais necessidades dos cidadãos. Visto que a implementação das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) com centralidade na Atenção Básica (AB), permite tal ampliação desse acesso e um uso de forma regular aos serviços de saúde com equidade (Barros *et al*, 2016, p.265).

Nota-se que a desigualdade no acesso aos cuidados primários de saúde, é uma vertente da desigualdade social. Devido a redução de tais desigualdades sociais e geográficas, uma das prioridades dos governos democráticos, foi a garantia do acesso oportuno da população a serviços públicos de qualidade. Nesse quesito, a equidade vai além de todo combate das desigualdades, exigindo um grande esforço intersetorial na análise, redução das vulnerabilidades e avaliação, resultantes de determinantes sociais da saúde, as quais incluem cuidados de saúde de qualidade (Furtado; Pereira, 2010, p.10).

Fornecer cuidados com qualidade é primordial dos sistemas de saúde, porém nem sempre essa intenção é suficiente. Por este

motivo, equilibrar tal demanda com capacidade, ainda parece um sério problema a ser enfrentando em relação ao acesso na Atenção Primária à Saúde, mesmo que profissionais consideram tal demanda imprevisível, é uma sensação de quem está coberto por um processo de trabalho encarrilhado. Desta maneira, deve-se encontrar dados básicos de toda demanda em que atuam e executam um plano para contratá-lo (Rocha *et al*, 2015, p. 100).

A descentralização na implantação e gestão da Estratégia de Saúde da Família, autorizou variações na qualidade dos serviços por todo país, uma vez que, a maior disponibilidade de serviços de APS não resultaram em uma melhoria esperada, que pudesse garantir de fato, toda cobertura de forma universal e equitativa (Vidal *et al*, 2018, p.02). Mudanças organizacionais são de extrema necessidade para lidar com questões do elevado tempo de espera no atendimento, e isso de fato, representa uma incapacidade dos serviços de saúde em ofertar um acesso favorável, podendo acarretar experiências totalmente negativas, resultando em angústia, contribuindo para um alargamento do uso inapropriado dos serviços de emergência.

Existem inúmeras sugestões para facilitar e disponibilizar um acesso adequado e rápido aos cuidados primários de saúde, tais como: *a.* criação de planilhas para serem computados pedidos diários de consulta não agendada por profissional; *b.* construção de gráfico de barras comparando toda demanda, bem como consultas solicitadas com a rotina semanal; *c.* moldar a capacidade de acordo com a demanda, em que nos dias mais cheios (exemplo segunda-feira), se faz necessário agendamentos de ações rotineiras para outros dias da semana menos movimentado (Rocha *et al*, 2015, p. 100).

Realizar melhorias no modelo de agendamento, poderão aumentar o acesso à APS, como um agendamento efetivo melhora o ambiente de trabalho, bem como melhora a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e satisfação de toda equipe de saúde. Para isso, existem modelos de agendamento que podem ser utilizados com a finalidade de facilitar agendamento e desafogar o sistema, como: 1. acesso avançado, 2. carve-out, 3. tradicional. Pois a implantação do

acesso avançado constitui uma intervenção mais comum e econômica, a fim de reduzir o tempo de espera em tais agendamentos. Esse modelo normalmente está associado a uma melhora da satisfação da equipe de saúde, de uma longitudinalidade do cuidado e toda segurança do paciente, como por exemplo, redução de ausência, consultas inapropriadas nos serviços de emergência, acúmulo negativo (*bad backlog*) e tempo médico abdicado na classificação de risco para priorizar atendimentos (Vidal *et al*, 2018, p.02).

De acordo com Rocha *et al* (2015, p.103),

1. modelo acesso avançado, tem por objetivo atuar com consultar suficientes para demanda referente aquele dia; priorizar continuidade; não restringir consultar futuras; vantagem: os usuários conseguem realizar consulta com médicos de preferência; continuidade e atendimento de casos agudos podem ocorrer sem demora; desvantagem: necessitar de comprometimento e tempo para implementação, pois as ideias podem parecer incoerentes e requerem uma educação permanente da equipe, com finalidade de alcançar todas mudanças propostas, necessitando desta forma, de um apoio administrativo e cooperação de todos médicos atuantes.

2. modelo *carve-out*, tem por objetivo garantir que os pacientes tenham demandas atendidas e solucionadas no mesmo instante, assim como, a demanda por questões agudas poderá ser medida e ajustada conforme a realidade de cada unidade; vantagem: as situações agudas normalmente são atendidas no mesmo dia, o que permite ao usuário um planejamento sobre seu transporte, um melhor contato e envolvimento com o profissional, bem como a estruturação para atendimento do cuidado crônico; desvantagem: essa reserva de casos agudos causam um tempo de espera para demais agendamentos, o que poderá ocasionar uma certa ‘pressão’ para utilizá-la como consultas de rotina, podendo existir uma contraposição e as consultas de reservas não serem preenchidas.

3. modelo tradicional, tem por objetivo realizar consultas médicas diariamente de forma pré-agendadas; vantagem: para atendimento de rotina, consulta eletiva sem emergência; desvantagem: agenda

supersaturada, sem reserva de vagas para demanda espontânea, o que gera duplicidade nos agendamentos de mesmo horário (*double-booking*), com média de espera por consulta eletiva variável e maior que trinta dias, por vezes. Importante destacar que, trabalhar com inúmeras categorias de agendamento pode ser complexo caso não seja estabelecido regras e particularidades de cada médico assistente.

Desejando um aumento do acesso, logo que for identificado tal demanda e moldada perante a capacidade de cada ESF, deve-se ponderar ao tempo de espera e programar tais estratégias para redução do mesmo, visto que algumas medidas podem ser utilizadas para diagnóstico, bem como para avaliação das intervenções realizadas, tais como: a) terceira vaga de agendamento disponível, sendo a equipe responsável por agendar e verificar o número de dias para uma terceira vaga de agendamento disponível para cada médico e enfermeiro. Tal medida é executada de forma semanal, podendo ajudar na identificação dos fatos que impactam no tempo de espera; b) *Unmet demand*: compete ao número de usuários que deixaram o ESF de forma semanal, pois os mesmos não conseguiram agendamento na data de sua necessidade; c) pesquisa de satisfação do usuário: tais questões poderão ser efetuadas por usuários, como escala de 0-10, número que representará satisfação do agendamento, porém, é preciso averiguar se tal satisfação ou insatisfação somará na agilidade da consulta com o profissional desejado no dia de sua necessidade, por exemplo; d) demora: são utilizados alguns softwares nas ESFs, como prontuário eletrônico, tarifação, estes podem demorar iniciar e acessar tais arquivos do usuário, porém, com vantagem de agilidade no atendimento, por constar dados importantes e histórico anterior do usuário; e) *doorknob to doorknob time*: tempo integral da permanência do usuário na ESF, somando sua chegada até saída da unidade (Starfiel, 2002, p.49).

Ao utilizar estratégias com finalidade de reduzir tempo de espera, se faz necessário analisar toda efetividade do sistema de agendamento, posto que potencializar essa efetividade, terá o potencial da conexão entre usuário e profissional por meio do cuidado favorável

e continuado, criando um ambiente de trabalho sustentável, digamos (Rocha *et al*, 2015, p. 101).

Segundo Vidal *et al* (2018, p.03), se faz importante a utilização de instrumentos validados a fim de avaliar a qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como melhorar todo desempenho, a funcionalidade do PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), sendo uma ferramenta em prática por gestores e pesquisadores por propriedades de mensuração de excelência, que, atualmente é um instrumento muito utilizado no Brasil a fim de analisar toda efetividade desde equipes de saúde da família, até satisfação de atendimentos. Dado que esse instrumento avalia toda qualidade da APS de acordo com sua presença e extensão dos atributos essenciais, como primeiro acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, bem como seus derivados, como orientação familiar, orientação comunitária, até mesmo por meios de serviços de saúde podendo ser respondido por usuários, profissionais e gestores, por exemplo.

Os atributos da APS podem ser mensurados na ferramenta PCATool-Brasil, a fim de servir como uma experiência individual, incluindo elementos relacionados a estrutura e processo de atenção. As respostas podem ser do tipo *Likert*, com escala de um, sendo certeza não, de quatro, sendo certeza sim, e uma opção adicional como nove, sendo não sei ou não recordo. Tudo isso, totaliza 87 itens que são divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde, como: 1. grau de adesão com o serviço de saúde; 2. subdimensão utilizada, acesso de primeiro contato; 3. subdimensão acessibilidade, acesso de primeiro contato; 4. longitudinalidade; 5. coordenação com subdimensão de integração de cuidado; 6. coordenação com subdimensão do sistema de informação; 7. integralidade com subdimensão dos serviços disponíveis; 8. integralidade com subdimensão dos serviços prestados; 9. orientação familiar; 10. orientação comunitária (Vidal *et al*, 2018, p.03).

Conforme Vidal *et al* (2018, p.04), apoiado com o instrumento de validação do PCATool-Brasil, tais escores serão padronizados por uma escala de zero a dez, com valores iguais ou superiores a 6.6, podendo

ser considerados altos, os que correspondem a respostas para opções de três ou quatro na escala do instrumento, por exemplo. Toda essa padronização para ser uma escala de zero a dez, normalmente é feita por um escore padronizado como:

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1) \times 10}{(4 - 1)}$$

Esse cálculo do escore referente a qualidade da APS, será realizado de acordo com o manual do sistema do Ministério da Saúde, sendo calculado um escore geral (EG) da APS, formado por uma média de atributos somado ao grau de afiliação (média dos atributos essenciais e derivados, mais grau de afiliação).

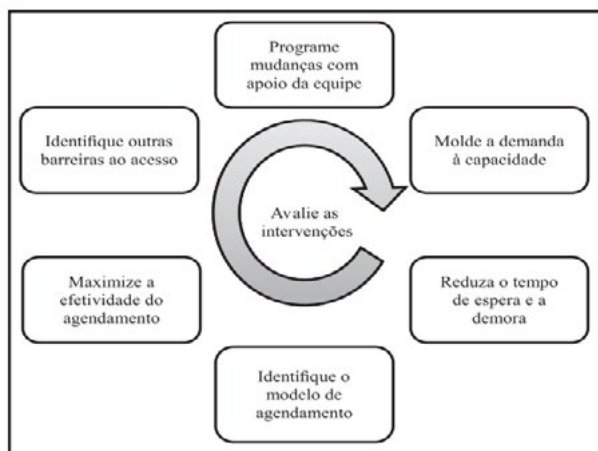
Em relação ao ponto de acessibilidade, nota-se que a porta de entrada dos usuários é a ESF (Estratégia Saúde da Família), todavia, ao analisar tais resultados de acesso, observa um escore não favorável em inúmeros estudos. Possível encontrar escores intermediários na avaliação da acessibilidade perante toda dificuldade de acesso a unidade, impactando de forma totalmente negativa sua avaliação perante o serviço prestado, ou seja, resolução de queixas agudas ou subagudas, por exemplo. Cabe salientar que a relação profissional-usuário em todo ambiente da ESF, é ampla e interposta por aspectos que se restringe ao encontro no ambiente clínico, porém envolvendo familiares, comunidades e membros da equipe. Portanto, os profissionais atuantes da ESF, devem se relacionar de forma humanizada e com diálogo transparente aos usuários no cotidiano dessa atuação (Oliva *et al*, 2015, p.203).

A satisfação deve ser encaixada em termos de exigências das sociedades atuais, perante aos direitos dos usuários e todo seu envolvimento do sistema de saúde, quer como uma forma de avaliação do desempenho das organizações de saúde, quer como meio de prestação de contas e praticar uma certa transparência perante a comunidade. Por este motivo, a satisfação do usuário deverá ser considerada como um componente indispensável de acordo com a avaliação de qualidade dos cuidados, bem como evidência da

correlação com os resultados em saúde. Em contrapartida, quaisquer organizações estarão inseridas em um ambiente que concorra de forma permanente, promovendo constantemente trocas de serviços e bens (Santana; Ferreira, 2017, p. 408).

Em relação aos modelos de agendamento utilizados na Atenção Primária à Saúde, nota-se que todos apresentam vantagens e desvantagens, contudo, pode-se considerar que o acesso avançado é favorável para equilibrar toda capacidade e demanda, a fim de reduzir de forma simultânea o tempo de espera. Não é possível modificar tal sistema de agendamento se não houver uma estrutura disponível para mantê-lo, uma vez que é preferível iniciar com pequenas mudanças e incluir a comunidade uma discussão, pois a preferência orienta toda demanda, podendo ser observado no esboço abaixo:

Figura 1: Esquema representativo das principais estratégias utilizadas para melhoria do acesso na APS



Fonte: Rocha *et al* (2015, p.22)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que a qualidade da assistência à saúde depende muito da satisfação do usuário, pois é crucial avaliação para o processo

resolutivo e melhoria na resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Faz sentido que tais resultados e considerações alcancem gestores, líderes e profissionais de saúde, como objetivo no auxílio do cotidiano, bem como na gestão dos serviços de saúde, em direção ao aperfeiçoamento e à qualidade de toda assistência no acesso aos cuidados primários de saúde utilizados no Brasil perante inúmeros modelos de agendamento.

Contudo, quando a satisfação é proporcional as variáveis de todo contexto, verifica-se uma correlação significativa com toda comunidade, podendo concluir que tais condições contextuais que se ditam maior ou menor satisfação são por parte dos usuários. A modo que o determinante dessa satisfação, são variáveis relacionadas aos aspectos de organização interna de cada unidade funcional e/ou contextura de personalidade e liderança dos responsáveis por tais unidades de saúde.

Observou-se uma resposta positiva nos atendimentos através dos modelos de agendamento, uma vez que, é esperado e compreensível tal mudança para que esses modelos de agendamento sejam cada vez mais ágeis as necessidades dos usuários relacionado a qualidade dos cuidados prestados nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Mudanças organizacionais deverão visar uma melhoria do desempenho e qualidade de toda equipe de saúde, na medida que são testadas com sucesso em cenários semelhantes, torna-se fundamental analisar a relação entre tais intervenções, presença e extensão dos atributos da APS, como medida de qualidade da própria Atenção Primária à Saúde.

Portanto, diminuir a desigualdade em saúde só é possível atuando um modo intersetorial nos diferentes agentes a fim de, amenizar tais desigualdades sociais como educação, emprego, rendimento, bem como na melhoria ao acesso à saúde, através da facilidade ao cuidado primário de saúde, através de inúmeros modelos de agendamento utilizados no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARROS, F. P. C. *et al.* **Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada.** 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n110/264-271/pt>. Acesso em: 10 mar. 2025.

FURTADO, C; PEREIRA. J. **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n110/264-271/pt>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MARTINS, S. M. R. F. **Desigualdades no acesso aos serviços de saúde: o caso dos cuidados primários.** 2014. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/2a4416441a9680ce6005ba8e2b237c8a/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 15 mar. 2025.

ROCHA, S. A. *et al.* **Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa.** 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n1/87-111/pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

OLIVA, A. C. D. *et al.* **AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CUIDADO PRIMÁRIO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO.** 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/578386688.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SANTANA, P. FERREIRA, P. L. **Equidade em Saúde: o papel das condições socioeconômicas dos cuidados de saúde primários.** 2017. Disponível em: https://ap1.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/90176/1/equidade_em_saude.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

STARFIEL, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

VIDAL, T. B. *et al.* **Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível.** 2018. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/158057/153316>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CAPÍTULO 7



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CENÁRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO EM PROL DA AMAMENTAÇÃO – UNIG - CAMPUS V. 2025

José Carlos Chaguri Júnior¹⁹

Luis Fernando Gonçalves de Castro²⁰

Maria Eduarda Bastos Tinoco²¹

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Foi durante as aulas de Saúde da Família e Comunidade IV, ministradas na Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V* – Itaperuna/RJ, que os alunos obtiveram acesso ao conhecimento do que, de fato, seria a Medicina de Saúde da Família e Comunidade, especialidade criada e reconhecida em 1981, com o objetivo de buscar alternativas para a crise do modelo hegemônico de atenção à saúde, entendido como fragmentado, oneroso e ineficiente. Logo, esse campo surgiu como uma abordagem dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) que busca promover, prevenir, tratar e reabilitar a saúde da população com foco no cuidado integral, contínuo e humanizado.

19 Professor-Pesquisador-Extensionista da Universidade Iguaçu (UNIG), Coordenador do Programa de Saúde da Família e Comunidade (SFC) do I ao IV período do Curso de Medicina, Campus V, Itaperuna-RJ. Mestre em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutorando em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação POSDEFIL da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). <http://lattes.cnpq.br/1942660250618154>; <https://orcid.org/0000-0002-7964-9069>; Email: jcchaguri@yahoo.com.br

20 Professor Assistente da Universidade Iguaçu (UNIG), Campus V, Itaperuna-RJ. Mestre em Medicina pela Santa Casa de Belo Horizonte-BH. Médico Pediatra. Psiquiatria Infantil. <http://lattes.cnpq.br/7042376688226854>; <https://orcid.org/0009-0009-0721-6668>; E-mail: castroluisped@gmail.com

21 Graduanda do 8º período de medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), Campus V, Itaperuna, RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/482458573828150>. Orcid: 0000-0002-4929-7971; E-mail: 210049310@aluno.UNIG.edu.br

Assim, nessa perspectiva, uma vez que a referida disciplina é a responsável pelo estudo de diversos aspectos relacionados ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao papel das Equipes de Saúde da Família (ESF) e às estratégias para melhorar a qualidade de vida da comunidade, foi proposto, durante as aulas, que os alunos criassem projetos para as Práticas Integrativas e Complementares.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), é uma política pública que se estabeleceu a partir de demandas sociais recorrentes manifestadas nas diversas Conferências Nacionais de Saúde, e das diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Desse modo, visa ampliar o acesso da população a cuidados de saúde que vão além da medicina convencional, uma vez que fazem parte de práticas de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). A maioria das práticas integrativas ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, pois compartilham características como abordagem comunitária e integrativa, fortalecimento de vínculos terapêuticos, foco na pessoa, e não apenas na enfermidade e atuação multiprofissional. Logo, práticas como acupuntura, fitoterapia, *reiki* e meditação, auxiliam na resolução de problemas comuns na APS, como dores crônicas, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e saúde mental.

Outrossim, contribuem para a redução da medicalização excessiva e do uso indiscriminado de exames e procedimentos, possibilitando, dessa forma, não apenas um tratamento mais holístico e humanizado para o seu usuário, mas também constituindo-se uma política econômica favorável ao diminuir os gastos com saúde nos altos níveis de complexidade, o que propicia maior enfoque para a prevenção e promoção de saúde e para práticas de medicina, de forma a descentralizar o cuidado e possibilitar um serviço de saúde mais acessível e eficiente.

Por conseguinte, dentre os nove projetos para as Práticas Integrativas e Complementares, os quais abrangiam temas desde a melhora da saúde nutricional à saúde mental – idealizados e

apresentados pelos estudantes do quarto período de medicina, UNIG-Itaperuna, como requisito avaliativo, foi escolhido para apresentar à Gestão Municipal aquele que visa humanizar e facilitar o puerpério para as grávidas itaperunenses, com o mote de possibilitar uma melhor recuperação e um cuidado mais digno tanto à puérpera quanto ao recém-nascido, cujo enfoque trata da “amamentação”.

No Centro de Saúde Dr. Raul Travassos (CSRT), localizado em Itaperuna (RJ), já ocorrem serviços de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, onde é oferecido o acompanhamento de gestantes tanto de risco habitual quanto de alto risco, além de consultas durante toda a gestação e ao recém-nascido após o parto, com acesso a ginecologistas, obstetras e enfermeiros capacitados. Desse modo, o projeto proposto pelos acadêmicos de medicina – no referencial das Práticas Integrativas Complementares – pretende implementar o atendimento durante e após a gestação, através de reuniões como palestras trimestrais, que terão como objetivos alertar e informar as gestantes acerca da importância da amamentação, assim como orientá-las sobre práticas que facilitarão esse processo e desmistificarão conhecimentos errôneos adquiridos, previamente, por elas, como a crença no leite insuficiente e na melhor saciedade da fórmula. Depreende-se que as PIC têm o potencial de revitalizar as discussões da Saúde Coletiva e estimular mudanças no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde.

Além da criação de “rodas de conversa” com as gestantes, as quais funcionarão como grupos de autoajuda em que serão demonstradas ações como a prática correta de pega – associada a exercícios que a facilitarão como a estimulação manual e o uso de conchas para o mamilo; posições preconizadas durante a lactação; conhecimento sobre a frequência e a duração das mamadas – associado aos sinais palpáveis de que essa está sendo suficiente. Ademais, além dos benefícios diretamente relacionados ao conhecimento aprofundado sobre a lactação, os encontros também funcionarão como uma forma de as gestantes extravasarem suas inseguranças e conseguirem apoio

e identificação com outras grávidas, o que também irá diminuir o estresse e facilitar o aleitamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde (MS) estabelecem que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) deve ser mantido até o sexto mês de vida sem introdução de líquidos ou alimentos, podendo ser mantido até os dois anos com alimentos complementares (Secretaria de Atenção em Saúde, 2015). Apesar dessa orientação, os índices de aleitamento materno no Brasil encontram-se aquém do ideal. Estima-se que no país apenas 40% das crianças abaixo de 6 meses tiveram (AME), o que contraria a meta preconizada na comunidade internacional de se ter ao menos 90% das crianças menores que 6 meses em AME. Isso se torna ainda mais preocupante quando se entende que com o AME, no primeiro ano de vida, poderia evitar 22.2% das mortes ao ano no mundo de crianças até os 12 meses (Verdélío, 2017). Isso devido ao fato de que a lactação proporciona inúmeros benefícios tanto para o lactente quanto para a lactante, os quais serão elucidados.

Para a lactante, como vantagens da amamentação é possível citar: diminuição das complicações pós-parto e do risco de cânceres de ovário e de mama (Pereira, 2010 p.12). Além disso, também age no fortalecimento do vínculo afetivo mãe/filho, favorece a involução uterina e redução dos riscos de hemorragia, contribui para a normalização do peso corporal da mãe e para o aumento do intervalo entre os partos e para prevenção da osteoporose (Brasil, 2005).

Já para o lactente, os benefícios vão desde a facilitação da eliminação do mecônio, diminuição do risco de icterícia e proteção contra infecções e alergias, devido ao fortalecimento do sistema imunológico (Brasil, 2005, p 64), bem como contribuição para um melhor desenvolvimento do sistema estomatognático (Cassimiro, 2019), favorecendo a prevenção de maloclusão (Victora, 2016). Além de, igualmente, apresentar uma ação preventiva para diabetes e obesidade futuras e, até mesmo, um melhor desenvolvimento cognitivo na infância (Marques, 2020; Victora, 2016).

Porém, apesar dos inúmeros benefícios da lactação e dos esforços do Ministério da Saúde em adotar medidas protetivas ao aleitamento materno, com divulgação de campanhas que garantem à mulher e à criança o direito à amamentação, o desmame precoce ainda é frequente. Isso ocorre, principalmente, devido a fatores como: erros na técnica de amamentação, ingurgitação mamilar, percepção de leite insuficiente, pega inadequada, presença de mamilo invertido e retorno ao trabalho contribuem para a interrupção do aleitamento materno (Martins, 2018). Dessa realidade decorre que o ponto forte das PIC será toda a instrução já mencionada em roda de gestantes e encontros frequentes, além da inspeção domiciliar frequente das agentes de saúde que estarão preparadas para as visitas, principalmente das mães que deixam o hospital aos finais de semana e feriados. Assim, julga-se essencial fomentar um processo educativo que forme profissionais das PIC em sintonia com as diretrizes do SUS e com os princípios da Saúde Coletiva (Azevedo *et al.*, 2011).

Como elucida Takushi (2008, p. 492), “A prática de amamentar não é instintiva e, portanto, requer ser aprendida pela mulher e protegida pela sociedade”. Sendo assim, grande parte dos empasses que levam ao desmame precoce como mastite, ingurgitamento mamário e fissuras, dor ao amamentar, podem ser evitados se a lactante souber as formas corretas de prevenções, as quais deveriam ser ensinadas no pré-natal pela equipe de saúde, o que incluiria medidas como pega adequada, recomendação de compressa fria e hidratação do mamilo com o próprio leite (Almeida *et al.*, 2004).

Nessa trilha reflexiva, o objetivo do presente capítulo é fornecer conhecimento científico comprovado às gestantes, tal como promover assistência às puérperas que já obtiveram informações prévias oferecidas pelo projeto, com vistas a possibilitar uma maior adesão ao ato da lactação e, desse modo, garantir todos os benefícios fornecidos por essa ação.

Evidencia-se que esses contributos científicos e práticos abrangem não só os envolvidos diretamente na ação, como também as famílias, para as quais se apresenta como uma fonte mais econômica

de nutrição, além de ser um alimento que não precisa de preparação e, ainda, principalmente quando exclusivo, significa diminuição de interações, que resulta menos custos, além de uma sociedade mais saudável (Brasil, 2005).

JUSTIFICATIVA: A RELEVÂNCIA DO PROJETO

De acordo com um estudo sobre a ‘percepção das mulheres’ que receberam consultoria em amamentação, o resultado das entrevistas apontou que a abordagem das consultoras, de acordo com cada situação, proporcionou mais segurança às nutrizes, as quais compreenderam que podem existir limitações que as impeçam de executar o AME, porém, a adoção de métodos alternativos, contribuiu para que, ainda com dificuldade, o aleitamento permanecesse, além de proporcionar maior autoconfiança durante a lactação. É necessário lembrar que os resultados se dão pelas demandas locais, conhecimento, acesso e aceitação de usuários em relação às PIC (Lóss *et al.*, 2020).

Desse modo, comprovado que mulheres que receberam aconselhamento em amamentação durante o pré e o pós-natal obtiveram maior sucesso, segurança e conforto durante a lactação, reduzindo o desmame precoce e a utilização de práticas empíricas errôneas que prejudiquem o aleitamento exclusivo – a atuação das PIC busca ofertar informações válidas às gestantes durante a gravidez e após o parto, como finalidade de possibilitar uma melhor experiência à lactante, em relação à amamentação. Uma vez que essa é compreendida como a forma mais segura e eficiente de alimentar a criança nos seis primeiros meses de vida e nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a lactação tem na redução das mortes e internamentos de crianças menores de cinco anos, principalmente, nas crianças de baixo nível socioeconômico (Pereira, 2023).

METODOLOGIA: CAMINHOS A SEREM PERCORRIDOS

A idealização dos projetos de Práticas Integrativas Complementares pelos estudantes de medicina da UNIG, *campus V*, tornou-se foco de atenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde; portanto, a proposta sobre “amamentação” foi instituída como projeto PIC/SUS, com atendimento nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas comunidades itaperunenses. E, nessa conjuntura, a prática decorrerá como nos caminhos descritos a seguir.

Primeiramente, as grávidas serão encaminhadas à Saúde da Mulher, no CSRT, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que oferecem pré-natal no município como por exemplo, as do São Manoel, Costa e Silva e Surubi. Nestes locais, serão realizadas palestras trimestrais acerca da amamentação, fornecidas por um profissional qualificado, essas as quais irão abordar, por meio de linguagem simples e clara, temas como: dicas sobre formas de aumentar a produção de leite, demonstrações de como deve ser a pega correta, a importância da hidratação, informações acerca de disfunções que podem prejudicar a lactação, desmitificação de mitos e crenças que prejudiquem o aleitamento, entre outros.

Após o parto, as puérperas que estiverem inscritas no programa receberão visitas domiciliares durante o primeiro mês, em que cada enfermeira e/ou agente comunitária de sua respectiva UBS irá fiscalizar se a amamentação está indo de acordo com o esperado, assim como auxiliar com dificuldades que possam estar obstaculizando esse ato. Vale ressaltar que estes profissionais receberão capacitação em assistência em lactação, a qual será disponibilizada pelo mesmo profissional especializado em amamentação que apresentou as palestras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inferir-se que este projeto, juntamente com a Programa de Saúde da Mulher, proporcionará uma maior adesão às puérperas em relação à amamentação, através dos benefícios propiciados, donde cabe ressaltar a importância da “Educação em Saúde” – um referencial que alicerça a formação médica, como preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2014) para os cursos de graduação em medicina. Referencial esse que consiste em ações que intencionam a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos; envolve a aquisição de conhecimentos, mudança de comportamentos e criação de práticas saudáveis. Nesse sentido, torna-se essencial que o profissional da saúde seja um bom observador e um bom ouvinte e que exerça, além de suas competências, a função de educador e orientador.

Dessa forma, atinge-se a meta esperada com a instituição das práticas em pauta, seja pela melhora do processo de aleitamento materno, seja pela diminuição da verba utilizada na maternidade com injúrias acarretadas ou agravadas pela não lactação, seja pela ampliação do panorama da saúde de uma forma mais abrangente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliane Aparecida; MARTINS FILHO, José. O contrato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, v. 13, n. 4, 2004.

AMADO, Daniel Miele et al. Práticas integrativas e complementares em saúde. **APS em Revista**, v. 2, n. 3, p. 272-284, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org>. Acesso em: 16 de fev. 2025.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. In: **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011, p. 361-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso: 24 de março 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME, 2014.

CAMPELO, Bruna Barbosa Fiuza et al. **Atuação de profissionais da saúde na alimentação de lactentes**: orientações e potencialidades. 2023. Disponível em: https://www.repositorio.ufal.br/jspui/bitstream/123456789/13483/1/Atua%C3%A7%C3%A3o%20de%20profissionais%20da%20sa%C3%BAde%20na%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20lactentes_orienta%C3%A7%C3%B5es%20e%20potencialidades.pdf Acesso em: 16 fev. 2025

CARVALHO, Layse Mayra Nunes; DE PASSOS, Sandra Godoi. Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança: revisão integrativa. **Revista Coleta Científica**, v. 5, n. 9, p. 70-87, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5117748> Acesso em: 17 fev. 2025.

CHAVES, AFL, et al. *Enferm. Foco* 2019; 10 (5): 79-84. Disponível em: file:///C:/Users/Maria/Downloads/2519-19053-1-PB.pdf Acesso em: 16 de fev. 2025.

COELHO, Giliate Cardoso; ANTUNES, Valeska Holst; OLIVEIRA, Aristides. **A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas.** *Cadernos de saúde pública*, v. 35, n. 1, p. e00170917, 2019. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/150> Acesso em: 17 de fev. 2025.

LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio, CHAGURI JR., José Carlos., DIAS, Vinícios Evangelista. *Práticas Integrativas e Complementares como aliança para a humanização da atenção primária em saúde.* **Coninter**, 2020. Disponível em: <https://www.even3.com.br/coninter2020>. Acesso em: 20 de março 2025.

MARQUES, Bruna Leticia et al. *Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.* **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2020. Acesso em: 20 de março 2025.

MARTINS, D.P. et al. *Conhecimento de nutrizes sobre aleitamento materno: contribuições da enfermagem.* **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 12, n. 8, p. 1870-1878, 2018.

PEREIRA, Sulene Simão Araujo; EMÍDIO, Suellen Cristina Dias; SANTOS, Leidiene Ferreira. *Revisão da Intervenção de Enfermagem “Aconselhamento para a Lactação” da Classificação da Intervenções de Enfermagem.* **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 9, n. 1, 2023. Disponível em: file:///C:/Users/Maria/Downloads/38989-Texto%20do%20artigo-175872-1-10-20230521.pdf Acesso em: 16 de fev. 2025.

REINAS, Cátia Marisa Monteiro. *Amamentação e osteoporose.* **Dissertação o para obtenção do Grau de Mestre em Medicina.** Universidade da Beira Interior. Portugal, 2016.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 491-502, 2008.

VERDÉLIO, Andréia. **Agência Brasil** (2017). Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia> > Acesso em 26 de março de 2025.

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA Horton S, Krasevec J, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol Serv Saude** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf> Acesso em: 23 abril de 2025.

CAPÍTULO 8



ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MÉDICA E PSICOLÓGICA.

Rachel Armond Vicente Bastos²²

Edna de Jesus Suzano²³

Rayssa Baldas Loureiro Magesty Tavares²⁴

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra mulheres é uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos, e seu impacto pode ser devastador tanto no plano físico quanto psicológico. O atendimento a essas mulheres é um grande desafio, que exige não somente competência técnica dos profissionais de saúde, mas também um profundo respeito à dignidade da vítima. A abordagem médica e psicológica no contexto da violência sexual deve ser integrada, humanizada e orientada por diretrizes estabelecidas por órgãos de saúde e entidades competentes. Este capítulo busca explorar essas abordagens, destacando o papel fundamental da equipe médica e psicológica nesse processo, bem como os desafios enfrentados neste grave problema de saúde pública.

A ONU define violência de gênero como qualquer ato de violência que resulte em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, seja

22 Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Graduação em Medicina. Especialista em Medicina do Trabalho. Professora universitária de Ginecologia na Universidade Iguaçu- Campus V. E-mail: chelvicente@yahoo.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5091098538904959>

23 Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Graduação em Medicina. Pós-graduada em Ultrassom em Ginecologia e obstetrícia. Professora universitária de Ginecologia na Universidade Iguaçu- Campus V. E-mail: 0522045@professor.UNIG.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3336220073768727>.

24 Graduando em Medicina pela Universidade Iguaçu- Campus V. Graduada em Direito. Estágio em Cirurgia geral no HSJA. Estágio em Otorrinolaringologia no HSJA. Estágio em Ginecologia e Obstetrícia no HSJA. Estágio em Pronto Socorro na UPA Itaperuna-RJ. E-mail: r.loureiriomagesty@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3535034441343237>.

no âmbito público ou privado (ONU, 1993). A violência sexual é um fenômeno mundial que afeta milhões de mulheres a cada ano, tendo implicações severas para a saúde física, mental e social.

Uma em cada três mulheres no Mundo já sofreu violência física ou sexual pelo parceiro íntimo ou outro agressor ao longo da vida (LATHAM, 2021). Trata-se de uma violência muitas vezes oculta que necessita ser reconhecida para permitir o acolhimento e a assistência necessária.

O atendimento exige uma abordagem multidisciplinar, onde médicos, psicólogos, assistentes sociais e profissionais da área jurídica atuam em conjunto para promover a segurança, a saúde física e a recuperação emocional da vítima. A atuação médica é crucial para o adequado atendimento, tanto na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, na coleta de provas, quanto na asseguuração do direito reprodutivo. A abordagem psicológica, por sua vez, é fundamental para lidar com os aspectos emocionais e psicológicos decorrentes do trauma causado pela violência.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde- SUS desempenha um papel central nesse contexto, a fim de garantir que as vítimas recebam o atendimento adequado, proporcionando-lhes os meios necessários para a recuperação, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

VIOLÊNCIA SEXUAL- QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A violência sexual contra mulheres integra a lista de notificação compulsória do Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAN, sendo obrigatória, a ser realizada em até vinte e quatro horas, e de responsabilidade dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019). A utilização de dados epidemiológicos contribui para o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas em vigência.

O Ministério da Saúde reconhece a violência sexual como uma grave questão de saúde pública e importante causa de morbidade e

mortalidade entre as mulheres. Segundo dados do DataSUS, no Brasil em 2023, o número de casos notificados de mulheres vítimas de violência sexual foi de 50.413, média de 138 casos por dia. O estado com maior número de notificações foi São Paulo (SP), totalizando 11.454, seguido de Rio de Janeiro (RJ), com 4.811 casos (BRASIL, 2025).

Estima-se que a subnotificação possa chegar a 90%, o que significa que os números possam ser até dez vezes maiores (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). Estudos mostram que as principais barreiras para a notificação da violência são: dificuldade de reconhecer a violência, não compreensão da importância da notificação, falta de familiaridade com a ficha de notificação, além de medo de represália por parte do agressor (VASCONCELOS, 2024).

É visto que mulheres que convivem com a violência estão mais inclinadas a buscar serviços de saúde com demandas indiretas (SCHRAIBER, 2010), sendo fundamental que os profissionais de saúde, por estarem em uma posição estratégica para identificar essas situações, permaneçam vigilantes para adotar a conduta adequada. Por outro lado, se esses profissionais não estiverem capacitados para identificar os sinais e sintomas que o façam suspeitar da violência vivida pela vítima, não será prestado o cuidado e acolhimento necessário.

A notificação compulsória é um desafio a ser enfrentado, que necessita da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde. Considerando que as políticas públicas são formuladas com base em evidências e dados dos sistemas de informação disponíveis no país, é imprescindível o combate a subnotificação, problema este muitas vezes negligenciado na prática. O reconhecimento do caso, o acolhimento com atendimento de qualidade e humanizado é dever dos profissionais de saúde, resultando na redução dos agravos e garantindo os direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

ABORDAGEM PRÁTICA: PROTOCOLOS E CUIDADOS IMEDIATOS

O atendimento às vítimas de violência sexual deve ser imediato e seguir protocolos específicos para garantir os direitos a saúde e segurança da mulher. O decreto N° 7.958, de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes para o atendimento no SUS, que inclui acolhimento por equipe multidisciplinar, atendimento humanizado, suporte psicológico e social, exames, profilaxias de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e encaminhamento para centros de referências para demais condutas (BRASIL, 2013).

De acordo com a diretriz e a Norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o acolhimento deve ser realizado em local reservado, privativo, com um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno. Deve ser disponibilizada avaliação psicológica e social, bem como o seguimento ambulatorial.

A anamnese deve ser detalhada, incluindo local, dia e hora da violência, mantendo a sensibilidade na compreensão das respostas ou ausência delas, sendo avaliado fatores de risco, o tipo de violência sofrida, se houve agressão física ou trauma associado, buscando diferenciar se a violência é aguda ou crônica (NOVAES, 2024).

O exame físico e ginecológico requer consentimento da paciente. Não havendo recusa, todas devem ser submetidas ao exame físico completo, devendo ser descritas minuciosamente em prontuário médico eventuais lesões e conteúdo vaginal.

Devem ser realizadas a profilaxia de IST's não virais e virais. As IST's não virais, tem prazo de 14 dias para administração de medicações em dose única para Sífilis, Gonorreia, infecção por Chlamydia trachomatis e Tricomoníase. As IST's virais, incluem HIV, devendo ser realizado em até 72 horas após o ato, com esquema combinado de medicação que deve ser mantido por 28 dias; e Hepatite B, com vacinação até 14 dias do ato, em mulheres não imunizadas ou que desconhecem o status vacinal (BRASIL, 2017).

Se tratando de pacientes em idade fértil, deve ser realizada a anticoncepção de emergência preferencialmente em até 72 horas após

o ato, máximo de 120 horas. Na presença qualquer tipo de ferimento perfurocortante, quando história incerta de vacinação ou intervalo da última dose maior que dez anos, deve ser realizada profilaxia de tétano em até 72 horas após o ato.

A notificação compulsória é obrigatória e de responsabilidade do médico que realizou o atendimento. O boletim de ocorrência pode ser realizado pela paciente maior de dezoito anos em até seis meses após o ato, não sendo obrigatório para que o atendimento em unidade de saúde seja realizado. Se a paciente optar pela realização, a autoridade policial responsável a encaminhará para o Instituto Médico Legal, onde será realizado o exame de corpo de delito e conjunção carnal, a coleta e preservação de eventuais evidências materiais do crime sexual. Caso a paciente seja menor de dezoito anos ou vulnerável, é obrigatório o comunicado ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude.

Importante ressaltar que os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada. Não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios. Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados (BRASIL, 2012). Lembrando que a decisão da vítima sempre deve ser respeitada.

ABORDAGEM PSICOLÓGICA: ESCUTA ATIVA E APOIO EMOCIONAL

A violência sexual deixa marcas profundas na saúde mental da vítima, sendo um dos fatores mais significativos no desenvolvimento de transtornos psicológicos, como o estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, fobias e até o suicídio.

Esses impactos psicológicos podem persistir por longos períodos de tempo, mesmo após a violência ter cessado, tornando essencial o acesso a apoio e recursos adequados para ajudar as vítimas a se recuperarem e reconstruírem suas vidas (TEIXEIRA, 2021). O apoio psicológico imediato e contínuo é crucial no processo de ressignificação da experiência traumática.

Dessa forma, a equipe de saúde deve avaliar a continuidade do acompanhamento, podendo ser necessário o encaminhamento para outros serviços, como: Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Referência de Assistência Social e Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (BRASIL, 2012).

A legislação prevê que o atendimento psicológico deverá ser humanizado, com escuta ativa, observando os princípios do respeito a dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, sendo disponibilizado um espaço seguro e de confiança (BRASIL, 2013).

O profissional de saúde possui papel fundamental no enfrentamento desse processo traumático, o que exige respeito, sensibilidade e empatia. Deve haver o acompanhamento psicológico para auxílio no confronto dos sentimentos de medo, culpa e vergonha, comuns em situações de abuso. Esse deve ser imediato e contínuo, com acompanhamentos regulares para promover a recuperação emocional afim de prevenir transtornos mais graves a longo prazo.

ASPECTOS LEGAIS

Um marco no combate a violência contra as mulheres, foi a promulgação da Lei nº11.340/2006, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), que tem como princípios a repressão a violência contra a mulher e a busca do equilíbrio entre os sexos, estabelecendo medidas assistenciais e protetivas às vítimas, bem como instituição de políticas públicas, objetivando garantir os direitos constitucionalmente

previstos em lei. Foi reconhecida pela ONU como uma das leis mais avançadas do mundo, no que tange o enfrentamento da violência contra a mulher, agregando valores de direitos humanos à política pública e contribuindo no enfrentamento desse problema de saúde pública.

A violência sexual é um crime de notificação compulsória previsto em lei, em que não há obrigatoriedade de comunicar a autoridade policial. O Ministério da Saúde determina que o acolhimento à vítima deve ocorrer independentemente da decisão da mulher de denunciar o crime, não sendo obrigatório a realização de boletim de ocorrência ou perícia para receber atendimento médico.

O artigo 128 do Decreto-lei nº 2.848 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), prevê o direito ao aborto praticado por médico, se desejo da mulher, na condição de gestação resultado de estupro. Embora a interrupção da gestação seja assegurado em lei, na prática o acesso aos serviços de saúde nem sempre é simples.

Soma-se à dificuldade de acesso a falta de médicos preparados, o que acontece tanto pela não familiaridade dos protocolos e técnicas desse procedimento quanto pelo desconhecimento das questões éticas e legais associadas (LATHAM, 2021). Estudos apontam que, apesar da maioria dos ginecologistas e obstetras conhecerem os permissivos legais para a interrupção da gestação, era escasso o conhecimento sobre as documentações necessárias, e também, parcela significativa dos especialistas nunca tinha sido treinada para indução de aborto (CACIQUE, 2013). Consequência disso, tem a associação de agravos, com destaque principal a busca clandestina pelo aborto inseguro, com repercussões severas na saúde física e reprodutiva da mulher.

É imprescindível a preparação prática e teórica dos profissionais para um atendimento multidisciplinar e integral, para que possa ser fornecido uma assistência à saúde que respeite e atenda todas as necessidades da vítima, em conformidade e com garantias legais previstas em lei.

CONCLUSÃO

O atendimento à mulher vítima de violência sexual deve ser sensível, imediato e multidisciplinar. A abordagem médica e psicológica, quando realizada de acordo com as diretrizes e normas técnicas, garantem que a mulher receba o cuidado necessário para sua recuperação física e emocional. A integração entre os diversos serviços de saúde e o de segurança são fundamentais para oferecer à vítima proteção e o suporte necessário.

Apesar dos avanços, ainda existem desafios significativos a serem superados, como a melhoria da articulação e integração dos serviços e do atendimento, como forma de evitar a revitimização das mulheres. Ações educativas e culturais, para que as vítimas consigam visualizar o serviço de saúde como porta de entrada para quebra do ciclo de violência. Outro ponto crucial é a capacitação contínua dos estudantes e profissionais da área da saúde, afim de que os casos sejam reconhecidos, notificados e conduzidos da maneira devida, possibilitando um atendimento resolutivo e integral.

As políticas públicas e a notoriedade do tema sobre violência sexual contra as mulheres, indicam um caminho positivo para a melhoria do contexto geral e do atendimento às vítimas, com o objetivo de proteger as mulheres, assegurando seus direitos fundamentais à saúde e a dignidade respeitada.

REFERÊNCIAS:

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal, artigo 128.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 agosto 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019.** Notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dezembro 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 março 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica.** 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

CACIQUE, Denis Barbosa et al. **Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011.** Saúde e Sociedade, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 916-936, set. 2013.

LATHAM, AE, Rosas CF, Paro HB, Pedrosa ML, Albuquerque RM, et al. **Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica.** *Femina*. 2021;49(4):230-6.

NOVAES, Andréa et al. **Guia do Episódio de Cuidado: atendimento em situações de casos suspeitos ou confirmados de violência física ou sexual e relações sexuais desprotegidas.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira: Albert Einstein, São Paulo, ago. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde.** Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010.

TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva et al. **Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um centro de atenção psicossocial.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 31, n. 2, jul. 2021.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women** Proclaimed by General Assembly Resolution 48/104 of 20 December 1993.

VASCONCELOS, Nádia Machado de et al. **Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 29, n. 10, set. 2024

CAPÍTULO 9



ENDOMETRIOSE NA MENOPAUSA: IMPACTO DOS SINTOMAS, DIAGNÓSTICO E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito²⁵

Anna Ximenes Alvim²⁶

Laura Terra Lannes Bussade²⁷

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A endometriose é caracterizada por glândulas endometriais ectópicas e tecido estromal em pelve e pela presença de estrogênio, no entanto, o limiar de estradiol sérico pode variar em sua sensibilidade tecidual. Embora lesões tenham sido encontradas em diversas áreas anatômicas, a pelve é o local mais afetado. Devido à natureza dependente de estrogênio desta patologia, é compreensível que esta afecção seja principalmente uma condição pré-menopausa. No entanto, 2% a 4% das mulheres na pós-menopausa são afetadas pela endometriose (Jakson; Hirschberg; Gidlöf, 2023). Os sintomas

25 Mestre em Medicina e Biomedicina (Santa Casa BH); Médica Ginecologista e Obstetra pela FHEMIG Titulada pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstétrica - FEBRASGO TEGO n 0343/2006; Especialização em Endoscopia Ginecológica pelo IPSEMG; Especialização em Uroginecologia pela Unifesp; Docente do curso de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG) – Campus V – Itaperuna, RJ. E-mail para contato: ximenes_luciana@hotmail.com; Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1252749631146197>

26 Mestre em Medicina e Biomedicina (Santa Casa BH); Médica Cardiologista titulada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Especialização em cardiologia e ecocardiografia pelo instituto BIOCOR; Especialização em imagem cardíaca (tomografia, ressonância e cintilografia) pela clínica de diagnóstico por imagem (CDPI); Docente do curso de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG) – Campus V – Itaperuna, RJ e Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC. E-mail para contato: ximenes_anna@icloud.com - lattes: <https://lattes.cnpq.br/5332891499712922>

27 Acadêmica de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG) – Campus V – Itaperuna, RJ. Email para contato: laurabussade17@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0715-7532>

correlacionados à endometriose podem ser descritos como dor pélvica, dismenorreia, infertilidade, dispareunia (Cassani et al., 2024).

Enquanto, Almeida et al., (2024) descrevem que a endometriose também demonstra complicações importantes para a saúde da mulher, como cistos ovarianos grandes, aderências severas que podem comprometer outros órgãos, obstrução intestinal, infertilidade feminina, comprometimento vesical, e consequentemente, a necessidade de intervenções cirúrgicas como laparoscopia, laparotomia. Segundo Fernandes et al., (2024) um estudo realizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein onde selecionaram-se 18 estudos, constatou-se que parto prematuro e placenta prévia foram riscos obstétricos mais observados associados à endometriose, além de outras complicações como diabetes mellitus gestacional, distúrbios hipertensivos na gravidez, gravidez ectópica e aborto espontâneo. De acordo com Pereira et al., (2024) o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) registrou dentre junho de 2019 a junho de 2024 cerca de 61.560.783 internações devido à endometriose, com a região Sudeste com 24.353.339 internações, enquanto, Pschichholz (2021) descreveu entre os anos de 2015 a 2020 cerca de 66.722 novos casos de endometriose, com cerca de 28.414 na região Sudeste referente a 42,5% e 17.434 na região Nordeste, relacionado à cerca de 26,1%.

Complementarmente, é imprescindível a compreensão de possíveis fatores que podem ocasionar a endometriose, portanto, há estudos que comparam o fenótipo de fibroblastos estromais de mulheres com endometriose, os quais foi possível a identificação de diferenças em seu comportamento, incluindo alterações epigenéticas resultando em uma resposta aberrante ao estrogênio (Houshdaran et al., 2020). Apesar do período pós-menopausa ser caracterizado como hipoestrogenismo, os focos de endometriose podem ainda responder aos estrôgenios, alguns estudos ainda relatam a possibilidade da reativação da doença após estimulação hormonal (Cumiskey et al., 2008), no entanto, a endometriose na menopausa pode se apresentar como focos menos hemorrágicos e por extensão reduzida (Bendon; Becker, 2012).

Segundo Sanders e Horne (2021) a formação de lesões multicelulares em localizações extrauterinas pode ocorrer devido à plasticidade celular, hipóxia transitória, liberação de ferro, ativação de plaquetas, desregulação de vias pró- inflamatórias, regulação positiva de proteínas de complemento. De maneira complementar, Fonseca et al., (2023) descrevem como mutações genéticas estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento da endometriose, como a mutação somática ARID1A em células epiteliais, que foi associada à regulação positiva de fatores pró-angiogênicos e pró-linfangiogênicos e remodelação do compartimento de células endoteliais, com enriquecimento de células endoteliais linfáticas, presente em pacientes com endometriose e câncer ovariano epitelial.

Por conseguinte, Dinu et al., (2024) realizaram estudos que observaram que achados imuno-histoquímicos poderiam sugerir que a presença de receptores de estrogênio e progesterona, juntamente com CD10, estão relacionados ao envolvimento de estrogênios exógenos ou endógenos no desenvolvimento da endometriose pós-menopausa, além de disfunções hormonais envolvendo aromatase como conversão de estrona em estradiol pela ação da enzima 17 β -Hidroxiesteroide Desidrogenase do tipo 1 (17 β -HSD1), produção aumentada de prostaglandina do tipo 2 (PGE2), resistência à progesterona e disfunção associada aos receptores deste hormônio. Além de que pacientes com endometriose também podem ter receptividade endometrial reduzida, como evidenciado pela expressão reduzida de vários marcadores de receptividade endometrial, bem como níveis reduzidos de biomarcadores de implantação, e consequentemente, a presença de anticorpos anti- endometriais IgG e IgM pode ser parcialmente responsável pela falha de implantação em mulheres com endometriose (Fonseca et al., 2023).

Os inibidores de aromatase agem diminuindo a produção extra-ovariana de estrogênio e bloqueando o ciclo de estimulação entre inflamação e aromatase dentro de lesões de endometriose (2022). A obesidade é outro fator de risco que pode aumentar os níveis séricos de estrogênio, resultando na progressão das lesões de endometriose,

achados em exames de imagem e sintomas subsequentes. Pois o tecido adiposo está associado à produção de estrona, aromatização de androstenediona em glândulas suprarrenais e ovários, convertida posteriormente em estradiol. Enquanto, segundo a Sociedade Europeia de Menopausa e Andropausa (EMAS) declarou em 2010, a recomendação do uso de terapia hormonal de forma contínua combinada e tibolona para mulheres histerectomizadas e não histerectomizadas com histórico de endometriose (Armeni et al., 2016). A endometriose continua sendo uma condição patológica que frequentemente apresenta diagnóstico tardio, principalmente entre pacientes mais velhas, devido à falta de métodos não invasivos disponíveis para diagnóstico em estágio inicial. O objetivo deste capítulo é realizar uma revisão bibliográfica e análise minuciosa sobre os aspectos da endometriose em mulheres na menopausa e tipos de terapias.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE NA MENOPAUSA: ATUALIZAÇÕES E MÉTODOS MAIS UTILIZADOS

A endometriose em mulheres na peri e pós-menopausa apresenta prevalência estimada de 2% a 5% de ocorrência (Lotz et al., 2022). Em uma pesquisa com 451 mulheres, apenas 10,4% foram diagnosticadas na primeira consulta (Gratton et al., 2022). Há fatores diversos que contribuem significativamente para um atraso de cerca de 6 a 8 anos do início dos sintomas até o diagnóstico, tanto em pacientes na pré-menopausa quanto na pós-menopausa, neste contexto, observa-se determinada limitação associada ao exame clínico, os sintomas pré-operatórios e o histórico médico do paciente na determinação da extensão das lesões de endometriose, pois há muitos pacientes portadores de lesões graves que permanecem assintomáticas, além de que os exames clínicos podem ter resultados normais em um número significativo de pacientes com endometriose profunda infiltrativa.

Os exames pélvico vaginal e retal são úteis para a identificação de nódulos de endometriose no compartimento posterior inferior (Dinu et al., 2024).

Neste contexto, as características clínicas da endometriose pós-menopausa incluem dor pélvica persistente ou recorrente, dispareunia, sintomas intestinais ou urinários e, ocasionalmente, sangramento vaginal anormal. A ausência de ciclos menstruais apresenta um desafio diagnóstico, pois os critérios diagnósticos tradicionais para endometriose dependem de padrões menstruais, os sintomas frequentemente se sobrepõem a outras condições ginecológicas. As abordagens terapêuticas para endometriose pós-menopausa abrangem intervenção cirúrgica, terapias hormonais, tratamento da dor e cuidados individualizados (Vallée et al., 2024). De acordo com o modelo mais convincente, a hipótese da menstruação retrógrada, fragmentos endometriais que chegam à pelve via fluxo retrógrado transtubário, implantam-se no peritônio e órgãos abdominais, proliferam e causam inflamação crônica com formação de aderências. A dor pode ser tratada pela excisão de implantes peritoneais, nódulos profundos e cistos ovarianos, ou pela indução da supressão da lesão pela abolição da ovulação e da menstruação por meio de manipulação hormonal com progestágenos, anticoncepcionais orais e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (Fonseca et al., 2023).

Até o momento, o padrão-ouro para o diagnóstico de endometriose e para a obtenção de confirmação histológica de lesões suspeitas é representado pela videolaparoscopia, pois este método permite duas técnicas de diagnóstico: visualização direta da endometriose e avaliação anatomo-patológica por biópsia (Pascoal et al., 2022). Atualmente, nenhum marcador sérico foi considerado confiável para o diagnóstico de endometriose, pois CA-125 sérico pode ser utilizado como monitoramento somente, após realização de métodos cirúrgicos de tratamento, ineficaz, portanto, como método diagnóstico, enquanto CA-15-3 apresentou-se como biomarcador útil em determinados casos de doença avançada. No entanto, em relação às pacientes em antecedente de endometriose pélvica sob tratamento

clínico hormonal durante a perimenopausa que demonstrem amenorreia, pode-se realizar ensaios para determinar níveis de CA-125 em U/mL (Zaki; Sakamoto, 2025).

Complementarmente, a ultrassonografia (USG) transvaginal é um método diagnóstico que permite a exploração extensiva da pelve, permite a avaliação de massas anexiais, apesar de ser limitada em determinadas afecções relacionadas pela endometriose. Os achados de USG foram descritos para mulheres em idade menstrual, mas também para mulheres na menopausa, consequentemente endometriomas podem ser descritos na USG como cistos uniloculares, por aparência homogênea de “vidro fosco” (Gratton et al., 2022).

Neste contexto, pode-se constatar a ressonância magnética (RNM) como outro método diagnóstico não invasivo, a sensibilidade e especificidade deste método variam dependendo da localização anatômica e do número e dimensões das lesões, pode ser realizado quando suspeita-se de acometimento de ureter e presença de aderências pélvicas expandidas, enquanto o acometimento intestinal pode ser constatado na maioria das vezes como multifocal, com lesões nodulares sólidas com aspecto de origem extramucosa, no entanto, apresentam realce tardio por contraste, enquanto que o acometimento urinário pode ocorrer em até 20% dos casos de endometriose, enquanto a bexiga é o sítio mais comum e pode ser correlacionada frequentemente ao acometimento da parede uterina anterior adjacente, também pode-se utilizar urografia excretora para avaliação do trato urinário (Allaire; Bedaiwy; Yong, 2023).

De acordo com Trindade e de Melo (2017), para pacientes sob suspeita de endometriose, através da realização de USG, pode-se realizar preparo intestinal pela administração de picossulfato de sódio via oral, 10 a 20mg durante a véspera do exame, e por difosfato de sódio de 120mL no dia do exame. Por conseguinte, avalia-se à execução do exame de USG se há comprometimento renal, uretral e hidronefrose, avaliação de diafragma direito e pericapsular hepático, avaliação pélvica transabdominal, avaliação de fossas ilíacas direita e esquerda para constatação de afecções em íleo, ceco, apêndice e

sigmoide, e região retrocervical, septo retovaginal, vagina, bexiga e ureteres distais. Por conseguinte, achados como aderências, sem nódulos ou espessamentos associados podem ser observados durante endometriose profunda, além de presença de pontos hiperecoides, sem sombra acústica em cápsulas ovarianas, superfície uterina ou peritônio que podem ser avaliados como depósitos de hemossiderina ou microcistos.

Enquanto, Guerriero et al., (2014) descreveram especificidade de até 94% e uma sensibilidade de 79% em relação ao uso de USG transvaginal para endometriose profunda, e de acordo com Kiesel e Sourouni (2019) relatam sensibilidade de 93% e especificidade de 96% no diagnóstico de endometrioma. A endometriose profunda pode frequentemente ser detectada em órgãos pélvicos, parede abdominal, mas também estruturas retroperitoneais.

No geral, a laparoscopia é um procedimento de baixo risco, complicações como hérnia no local da porta laparoscópica é relatada como ocorrendo em 0,40 a 0,66% dos procedimentos, enquanto a infecção da ferida foi relatada em 0,71% dos procedimentos (Gratton et al., 2022). A laparoscopia diagnóstica reduz o atraso no diagnóstico e valida a experiência dos pacientes com os sintomas. A via laparoscópica (laparoscopia tradicional ou laparoscopia assistida por robô) deve ser preferida à laparotomia, pois oferece melhor visualização da lesão juntamente com os benefícios bem conhecidos da cirurgia de acesso mínimo e melhor recuperação, a remoção cirúrgica das lesões de endometriose reduz a inflamação local e sistêmica causada pela doença o que causa infertilidade, pode-se realizar adesiólise ao mesmo tempo, para restauração da anatomia pélvica normal, pois as aderências podem limitar a mobilidade da trompa de Falópio ou ovário e também impactar negativamente a fertilidade (Grigoriadis et al., 2024). Em 2022, foi publicado um estudo que teve como objetivo definir a assinatura de micro-RNAs (miRNA) para endometriose em amostras de saliva. Os miRNAs atraíram considerável atenção, e um estudo prospectivo recente usando sequenciamento de última geração e inteligência artificial identificou uma assinatura de miRNA salivar

consistindo de 89 miRNAs para endometriose superficial peritoneal (Grigoriadis et al., 2024).

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA ENDOMETRIOSE NA MENOPAUSA

O tratamento de primeira linha para endometriose pós-menopausa sintomática de início recente deve ser cirúrgico devido à incerteza do diagnóstico, ao risco de malignidade associada e ao risco potencial de transformação maligna subsequente. Devido às técnicas de imagem, como USG transvaginal e RNM pélvica, geralmente não são suficientemente precisas para distinguir entre lesões de endometriose e câncer. Portanto, o diagnóstico deve ser feito após a cirurgia e a análise anatomo- patológica. O tratamento cirúrgico da endometriose pós-menopausa tem um papel duplo de fornecer confirmação diagnóstica e aliviar os sintomas de dor (Haddad et al., 2021). A terapia médica pode ser usada em caso de recorrência da dor após a cirurgia ou se a cirurgia for contraindicada. As comorbidades representam um risco adicional para contraindicar a cirurgia e incluem idade avançada ou aderências pélvicas de cirurgias anteriores.

No entanto, Vallée et al., (2024) descrevem em seu estudo a necessidade de avaliação adequada das pacientes com endometriose na menopausa, e realizar o procedimento cirúrgico de acordo com a gravidade dos sintomas individuais das pacientes, caso o quadro clínico apresente-se como refratário ou de possível transformação maligna. Entretanto, o tratamento cirúrgico recomendado para endometriose geralmente envolve excisão laparoscópica ou robótica de lesões visíveis, preservando o útero e os ovários. Devido à determinadas circunstâncias, há a necessidade de tratamentos mais radicais, incluindo a remoção do útero, colo do útero, trompas e ovários, o que induziria a um estado hipoestrogênico e amenorreia, e remoção da adenomiose (Manobharath et al., 2023).

Neste contexto, a cirurgia radical com remoção prematura dos ovários está associada ao aumento da morbidade cardiovascular e musculoesquelética a longo prazo, além de que fatores da doença como sua recorrência da doença, a repetição da cirurgia e a dor persistente relacionada à adenomiose podem limitar a eficácia da cirurgia excisional de endometriose com preservação do útero, neste sentido a excisão dos ovários reduz risco de incidência de câncer de ovário e recorrências (Long et al., 2023).

Por conseguinte, outra terapia que pode ser realizada é a administração de inibidores da aromatase, como letrozol, anastrozol ou exemestano, pois agem diminuindo a produção extra-ovariana de estrogênio e consequentemente bloqueiam o ciclo de estimulação entre inflamação e aromatase dentro de lesões de endometriose. Segundo Nothnick et al., (2011) um estudo realizado por Takayama em 1998, descreveu uma mulher de 57 anos que apresentou endometriose grave recorrente após histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral, esta paciente recebeu anastrozol oral por 9 meses. A administração de anastrozol resultou em uma redução significativa na dor pélvica, bem como no tamanho da lesão nesta paciente, sugerindo que os inibidores da aromatase podem ser medicamentos candidatos bem-sucedidos no tratamento da endometriose. Enquanto, outros estudos concluíram que o Letrozol tem eficácia semelhante ao Anastrozol, de acordo com Roghaei et al., (2010) descreveram em seu estudo que o Letrozol pode ser mais eficaz que o Danazol na redução da dor pélvica crônica, dispareunia e dismenorreia em pacientes que sofrem de endometriose recorrente. O risco mais importante desse tratamento é a osteoporose e fraturas relacionadas. Os inibidores da aromatase prejudicam a densidade mineral óssea e precisam ser associados à terapia com bifosfonatos.

Além dos inibidores de aromatase, os agonistas de GnRH são novos tipos de medicamentos, levando a reduções significativas nos níveis sanguíneos de testosterona e estrogênio durante o tratamento. Medicamentos como goserelina, triptorelina, buserelina e leuprolida são os agonistas de GnRH mais frequentemente utilizados em estudos

clínicos, segundo Surrey (2023) as mulheres inférteis tratadas com agonistas de GnRH para infertilidade relacionada à endometriose tiveram uma taxa de gravidez comparável às aquelas tratadas com danazol, pois afetam produção estrogênica nos ovários e inibem o eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

De acordo com Streuli et al., (2017) progestogênios poderiam ser usados como uma alternativa de tratamento na endometriose pós-menopausa por sua ação direta em lesões através do receptor de progesterona. No entanto, não houve relatos sobre seu uso nessa população.

As lesões endometrióticas profundas infiltrantes geralmente requerem dissecação meticulosa e excisão precisa, tarefas que são difíceis de realizar com laparoscopia convencional devido à visualização limitada do instrumento. A cirurgia laparoscópica assistida por robótica (RALS) fornece visualização 3D aprimorada, maior destreza com instrumentos articulados e ergonomia aprimorada para o cirurgião. Pavone et al., (2024) realizaram uma meta-análise comparando RALS com videolaparoscopia para tratar endometriose profunda, portanto, analisaram cerca de quatorze estudos com um total de 2709 pacientes, constatou-se que não havia importantes diferenças em termos de complicações intraoperatórias e pós-operatórias, taxas de conversão ou perda estimada de sangue. No entanto, o RALS foi associado a tempos operatórios mais longos e internações hospitalares mais longas, no entanto, a cirurgia robótica não foi inferior à laparoscopia em resultados cirúrgicos gerais. De acordo com Terho et al., (2022), há um estudo denominado ROBENDO em andamento, programado para ser concluído até 2026, comparando RALS e videolaparoscopia em endometriose infiltrativa profunda, conduzido por um grupo finlandês, randomizado e controlado com 70 pacientes com endometriose profunda constatada por RNM. O resultado primário avaliará os resultados cirúrgicos relativos aos sintomas de dor.

Compreende-se que a RALS oferece destreza e amplitude de movimento aprimoradas, imagens avançadas, sistemas de navegação

o que permitiria manobras cirúrgicas mais precisas. Por exemplo, cirurgias espinhais assistidas por robótica demonstraram precisão impressionante na colocação de implantes, com margens de erro significativamente reduzidas em comparação aos métodos tradicionais (Cunningham; Brooks; McAfee, 2021). Na cirurgia de endometriose, onde a identificação precisa e a excisão de lesões endometriais são cruciais, as capacidades de ampliação e a articulação fina aumentam a capacidade de abordar lesões endometrióticas profundas infiltrantes e reduzem o risco de remoção incompleta da lesão e recorrência subsequente. A cirurgia ergonômica também é um grande benefício da cirurgia robótica. Em videolaparoscopia, ao realizar ureterólise profunda na pelve, o intestino ao redor pode levantar preocupações sobre danos térmicos, e no lado esquerdo, a acessibilidade pode ser dificultada pelos anexos (Griffin; Crute; White, 2023).

No entanto, o custo inicial de aquisição de sistemas cirúrgicos robóticos, como o sistema Da Vinci, é muito alto. Esses altos custos e os requisitos de infraestrutura extensivos limitam a acessibilidade da cirurgia robótica, principalmente em hospitais menores ou rurais. Como resultado, os sistemas de cirurgia robótica são encontrados predominantemente em hospitais bem financiados e centros urbanos. De forma complementar, deve-se considerar também problemas tecnológicos, como mau funcionamento do sistema ou a necessidade de atualizações constantes de software, podem interromper os cronogramas cirúrgicos e reduzir a eficiência geral também (Mehta et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que as pacientes com endometriose em menopausa e pós-menopausa podem apresentar sintomas incluindo dor pélvica ou disquezia, mas a endometriose também pode ser um achado incidental e assintomático. As mulheres podem ou não ter um histórico anterior de endometriose ou um histórico de sintomas

consistentes com ela. Terapias e condições que aumentam o estrogênio exógeno ou endógeno, respectivamente, aumentam o risco. A endometriose pode ser encontrada em diferentes locais do corpo, e a possibilidade de malignidade deve ser avaliada, especialmente na população pós-menopausa, onde a idade aumenta o risco de câncer. O tratamento pode envolver cirurgia ou intervenções médicas. No entanto, os ensaios clínicos associados aos tratamentos necessitam destacar a necessidade de avaliações mais abrangentes de resultados de longo prazo, como alívio da dor, qualidade de vida e resultados de fertilidade, e gravidade da doença.

Concluindo, a cirurgia laparoscópica assistida por robô (RALS) para endometriose oferece vantagens significativas em precisão, fadiga reduzida do cirurgião e uma curva de aprendizado mais rápida, melhorando, em última análise, os resultados cirúrgicos e a eficiência. Apesar desses benefícios, os altos custos e os extensos requisitos de infraestrutura dos sistemas robóticos atuais limitam sua acessibilidade, especialmente em hospitais menores ou rurais. A videolaparoscopia ainda continua como o método cirúrgico mais seguro e acessível aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLAIRE, C.; BEDAIWY, M. A.; YONG, P. J. **Diagnosis and Management of Endometriosis**. Canadian Medical Association Journal, v. 195, n. 10, p. E363–E371, 14 mar. 2023. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220637>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ALMEIDA, G. D. S. *et al.* **Endometriose: incidência hospitalar, desafios e perspectivas para a saúde da mulher**. Journal of Medical and Biosciences Research, v. 1, n. 3, p. 1236–1245, 29 ago. 2024. Disponível em: <<https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/224>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ARMENI, E. *et al.* **Maintaining Postreproductive Health: A Care Pathway from the European Menopause and Andropause Society (EMAS)**. Maturitas, v. 89, p. 63–72, jul. 2016. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512216300925>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BENDON, C. L.; BECKER, C. M. **Potential Mechanisms of Postmenopausal Endometriosis**. Maturitas, v. 72, n. 3, p. 214–219, jul. 2012. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512212001569>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CASSANI, C. *et al.* **Menopause and Endometriosis**. Maturitas, v. 190, p. 108129, dez. 2024. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S037851222400224X>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CUMISKEY, J. *et al.* **A Detailed Morphologic and Immunohistochemical Comparison of Pre- and Postmenopausal Endometriosis**. Journal of Clinical Pathology, v. 61, n. 4, p. 455–459, abr. 2008. Disponível em: <<https://jcp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jcp.2007.050971>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CUNNINGHAM, B. W.; BROOKS, D. M.; MCAFEE, P. C. **Accuracy of Robotic-Assisted Spinal Surgery—Comparison to TJR Robotics, Da Vinci Robotics, and Optoelectronic Laboratory Robotics.** *International Journal of Spine Surgery*, v. 15, n. s2, p. S38–S55, out. 2021. Disponível em: <<http://ijssurgery.com/lookup/doi/10.14444/8139>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

DINU, M.-D. et al. **Endometriosis in Menopausal Women—A New Age Is Coming?** Literature Review. *Life*, v. 14, n. 4, p. 485, 9 abr. 2024. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2075-1729/14/4/485>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

FERNANDES, A. H. M. et al. **RISCO OBSTÉTRICOS EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 9, p. 1143–1151, 6 set. 2024. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15546>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

FONSECA, M. A. S. et al. **Single-Cell Transcriptomic Analysis of Endometriosis.** *Nature Genetics*, v. 55, n. 2, p. 255–267, fev. 2023. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41588-022-01254-1>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

GRATTON, S.-M. et al. **Diagnosis of Endometriosis at Laparoscopy: A Validation Study Comparing Surgeon Visualization with Histologic Findings.** *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 44, n. 2, p. 135–141, fev. 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216321006976>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

GRIFFIN, C.; CRUTE, W.; WHITE, W. **Robotic-Assisted Laparoscopic Repair of a Penetrating Extraperitoneal Bladder Injury.** *Urology*, v. 181, p. e205, nov. 2023. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429523006994>>. Acesso em: 17 set. 2024.

GRIGORIADIS, G. *et al.* **The Impact of Laparoscopic Surgery on Fertility Outcomes in Patients with Minimal/Mild Endometriosis.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 16, p. 4817, 15 ago. 2024. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2077-0383/13/16/4817>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

GUERRIERO, S. *et al.* **Three-Dimensional Ultrasonography in the Diagnosis of Deep Endometriosis.** *Human Reproduction*, v. 29, n. 6, p. 1189–1198, 1 jun. 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/deu054>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

HADDAD, S. *et al.* **Comparing Laparoscopy and Laparotomy Procedures in the Radical Hysterectomy Surgery for Endometrial Cancer: A Basic Review.** *American Journal of Translational Research*, v. 13, n. 4, p. 2456–2461, 2021.

HOUSHDARAN, S. *et al.* **Steroid Hormones Regulate Genome-Wide Epigenetic Programming and Gene Transcription in Human Endometrial Cells with Marked Aberrancies in Endometriosis.** *PLOS Genetics*, v. 16, n. 6, p. e1008601, 17 jun. 2020. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pgen.1008601>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

INSTITUTE FOR MOTHER AND CHILD CARE, 3RD MEDICAL FACULTY, CHARLES

UNIVERSITY, PRAGUE, CZECH REPUBLIC *et al.* **Endometriosis in postmenopause.** *Českágynekologie*, v. 87, n. 6, p. 427–431, 23 dez. 2022. Disponível em: <<https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2022-6-6/endometriosis-in-postmenopause-133030>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

JAKSON, I.; HIRSCHBERG, A. L.; GIDLÖF, S. B. **Endometriosis and Menopause— Management Strategies Based on Clinical Scenarios.** *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 102, n. 10, p.

1323–1328, out. 2023. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14583>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

KIESEL, L.; SOUROUNI, M. **Diagnosis of Endometriosis in the 21st Century. Climacteric**, v. 22, n. 3, p. 296–302, 4 maio 2019. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2019.1578743>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

LONG, A. J. et al. **Reoperation and Pain-Related Outcomes after Hysterectomy for Endometriosis by Oophorectomy Status**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 228, n. 1, p. 57.e1-57. e18, jan. 2023. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937822006871>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

LOTZ, L. et al. **Endometriosis in Women Undergoing Ovarian Tissue Transplantation Due to Premature Menopause after Gonadotoxic Treatment or Spontaneous Premature Ovarian Failure**. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 101, n. 7, p. 771–778, jul. 2022. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14374>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MANOBHARATH, N. et al. **Excisional Endometriosis Surgery with Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy versus Excisional Endometriosis Surgery Alone for Pelvic Pain Associated with Deep Endometriosis**. Facts, Views and Vision in ObGyn, v. 15, n. 1, p. 35–43, mar. 2023. Disponível em: <<https://fvvo.eu/articles/doi/FVVO.15.1.055>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

MEHTA, A. et al. **Embracing Robotic Surgery in Low- and Middle-Income Countries: Potential Benefits, Challenges, and Scope in the Future**. Annals of Medicine & Surgery, v. 84, dez. 2022. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1016/j.amsu.2022.104803>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

NOTHNICK, W. B. **The Emerging Use of Aromatase Inhibitors for Endometriosis Treatment.** *Reproductive Biology and Endocrinology*, v. 9, n. 1, p. 87, 2011. Disponível em: <<http://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-9-87>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

PASCOAL, E. et al. **Strengths and Limitations of Diagnostic Tools for Endometriosis and Relevance in Diagnostic Test Accuracy Research.** *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 60, n. 3, p. 309–327, set. 2022. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.24892>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

PAVONE, M. et al. **Robotic Assisted versus Laparoscopic Surgery for Deep Endometriosis: A Meta-Analysis of Current Evidence.** *Journal of Robotic Surgery*, v. 18, n. 1, p. 212, 16 maio 2024. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s11701-024-01954-2>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

PEREIRA, E. et al. **Endometriose: incidência nas regiões brasileiras no período de 2019 a 2024.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 10, p. e74977, 16 dez. 2024. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/74977>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

PSCHICHHOLZ, L. **Panorama da Incidência de Endometriose no Sistema Único de Saúde Entre os Anos de 2015 e 2020: Uma Análise do Impacto da Pandemia de SARS-COV-2.** Em: On-line. Anais... Em: 69A CONGRESSO BRASILEIRO 27º CONGRESSO LATINOAMERICANO DE COLOPROCTOLOGIA 2021. On-line: dez. 2021. Disponível em: <<http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0041-1741824>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ROGHAEI, M. A. et al. **Effects of Letrozole Compared with Danazol on Patients with Confirmed Endometriosis: A Randomized Clinical Trial.** *International Journal of Fertility and Sterility*, v. 4, n. 2, jul. 2010.

Disponível em: <<https://doi.org/10.22074/ijfs.2010.45826>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

SAUNDERS, P. T. K.; HORNE, A. W. **Endometriosis: Etiology, Pathobiology, and Therapeutic Prospects**. *Cell*, v. 184, n. 11, p. 2807–2824, maio 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092867421005766>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

STREULI, I. et al. **Endometriosis after Menopause: Physiopathology and Management of an Uncommon Condition**. *Climacteric*, v. 20, n. 2, p. 138–143, 4 mar. 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2017.1284781>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

SURREY, E. S. **GnRH Agonists in the Treatment of Symptomatic Endometriosis: A Review**. *F&S Reports*, v. 4, n. 2, p. 40–45, jun. 2023. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666334122001209>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

TERHO, A. M. et al. **Robotic versus Laparoscopic Surgery for Severe Deep Endometriosis: Protocol for a Randomised Controlled Trial (ROBEndo Trial)**. *BMJ Open*, v. 12, n. 7, p. e063572, jul. 2022. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-063572>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

TRINDADE, E. de S.; DE MELO, N. R. **Endometriose**. Elsevier, 2017.

VALLÉE, A. et al. **Postmenopausal Endometriosis: A Challenging Condition beyond Menopause**. *Menopause*, v. 31, n. 5, p. 447–456, maio 2024a. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/GME.0000000000002338>>. Acesso em: 11 fev. 2025.

VALLÉE, A. et al. **Postmenopausal Endometriosis: A Challenging Condition beyond Menopause**. *Menopause*, v. 31, n. 5, p. 447–456, maio 2024b. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/GME.0000000000002338>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

ZAKI, I. B.; SAKAMOTO, L. C. **A variação do CA-125 sérico no diagnóstico da menopausa em mulheres com endometriose pélvica apresentando amenorreia sob tratamento hormonal.** Brazilian Journal of Health Review, v. 8, n. 1, p. e76465, 6 jan. 2025. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76465>>. Acesso em: 11 fev. 2

CAPÍTULO 10



O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA NO CICLO CLÍNICO: UMA ANÁLISE DA METODOLOGIA CLÍNICA NO AMBULATÓRIO-ESCOLA DA UNIVERSIDADE IGUAÇU-CAMPUS V

*Marcus Lima Bedim*²⁸

*Alice Falcão*²⁹

*Antonio da Costa Ribeiro Pinto*³⁰

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A formação de médicos é um processo complexo que requer uma combinação equilibrada de conhecimento teórico e prática profissional. A metodologia clínica desempenha um papel fundamental nesse processo em que os ambulatórios-escola são locais cruciais, constituindo-se em centros de ensino e atendimento médico, onde os estudantes têm a chance de se envolver diretamente com pacientes e casos clínicos reais e nos quais têm a oportunidade de aplicar seus conhecimentos de maneira ativa e interativa.

28 Médico especialista em Clínica Médica, Cardiologia e Ecocardiografia. Titulado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em Cardiologia e em Ecocardiografia. Mestre em Medicina. Professor e Preceptor de Cardiologia da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/5010023427482275>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9720-7130>. E-mail: marcusbedim@yahoo.com.br

29 Médica especialista em Clínica Médica, Cardiologia e Ecocardiografia. Titulada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em Cardiologia e em Ecocardiografia. Mestre em Medicina. Professora do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V*, Itaperuna-RJ, Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/1412062094455966>. E-mail: alicepfalcao85@gmail.com

30 Estudante pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão do curso de medicina Professor Doutor Renan Catarina Tinoco e bolsista no programa de iniciação científica (PIC) da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V*, Itaperuna-RJ. CV: <http://lattes.cnpq.br/6731656303434599>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6655-3465>. E-mail: antoniocosta820@gmail.com

Esses ambientes oferecem uma experiência única e permitem que os futuros médicos desenvolvam habilidades clínicas, melhorem sua capacidade de raciocínio diagnóstico e aprendam a interagir de forma eficaz com os pacientes (Schimbeno, 2019; Ribeiro, Amaral, 2008). Além disso, oferecem um espaço para a integração das disciplinas teóricas com a prática clínica e ajudam os estudantes a compreender como aplicar, na vida real, os conceitos aprendidos em sala de aula.

Nesse contexto, a metodologia clínica usada nos ambulatórios do Centro de Atendimento Integrado da Universidade Iguaçu (UNIG) - *campus V* - Itaperuna-RJ, baseia-se no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que coloca o paciente no centro do cuidado médico, reconhecendo sua importância como parceiro ativo no processo de saúde e tratamento. Essa abordagem enfatiza uma relação colaborativa entre médicos e pacientes, com o objetivo de compreender não apenas as condições clínicas, mas também as necessidades, valores e preferências dos pacientes (Pessoa *et al.*, 2022). Trata-se de um método que promove uma formação médica humanizada, através do qual o paciente é visto como um indivíduo único com suas próprias necessidades e desejos. Já os futuros profissionais de saúde são preparados para ouvir atentamente os pacientes, fazer perguntas, criar um ambiente de comunicação aberta e respeitar as decisões dos pacientes (Costa, Azevedo, 2023).

O ambulatório-escola da UNIG - *campus V* provê atendimento das várias especialidades clínicas à comunidade, em que o método clínico centrado na pessoa se constitui práxis de ensino para os acadêmicos. Os benefícios desse método revelam-se efetivos tanto para os pacientes, que demonstram melhor adesão ao tratamento e maior satisfação com o atendimento médico, quanto para os acadêmicos, por gerar o desenvolvimento de habilidades práticas e a construção de uma conduta clínica sólida; o que gera resultados de saúde potencialmente melhores (Pessoa *et al.* 2022).

O MCCP também destaca a importância da comunicação, da empatia e do respeito às escolhas dos pacientes, visando oferecer

um atendimento médico de qualidade, centrado nas necessidades individuais de cada pessoa e, por conseguinte, possibilitar a formação do médico para uma compreensão holística da saúde e do bem-estar, que vai além dos aspectos puramente clínicos, pois não trata apenas sintomas, mas, sim, busca entender o impacto da doença na vida do paciente, considerando fatores biopsicossociais e ambientais (Cruz *et al.*, 2014).

Mediante o exposto, o presente capítulo, que se origina de um projeto do Programa de Iniciação Científica (2023-2024) – UNIG, *campus V*, tem por objetivo analisar a metodologia empregada nos ambulatorios-escola do Centro de Atendimento Integrado-UNIG, *campus V*, que tem como ferramenta de ensino o método clínico centrado no paciente, e avaliar seu impacto no desenvolvimento e desempenho dos estudantes durante sua formação acadêmica no curso de medicina.

Em face dessa proposição, a questão-problema que norteou a pesquisa pretendeu investigar em que medida o método clínico centrado na pessoa, além de propiciar uma formação humanística, igualmente, promove o desenvolvimento de habilidades clínicas e capacidade de raciocínio diagnóstico.

Problemática essa que orientou para a seguinte hipótese: a implementação do M CCP na formação acadêmica de estudantes de medicina aprimora a capacidade de raciocínio diagnóstico, promove a comunicação eficaz na relação médico-paciente, suscita a importância da empatia e do respeito à autonomia dos pacientes, que resulta na formação de profissionais de saúde capacitados para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade e melhorar a satisfação do paciente.

A qualidade da formação de futuros médicos impacta diretamente a excelência do atendimento de saúde prestado à sociedade. A abordagem centrada no paciente e a prática em ambatório-escola são elementos essenciais no sistema de saúde e na humanização do ensino dos estudantes de medicina – aspectos fundamentais para formar profissionais de saúde mais completos, compassivos e eficazes (Cruz *et al.*, 2014). Essa abordagem não apenas beneficia os pacientes,

mas, igualmente, os próprios profissionais de saúde, bem a sociedade como um todo, no que tange à qualidade dos cuidados, promoção da dignidade e do respeito pela humanidade em todas as interações médicas (Costa; Cruz, 2023). Portanto, justifica-se a publicação da investigação descrita neste capítulo e aponta-se sua relevância pela premência de uma formação médica que esteja alinhada com o que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina (DCN, 2014), ou seja, a formação de futuros profissionais da saúde, sob a égide da ética e da solidariedade, atentos às expectativas e necessidades dos pacientes – competentes e hábeis para atuar de acordo com as demandas sociais da atualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, realizado entre janeiro e dezembro de 2024, com objetivo de avaliar o desenvolvimento profissional dos estuantes de medicina no ciclo clínico, inicialmente, de cunho bibliográfico realizado através de revisão de literatura narrativa, documentado em pesquisas de livros técnicos e bases de dados que abrigam importantes estudos sobre a temática em evidência, dentre eles *Scientific Eletronic Library on Line* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Bireme e *Science Direct*. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário impresso, padronizado e de autopreenchimento para ser respondido pelos próprios acadêmicos.

O questionário foi direcionado, em específico, para acadêmicos do 5º ao 8º período (Ciclo Clínico) do curso de Medicina da Universidade Iguazu – *Campus V*, (todavia, houve, também, empenho por acadêmicos do Internato em participar), contendo 11 questões correlacionadas, elaboradas considerando-se a aplicação prática do método clínico centrado no paciente, cujos tópicos enfatizam a importância de considerar as necessidades, valores e perspectivas individuais do paciente durante toda exame e tratamento, avaliação da conduta dos estudantes no atendimento ambulatorial dos pacientes,

em que se avaliou não apenas o conhecimento médico, mas também as habilidades interpessoais, éticas e organizacionais essenciais para uma prática médica eficaz e centrada no paciente. Todas as informações coletadas foram analisadas com métodos estatísticos como média, moda e mediana. Dados esses apresentados em infográficos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos do estudo, procedimentos adotados, critérios de confiabilidade e demais informações, seguindo as diretrizes da Resolução 466/12 da CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 75793123.4.0000.8044. O universo foi de, aproximadamente, 397 acadêmicos (número de estudantes matriculados do 4º ao 8º período, em 2023, de acordo com a Coordenação do curso de Medicina da UNIG-campus V, passível de alterações no ano de 2024), com a expectativa de uma amostragem de 30%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL NOS REFERENCIAIS DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

O método clínico centrado na pessoa é uma abordagem adjuvante fundamental no ensino de medicina. De fato, o método biomédico vem sendo substituído paulatinamente pelo ensino do MCCP, à luz de pressupostos que visem atendimento médico integral, alicerçado pelo princípio de que a comunicação e a empatia constituem-se habilidades que devem ser ensinadas e aprendidas.

Nesse sentido, ao longo dos anos, tem havido um crescente reconhecimento da importância de incorporar esse método nos currículos médicos, em prol de aprimorar a qualidade do ensino-aprendizagem, expandir o conhecimento e desenvolver habilidades profissionais dos estudantes de medicina para o desenvolvimento de habilidades que resultem em diagnósticos seguros e corretos.

A revisão de literatura realizada no desenrolar desta investigação revelou que o MCCP tem sido, cada vez mais, apontado como uma ferramenta de ensino significativa e eficaz para a qualidade da prática na formação médica, bem como revela uma série de benefícios tangíveis para os estudantes, incluindo o aprimoramento da qualidade do ensino-aprendizagem, a expansão do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades profissionais (Ceron *et al.*, s.d.). Sob tais pressupostos, infere-se que sua implementação nos currículos das escolas médicas pode contribuir significativamente para a formação de médicos mais competentes, compassivos e centrados no paciente.

O MCCP traz em seu bojo a instância de que o médico realiza uma tarefa dupla, ou seja, entender a pessoa e a doença da pessoa; e é, justamente, a partir dessa compreensão que se origina o processo de tratamento, tanto para a pessoa quanto para a enfermidade (Freeman, 2018 *apud* Malcher, s.d.). Ainda, como sublinha Feuerwerker (2007 *apud* Barbosa, Ribeiro, 2016), a medicina centrada na pessoa exerce a função precípua de incorporar a concepção de que o paciente se torna sujeito de sua própria saúde.

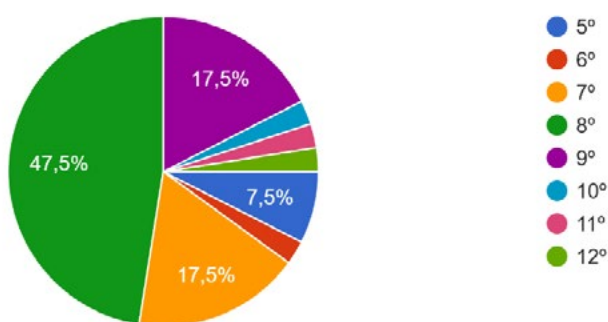
Ao adentrar o trabalho de campo, com vistas a avaliar, na prática, como o MCCP influencia positivamente na formação dos estudantes, foi criado um questionário com perguntas voltadas para investigar e desvelar a evolução do estudante no período do Ciclo Clínico, com intuito de avaliar as respostas ao questionário – instrumento de pesquisa eleito para a coleta de dados – e relatar, exemplificar as condutas do MCCP. A avaliação do desempenho de um estudante de medicina durante uma consulta abrange diversas áreas cruciais para a prática médica, portanto, cada pergunta do referido instrumento metodológico teve como objetivo explorar aspectos específicos da conduta dos estudantes, desde a abordagem inicial até a documentação adequada.

E, nessa conjuntura, dentre, aproximadamente, 397 estudantes matriculados do 5º ao 12º períodos, no curso de medicina da UNIG, *campus* V, 40 acadêmicos dispuseram-se a participar do grupo amostral como depoentes. Cabe ressaltar que, embora se esperasse um número

mais significativo de participantes (pelo menos 30%), sublinha-se que o empenho dos pesquisadores e a colaboração ativa dos atores envolvidos propiciou resultados satisfatórios para efetivação do projeto. Dentre os diversos períodos destacou-se a participação mais atuante de acadêmicos do 5º, 7º, 8º e do 9º períodos, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

Em qual período voce esta?

40 respostas

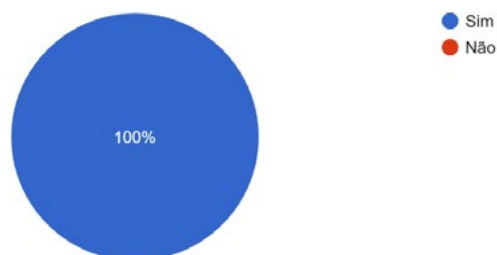


Por conseguinte, a seguir, os resultados são apresentados de forma a destacar as correlações observadas, os pontos significativos, entre outros aspectos relevantes, que proporcionam uma visão clara e acessível das percepções e experiências desveladas pelos acadêmicos do curso de medicina sobre a metodologia empregada nos ambulatórios-escola do Centro de Atendimento Integrado-UNIG, *campus V* – o método clínico centrado no paciente – e seu impacto no desenvolvimento e desempenho dos estudantes durante sua formação acadêmica.

A primeira pergunta trata sobre a abordagem inicial com o paciente, à qual todos os participantes relataram cumprimentar amistosamente os pacientes, ao entrarem no consultório, o que demonstra boas relações interpessoais, empatia e criação de um ambiente acolhedor para encorajar a comunicação eficaz.

1-Você cumprimenta todos os pacientes ao entrarem na sala no início de cada consulta?

40 respostas



A segunda pergunta refere-se ao âmbito de comunicação efetiva com o paciente, em que 52,5% dos participantes escolheram a letra A como resposta, o que demonstra a prioridade sobre a comunicação clara, a empatia e a compreensão do paciente, estabelecendo uma base sólida para o relacionamento médico-paciente. Já os outros 47,5% optaram pela letra B, o que também demonstra a preocupação com a comunicação clara e a promoção de um ambiente acolhedor para os pacientes.

2-Como você estabelece e mantém uma boa comunicação com o paciente durante a consulta?

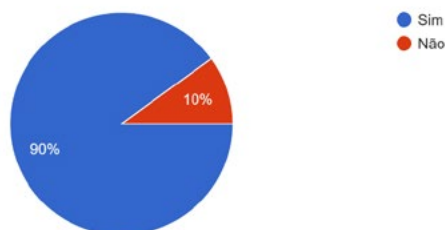
40 respostas



A terceira pergunta abarca a escuta ativa, que se constitui uma das principais ferramentas no método clínico centrado no paciente (Ceron, s.d.). Nessa perspectiva, percebe-se um resultado satisfatório por parte dos respondentes, uma vez que cerca de 90% utilizam esta ferramenta na prática ambulatorial.

3-Você inicia as consultas dando ênfase à escuta ativa, permitindo que os pacientes expressem suas preocupações e histórias livremente?

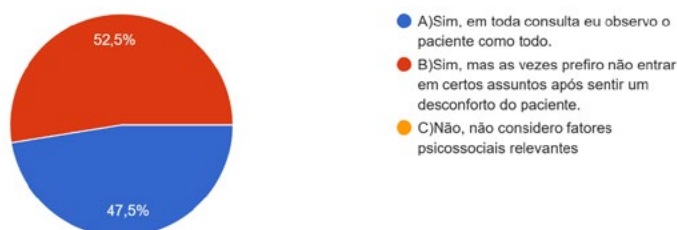
40 respostas



No tocante à quarta pergunta, almejou-se conhecer a obtenção e revisão do histórico médico, mostrando a capacidade dos estudantes sobre como colher uma boa anamnese e entender o paciente como um todo, que contempla o aspecto do MCCP sobre o atendimento integral em qualquer serviço de saúde (Ceron, s.d.).

4-Ao coletar a história do paciente, você explora não apenas os sintomas físicos, mas também fatores psicossociais relevantes?

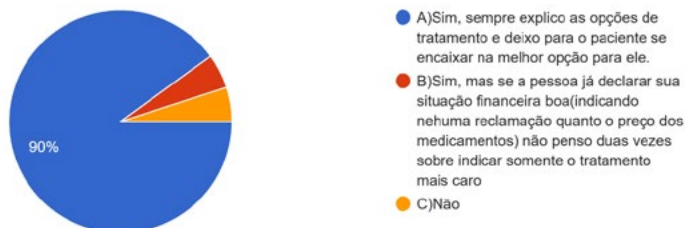
40 respostas



O quinto questionamento discute sobre a inclusão do paciente no processo da saúde, uma vez que, no referencial do MCCP, o médico precisa arquitetar um plano em ação conjunta com o paciente sobre tratamento e considerar o contexto dele integralmente (Barbosa, 2017). Nessa contextura, as repostas revelaram que a grande maioria (90%) abraça essa conduta, enquanto uma minoria (5%) dos participantes não incluem os pacientes na tomada de decisão de tratamentos.

5-Você discute opções de tratamento e envolve os pacientes na tomada de decisões sobre seu cuidado?

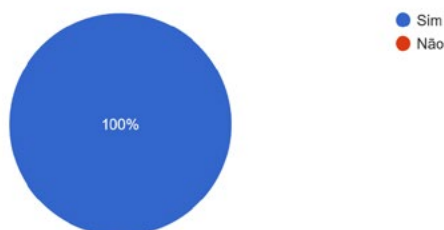
40 respostas



Concernente à sexta pergunta, esta corresponde às barreiras de comunicação entre médico e paciente, no tocante ao uso da linguagem e de abordagem adequadas à compreensão e às necessidades individuais dos pacientes. Aspectos esses essenciais no MCCP os quais devem ser valorizados (Pessoa *et al.*, 2022).

6- Você ajusta sua linguagem e abordagem de acordo com a compreensão e necessidades individuais de cada paciente?

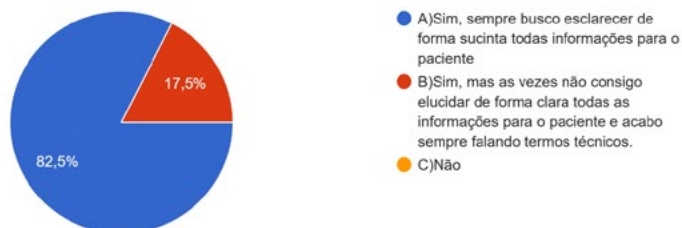
40 respostas



A questão sete porta o mesmo intento da anterior, ou seja, refere-se à comunicação médico/paciente, contudo, em seu bojo, compreende a evolução do estudante sobre sua comunicação com os pacientes; donde, 82,5% dos participantes não enfrentam dificuldades na comunicação, enquanto 17,5% procuram melhorar esta habilidade, atestando que, apesar de tentarem ser mais claros, ainda têm dificuldades para efetivar tal competência.

7-Ao enfrentar desafios na comunicação, você busca maneiras alternativas de explicar informações aos pacientes?

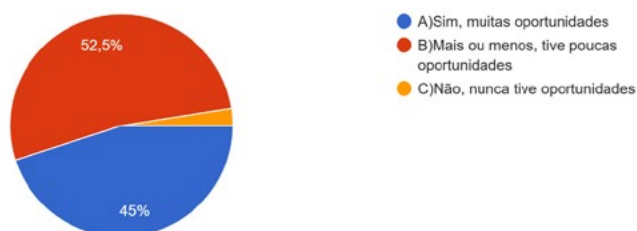
40 respostas



A pergunta de número oito aplica-se ao desenvolvimento das habilidades dos estudantes sobre a prática clínica, relacionada à anamnese e ao exame físico em sua atuação no ambulatório-escola. Nesse sentido 52,5% dentre os respondentes afirmaram a possibilidade do desenvolvimento de tal práxis; no entanto, uma parcela de 2,5% acadêmicos relatam não serem oportunizados a praticar essas habilidades clínicas básicas, permanecendo como meros observadores. Fato esse que chama atenção para a premência de, em um ambiente de promoção de aprendizado, a necessidade de promover capacitação para preceptores que ainda mantêm conduta no modelo biomédico.

8- Você teve a oportunidade de praticar habilidades clínicas, como a coleta de histórico médico e o exame físico, durante sua participação no ambulatório-escola?

40 respostas

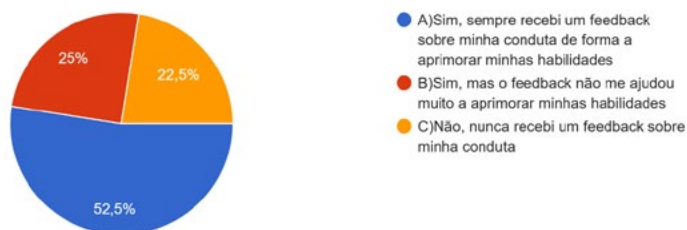


A nona questão investiga sobre o *feedback* do estudante perante o período de aprendizado durante o rodízio nas especialidades clínicas. No que concerne a esse aspecto cabe esclarecer que um médico

que pratica o MCCP deve ter habilidades de comunicação eficaz, “escutando ativamente” e explicando informações de forma clara e adaptada. Nesse sentido, o acadêmico deve ser avaliado sobre sua conduta e conduzido a melhorar as falhas no atendimento ao paciente. Cerca de 22,5% dos entrevistados nunca receberam um *feedback* sobre suas habilidades e conduta. Sobre esse aspecto, mister se faz ressaltar a mesma observação apontada no tópico anterior.

9-Durante as atividades no ambulatório-escola, você recebeu feedback construtivo dos preceptores ou supervisores para aprimorar suas habilidades clínicas?

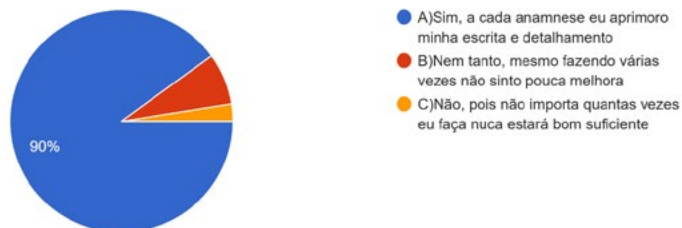
40 respostas



A décima pergunta tem relação com a coleta de dados pertinente e adequada da anamnese. Nesse âmbito, a documentação apropriada no prontuário é uma questão essencial a qual todo médico deve ser capaz de realizar com competência e responsabilidade, uma vez que uma coleta de dados acurada é a garantia de um atendimento eficaz. O ambulatório-escola oferece a oportunidade de o estudante praticar tais habilidades clínicas, o que foi possível corroborar com a grande maioria dentre os entrevistados, 90%, que afirmam se sentirem mais seguros a cada novo atendimento. Uma minoria de 7,5% de participantes ainda se sentem inseguros, o que leva à inferência de que se trate de estudantes que estejam iniciando o ciclo clínico.

10- Sobre a coleta de dados na consulta, você sente que após realizar o processo de anamnese repetida vezes sua coleta ficou melhor?

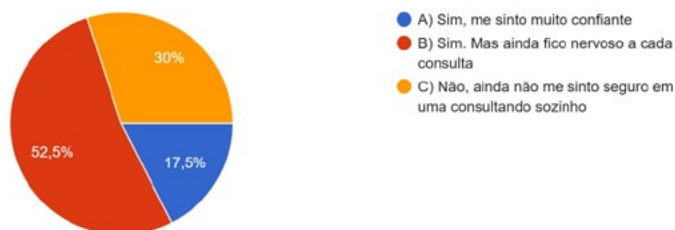
40 respostas



A décima primeira questão apura a capacidade do estudante de conduzir a consulta sozinho, o que reflete na efetividade do ensino no ambulatório-escola pois, se os estudantes se sentem seguros para conduzir ambulatorialmente os pacientes, essa conduta demonstra que eles possuem uma base sólida de conhecimento e práticas necessárias para tal tarefa. Tendo isso dito dos entrevistados, 17,8% sentem-se confiantes, seguros; 52,5% sentem-se confiantes, porém, ainda sob certa tensão, enquanto 30% entre os acadêmicos ainda não se sentem preparados para atender pacientes sem a presença do preceptor; fato esse do qual se depreende que, provavelmente, se refira a acadêmicos iniciantes no ciclo clínico.

11- Você se sente confiante para conduzir toda consulta sozinho?

40 respostas



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação humanística de médicos sob a égide da ética e da solidariedade, conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (2014), institui-se tema de grande importância para estudiosos da área da saúde. Nessa premissa, a abordagem centrada no paciente representa uma prática relevante para a formação de profissionais da saúde.

Concepção essa que se traduz como mote deste capítulo, que buscou elucidar a importância da metodologia clínica com enfoque na Medicina Centrada no Paciente, na formação dos estudantes de medicina.

Sob esse ponto de vista, aponta-se o interesse e a motivação que ensejaram a escrita deste texto, pelo compromisso de, como autores, estudiosos e pesquisadores, suscitar implicações para a prática de formação profissional nos referenciais do Método Clínico Centrado na Pessoa.

A experiência propiciada por meio da realização da pesquisa que corporifica este capítulo, mostrou que a consulta médica fundamentada nas concepções do MCCP propicia melhores resultados e a possibilidade de desfechos clínicos mais adequados, como a satisfação e o respeito dos pacientes, maior adesão ao tratamento, entre outros aspectos favoráveis, os quais impactam positivamente os cenários de atendimento à saúde. Todavia, há de se considerar os desafios que permeiam esse contexto, por se tratar de uma mudança de paradigma que requer a implantação de mudanças de estratégias que ainda refletem traços cristalizados do modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mírian Santana. **O Método Clínico Centrado no Paciente na formação médica como ferramenta de promoção da saúde:** aplicação e utilização por estudantes de Medicina. Belo Horizonte. 2017. 76 p. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br>. Acesso em: 25 set. 2024.

BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O Método Clínico Centrado na Pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.28, supl. 8, p. 216-222, 2016. Disponível em: <https://www.rmmg.org>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index/html. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Norma operacional CNS no 001/2013. Dispõe sobre a organização de funcionamento dos sistema CEP/CONEP e sobre os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME, 2014.

CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação:** abordagem centrada na pessoa. [s.d.]. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 02 out. 2024.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar

qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 03 out. 2024.

CRUZ, Cleya da Silva Santana *et al.* A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do Programa de Educação Permanente para médicos da Estratégia de Saúde da Família da região ampliada de saúde Jequitinhonha – MG. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 105–114, 2014. Disponível em: <http://200.198.55.10/index.php/gerais41/article/view/296>. Acesso em: 25 set. 2024.

MALCHER, Claudia Marques Santa Rosa. Método Clínico Centrado na Pessoa. **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde**. Universidade Aberta UNA-SUS [s.d.]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br>. Acesso em: 29 mar. 2025.

PESSOA, Ingrid Gonçalves *et al.* Ampliando o método clínico centrado na pessoa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3071-3071, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3071>. Acesso em: 20 out. 2024.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/w6SY4smvDjdkNjJjhG6tH/>. Acesso em: 10 out. 2024.

SCHIMBENO, Vanessa *et al.* Competence-based teaching and learning in the outpatient clinic: development of a clinical elective in ambulatory medicine. **DOAJ Directory of Open Access Journals**, v. 36, n. 4, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31544136>. Acesso em: 25 set. 2024.

CAPÍTULO 11



LETRAMENTO ACADÊMICO E O ENSINO MÉDICO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

*Sonia Maria da Fonseca Souza*³¹

*Eliana Crispim França Luquetti*³²

*Iwyna França Souza Gomes Vial*³³

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Como todas as transformações velozes e radicais do novo milênio, no ensino superior no Brasil não vem sendo diferente, em especial no que toca a questão da expansão, promovendo reflexões na perspectiva de letramentos nesse nível de ensino. Assim sendo, a leitura e a escrita acadêmica ocupam o bojo das discussões sobre letramentos, envolvendo desafios, principalmente quando se trata de Letramento Acadêmico (LA), no contexto acadêmico.

O LA é concebido por Bartholomae (1985, p. 273) como “inventar a universidade”, o que significa trilhar por um processo que abarca desde aprendizado adequado da fala a experiências de maneiras distintas de saber/conhecer, coletar/selecionar, avaliar, descrever/narrar/relatar, concluir e argumentar em forma de discurso de âmbito acadêmico. O autor salienta que os acadêmicos se veem na iminência de lidar com diferentes discursos, conforme o contexto de disciplinas

31 Doutora em Cognição e Linguagem (UENF). Mestra em Educação (UNIG). Especialista em Língua Inglesa (PUC-MG). <http://lattes.cnpq.br/9284974308492375>, <https://orcid.org/0000-0003-1116-1283>, sonifon1@gmail.com

32 Doutora e Mestra em Linguística. (UFRJ). <http://lattes.cnpq.br/4258691322564450>, <https://orcid.org/0000-0002-2886-2724>, elinafff@gmail.com

33 Graduada em Medicina (UNIG). Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente (UFP). Especialista em Dermatologia Pediátrica pela UFPR. Especialista em Pediatria pela Associação Médica Brasileira. Membro titular da Sociedade Brasileira de Pediatria <http://lattes.cnpq.br/7384305788307524>, <https://orcid.org/0000-0002-2331-303X>, ifsgomes@hotmail.com

de seu curso e, indo além disso, às demais situações sociais de comunicação fora dos muros universitários.

Em termos gerais o LA é um campo de estudo que procura explorar as práticas de letramento na academia e as consequências de tais práticas para os indivíduos, instituições e para a construção do conhecimento de forma mais geral, ou seja, em uma escolaridade mais ampla e formal (Lillis, 2003; Lea, 2004).

Sendo uma necessidade prioritária na esfera acadêmica e, portanto, nos cursos de graduação, como o de Medicina em questão, o LA é um tema de tal relevância que não pode ser relegado a certos eventos de discussão acadêmica. Ele precisa estar na pauta do dia a dia das aulas, que requerem amíúde produção de conhecimento compreensão de conceitos e pressupostos gerais geradores de ciencia e formação crítica e participativa.

Ademais, há uma necessidade significativa de propor reflexões com os próprios estudantes acerca do LA na formação de médicos.

As práticas acadêmicas de leitura e escrita nas disciplinas são constituídas em processos centrais, por meio dos quais os alunos aprendem conteúdos novos e ampliam seus conhecimentos sobre as novas áreas de estudo. Evidencia-se, pois, a partir do próprio aluno e de suas percepções acerca do LA, a necessidade de se procurar compreender e intensificar as discussões a respeito do tema para que seja constantemente efetivado no curso.

ANÁLISE DOCUMENTAL: INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Em abordagens qualitativas, uma das técnicas essenciais é a análise documental; por ela é possível a ratificação de informações de certas evidências de um problema e a descoberta de outras tantas informações não previstas, mas envolvendo a mesma questão, e também complementando o que já se sabe da investigação – seja pelo empirismo, seja através de outros instrumentos/técnicas aplicados na própria pesquisa. Na verdade, a análise documental se constitui

de documentos, materiais escritos/digitados/digitalizados – frisa-se: “originais”, o que lhes imprime a excelência de se coletar dados de primeira mão. Lüdke e André (2015, p. 39) destacam que a análise documental desenvolve os conhecimentos respeitantes aos propósitos da investigação e que “[...] seu uso requer apenas o investimento de tempo e atenção por parte do pesquisador para selecionar e analisar os mais relevantes”.

Nesta pesquisa, a análise documental incidiu sobre documentos oficiais norteadores como Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Ensino Superior, selecionando o curso de Medicina e, na sequência, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de uma universidade privada no município de Itaperuna, RJ – pioneira do curso de Medicina na região. A partir de muitas leituras interpretativas desses documentos, pôde-se caracterizar a instituição em muitos pormenores que envolvem o problema em discussão.

Trata de uma instituição pluridisciplinar no tocante à formação de quadros profissionais, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano. Seu regimento está baseado na legislação aplicável ao ensino superior e suas propostas acadêmicas são desenvolvidas por meio da realização de atividades curriculares e extracurriculares calcadas em uma sólida filosofia de integração entre teoria e prática e promoção de crescimento intelectual, profissional e pessoal – ora de seu alunado, ora de seu corpo docente e extraclasse, ora ainda de outros da comunidade acadêmica que interagem mais diretamente com a IES.

Valendo-se dos recursos e meios de que dispõe, a universidade está comprometida com o desenvolvimento humano em múltiplas dimensões, de forma crítica, inovadora e socialmente responsável, colaborando para o cumprimento de sua missão, que é formar profissionais, visando à plena associação entre ensino, pesquisa e extensão, a fim de gerar conhecimento e desenvolver saberes, bem como contribuir, por meio de ações afirmativas, para o desenvolvimento integrado da sociedade, em níveis local, regional e nacional.

O Curso de Medicina da referida universidade está comprometido com a Missão Institucional e com o desenvolvimento sustentável da região, através da Política Pública do SUS, da Estratégia de Saúde da Família, ao garantir a atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde da população. É um curso que se pauta em princípios pedagógicos que conduzem à qualidade do fazer educativo e consolidam a interação entre teoria e prática no contexto da formação de profissionais de saúde pela abordagem dialógica de competência, possibilitando a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola médica e do trabalho com a sociedade, a partir da explicação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos.

Do ponto de vista político pedagógico, o Curso se orienta pelos seguintes princípios e estratégias: relação docente e estudante como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, apoiado no docente como mediador desse processo e articulação permanente do tripé academia, serviço de saúde e comunidade, através do qual o estudante desenvolve as competências e habilidades gerais previstas no Art. 4 das DCN (2014).

Nessa perspectiva, o Curso tem como objetivo formar médicos com consciência de sua responsabilidade profissional, capazes de atuar como promotores da saúde integral do ser humano, levando em consideração os preceitos éticos e morais que envolvem o exercício da Medicina nos seus diversos cenários. Para tanto, esses futuros profissionais devem adequar-se à realidade e às prioridades da população no processo saúde/doença, nos seus três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário.

Os documentos revelaram a pretensão de que o médico graduado pela universidade receba formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, de modo a desenvolver a capacidade para atuar em diferentes campos de trabalho da área médica.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O ENSINO SUPERIOR – O CURSO DE MEDICINA EM QUESTÃO

As propostas de adequação das DCN caracterizam-se por contribuir para a mudança da formação profissional na área da saúde. As DCN têm, como referência, a Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (nº 8.080 de 19/9/1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394 de 20/12/1996), entre outros marcos legais (Santana et al., 2005).

Pode-se verificar nas DCN a necessidade de ampliar os compromissos gerenciais, éticos, assistenciais e humanísticos da formação profissional, com destaque ao papel das instituições de ensino na busca das soluções dos problemas identificados na realidade local e com a construção do SUS. As DCN têm como objetivo proporcionar às IES maior autonomia na definição dos currículos e, dessa maneira, revelam as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas, assim como o modelo pedagógico que ofereça tal realização, que seja capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais, considerando a graduação um período inicial de formação no processo de educação permanente. Vale mencionar que as DCN não são fórmulas prontas, porém levam em conta a realidade de cada IES em seu contexto social, político e cultural, exigindo-lhes criatividade e inovação no processo formativo, atentando para as dimensões do saber, fazer e ser (Brasil, 2014).

As DCN são um documento orientador dos programas curriculares que devem ser pautados pelo desenvolvimento de competências como alvo orientador na formação acadêmica, não se desvinculando do domínio de conhecimentos, saberes e práticas próprias da área profissional. Além disso, um dos seus princípios é que a instituição proponha o desenvolvimento de uma sólida formação geral, com um currículo baseado em competências gerais e específicas apropriadas para se formar o perfil do profissional necessário para atender às demandas de uma dada atividade. Vale destacar, ainda, que um dos objetivos das DCN é orientar como deve ser o perfil

do egresso, considerando competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas; além disso, é um documento norteador para o desenvolvimento teórico-prático de um projeto pedagógico e para a gestão do curso.

Por conseguinte, as diretrizes indicam um caminho novo para a formação do médico, considerando, entre outras questões, tais quesitos: a integração de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades; a utilização de metodologias ativas de ensino, que levem o estudante a aprender a aprender e a compreender a necessidade da educação permanente; a integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, integrando o futuro médico à realidade social; a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência; e, sobretudo, a formação de profissionais com autonomia e discernimento no sentido de assegurar a integralidade da atenção, além da qualidade e da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

O documento apresenta um formato de texto expandido e segmentado, desenvolvido com 41 artigos e 16 parágrafos, distribuídos em 3 capítulos, 6 seções e 6 subseções; traz uma série de recomendações às quais as instituições superiores devem se adequar. Nele, aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos de curso.

O capítulo I apresenta as diretrizes a serem observadas na organização e desenvolvimento e avaliação do curso de Medicina, no que diz respeito à educação superior do Brasil. Está dividido em seções, a saber: a seção I aborda sobre a Atenção à Saúde; a seção II, sobre Gestão em Saúde; e a seção III, sobre Educação em Saúde.

No capítulo II, observa-se que as competências são apresentadas aprofundando-se os níveis de segmentação já utilizados na apresentação das diretrizes. Nele há três seções: Seção I – Área de Competência de Atenção à Saúde, com subseção I – Da atenção às Necessidades Individuais de Saúde e subseção II – Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva; Seção II – Área de Competência de Gestão em Saúde com subseção I – Da Organização do Trabalho em

Saúde; Seção III – Da Área de Competência de Educação em Saúde, que apresenta subseções (I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva; II – Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; III – Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos).

O último capítulo apresentado trata dos conteúdos curriculares e do Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina, que orienta em relação à formatação da estrutura curricular para atingir os objetivos previstos nas DCN. Os discursos presentes no texto destacam o estímulo à inclusão de metodologias que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, a fim de promover a integração e interdisciplinaridade em coerência com uma proposta radical de formação médica voltada à humanização e integralidade objetivadas na Política Nacional de Promoção da Saúde.

As DCN para cursos de Medicina trouxeram novos delineamentos de formação e desenvolvimento de habilidades e competências que instrumentalizam o médico para sua atuação. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB n. 9.394/96) e o art. 3º das Novas DCN do Curso de Graduação em Medicina (2014), o perfil do profissional médico foi traçado da seguinte forma:

Art. 3o O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como **transversalidade** em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (grifo nosso).

O excerto “tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença” sublinha que a formação médica não está restrita ao âmbito da escola médica e a seus projetos pedagógicos, mas diretamente ligada à complexidade dos processos sociais e de trabalho, das relações de produção dos serviços e do papel que as instituições exercem em relação à sociedade, das condições do mundo do trabalho e das políticas de saúde representadas pela intervenção do Estado (Lampert, 2002).

Nesse caso, é uma forma de articulação dos conhecimentos científicos de modo integrado com a realidade com interrelações entre vários campos do conhecimento. Essa questão estabelece certa afinidade com o objeto de pesquisa deste estudo, o Letramento Acadêmico (LA), que, segundo Street (2013), é compreendido como um conjunto de práticas socialmente construídas que envolvem a leitura e a escrita, consideradas em termos das práticas sociais, no que toca a inserção social das pessoas em suas experiências no cotidiano. E essa busca por diálogos com outras áreas, de acordo com Kleiman e De Grande (2015), tem a ver com “a abordagem socioantropológica dos estudos de Letramento no qual requer combinações com áreas do conhecimento que favoreçam uma compreensão sócio-histórica da prática social”.

A partir do art. 3º do capítulo I sobre as diretrizes, encontram-se considerações sobre a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do graduando para o futuro exercício profissional da Medicina. O artigo 4º apresenta as subdivisões ou vertentes em que se delineiam as DCN-2014, cuja formação deve compreender três eixos: I – Atenção à Saúde; II – Gestão em Saúde; III – Educação na Saúde (Art. 4º).

Por meio da leitura das DCN do curso de graduação em Medicina, observam-se alguns aspectos indicadores das perspectivas do LA, tais como: as referências a elementos da comunicação com seus interlocutores (usuários, familiares e membros das equipes); a linguagem (verbal e não verbal); e as finalidades (compreensão e segurança do paciente). Esses pontos da Resolução tratam sobre a

própria prática médica, que é normalmente exercida na interação presencial.

A seção I, capítulo I – da Atenção à Saúde, contém o artigo 5º, com 10 incisos. Pelo menos em dois desses itens, podemos destacar que há menções explícitas aos usos da linguagem, como se pode ver:

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para observar as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconômico, cultural e ética que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

[...]

VII – comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado (Brasil, 2014, p. 2).

Como verificamos no Art. 5º inciso VII, enfatiza-se a linguagem, que coaduna com Freitag (2010), quando pontua sobre a modalidade oral, no tocante à proeminência da sua função interpessoal. Todavia, o texto propõe que a fala não seja exclusividade na atuação das funções do médico, pois lhe acrescenta o recurso da linguagem não verbal, considerando que esse procedimento possa propiciar o atendimento de indivíduos que não produzem essa modalidade linguística como, por exemplo, algumas pessoas com necessidades especiais e bebês.

A seção II do capítulo I sobre a Gestão em Saúde compreende os “princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participação de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade” (Art. 6º). Nela há grande quantidade de alíneas expressamente relacionadas ao uso da linguagem pelo profissional de Saúde:

III – Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV – Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados (Brasil, 2014, p. 3).

Nesse caso, observamos que a socialização acadêmica e a valorização da multimodalidade (Street, 2013; 2014), características ligadas ao LA, estão presentes no texto. A socialização acadêmica, presente no capítulo I da seção II, Art. 6º inciso III, tem relação com o estudante que precisa ser aculturado nos discursos e gêneros das disciplinas, pois a explicitação desse se reverte no sucesso das suas práticas (Lea; Street, 2006). Assim, os estudantes adquirem modos de falar, escrever, pensar e interagir em práticas de letramento que se caracterizam como membros de comunidade disciplinar ou temática. O modelo de socialização acadêmica entende que os discursos disciplinares e os gêneros são relativamente estáveis e que, tendo os estudantes dominado e entendido as regras básicas de um discurso acadêmico particular, estariam aptos a reproduzi-lo sem problemas.

Já a multimodalidade é interpretada como um fenômeno que compreende a diversidade de linguagens presentes em um contexto de ensino-aprendizagem. Sabe-se que esse fenômeno se tem intensificado a partir das tecnologias digitais da informação e comunicação como, por exemplo, as novas mídias e tecnologias que atravessam os diferentes contextos sociais, bem como o educacional.

Vale mencionar, ainda, que essas ações aqui destacadas extrapolam o âmbito restrito do profissional médico e seu território de abrangência, uma vez que são aspectos de responsabilidade e decisão de níveis mais altos do sistema de saúde, e a tomada de decisões em cada nível do sistema envolve diferentes objetos.

E, na Seção III do capítulo I da Educação em Saúde, sobressaem as responsabilidades das IES em prover oportunidades de engajamento em pesquisa, extensão e intercâmbio, bem como necessidade do domínio de Língua Estrangeira, “de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil” (Brasil, 2014, p. 4). Nesse sentido, essa área considera atividades que vão além da prática médica, que exigem do estudante/futuro profissional uma participação mais ativa em práticas letradas empregando língua materna e língua estrangeira por diversos meios de interação, inclusive servindo-se das tecnologias da informação e comunicação.

Ademais, pode-se observar que as habilidades de leitura são previstas como, por exemplo, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele. No Art. 18, do capítulo II, subseção I – Da Organização do Trabalho em Saúde – no que diz respeito à ação-chave de Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde, pontua-se a necessidade de escrever conforme demonstrado no seguinte trecho do inciso I letra b: “utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos”, que é uma construção compartilhada do Plano Comum de Atenção à Saúde, que trata de gêneros mais próximos da esfera profissional; e, por último, no capítulo I, seção III, o inciso VII propõe “interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo”, bem como divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil relativas a textos de divulgação científica/acadêmica.

Pode-se, pois, observar a intenção oficial de fortalecer a “padronização” das práticas de LA como, por exemplo, atividades baseadas na “pesquisa” (o que indica a produção de uma escrita direcionada como, por exemplo, à produção de “relatórios de pesquisa”, valorizando este gênero de discurso na academia). Desse modo, presume-se que o texto sinaliza como necessárias as competências comunicativas, inclusive a fala bilíngue, a partir do excerto — “interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo”. Tal direcionamento encontra eco na abordagem crítica sobre a universidade do pensador contemporâneo Boaventura de Sousa Santos (2003). O autor faz importantes referências e reflexões sobre a instituição acadêmica; inclusive, tece comentários sobre a construção das diretrizes curriculares dos cursos de graduação que foi um movimento iniciado na década de 1960 que, entre outras demandas, criticava a distância entre o ensino superior e o do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais.

A despeito da difícil didatização, ao menos nos ambientes convencionais de ensino, há uma diversidade de atribuições a serem desempenhadas pelos profissionais de Saúde, visando a garantir essa formação; portanto, a universidade deve possibilitar usos situados da linguagem para a construção de letramentos subjacentes às práticas letradas. Essas práticas são indispensáveis à interação entre o estudante/futuro profissional e pacientes de diferentes grupos sociais e diferentes letramento, além dos seus pares e demais funcionários dos estabelecimentos de saúde. Outrossim, destaca-se o empenho em práticas relacionadas a multiletramentos, dentre os quais destacam-se: o LA no que diz respeito à leitura e escrita de textos de divulgação científica; o manuseio eficaz das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para estabelecer contatos e realizar pesquisas em diferentes bases de dados, que requerem o letramento digital; outros letramentos no local de trabalho, necessários à produção e ao consumo de gêneros profissionais na interface das modalidades oral e escrita (consultas, protocolos, prontuários, atendimentos, etc.).

O ato de ensinar tem sido problematizado por diferentes pesquisadores que buscam compreender e explicar o ato de aprender, pois “[...] a construção do conhecimento já não é mais produto unilateral de seres humanos isolados, mas de uma vasta cooperação cognitiva distribuída, na qual participam aprendentes humanos e sistemas cognitivos artificiais” (Assman; Sung, 2000, p. 273). Portanto, nesse contexto, vários debates surgiram sobre propostas de ensinar a escrever no currículo ou através de currículo (Gutiérrez-Rodríguez; Flores-Romero, 2011). A construção de um currículo integrado, por exemplo, inclui um pensar coletivo em relação ao “sujeito” histórico e contextualizado, a fim de que se tenha um discente capaz de assumir o rumo de sua autoconstrução profissional, colocando-se como protagonista de seu próprio aprendizado. Nesse sentido,

[...] o currículo integrado pode gerar possibilidades para o processo de ensino-aprendizagem, permitindo: uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir da integração teoria e prática; a busca de soluções específicas para diferentes situações; integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração professor/aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas e a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social (Davini 2009, p. 284).

Ao se propor um currículo orientado por uma visão crítica, que funciona como instrumento de emancipação e libertação tanto de quem ensina quanto de quem aprende ou de quem ensina e aprende, o que se almeja é que o aprendizado se organize, não em função de conteúdos a serem transmitidos e assimilados de forma passiva, mas sim em função das competências e habilidades que os discentes

devem desenvolver, respeitando as construções e aprendizados anteriormente conquistados.

Além disso, o documento chama a atenção para a pesquisa e para o estágio curricular obrigatório de formação em serviço. Inclusive, nesta pesquisa, percebe-se que, na IES em estudo, o curso de Medicina contém entre seus componentes curriculares duas disciplinas optativas no quarto período de 40 horas/aula voltadas, exclusivamente, para o ensino de práticas letradas acadêmicas em língua materna: Produção de Textos Científicos e outra de igual duração para língua estrangeira, Inglês Médico, tal como propõe a concepção de escrever no currículo.

Voltados ao curso de Medicina (ou até mesmo a outros cursos de Saúde), esses enfoques explicam o porquê de não ser adequado tratar LA de maneira geral. Para Gee (2006), nenhuma linguagem humana é um construto em geral. Cada uma é caracterizada por práticas sociais muito particulares, o que permite dizer que existem muitas linguagens sociais circulando na academia. Assim, cada curso de graduação guarda particularidades com áreas específicas do conhecimento, o que permite contato com letramentos de outras esferas sociais.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DE UMA IES PRIVADA

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da IES investigada foi construído em concordância com as necessidades pedagógicas contemporâneas, fundamentado nas Novas DCN dos Cursos de Graduação em Medicina em conformidade com a Resolução CNE/CES n. 03/2014, baseada no Parecer CNE/CES n. 116/2014 e nas legislações sobre o Sistema Único de Saúde, priorizando o artigo 23 do capítulo III, que trata dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, o qual salienta o dever de proporcionar integridade das ações do cuidar em saúde, no “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional”.

Nesse sentido, contempla um currículo inovador que busca promover um processo de ensino-aprendizagem a partir da contextualização e da interdisciplinaridade entre as áreas tanto de formação técnica quanto cidadã. Sustentado nas metodologias ativas junto ao processo de ensino-aprendizagem e fundamentando-se na prática como base de construção do conhecimento e ensino orientado para a comunidade, propõe formar profissionais generalistas humanizados, críticos, reflexivos, éticos e comprometidos com a promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Vale ressaltar que o referido PPC foi construído a partir de um longo processo de reflexão e discussão compartilhado entre os membros de sua comunidade acadêmica e norteado pelo Projeto Pedagógico Institucional (PPI), tendo como função planejar globalmente sua ação educativa, respeitando o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e o Regimento Institucional. Em sua fundamentação teórico-metodológica, o projeto guarda estreita relação com os princípios da flexibilidade e da transdisciplinaridade, defendidos pela LDB 9394/96. Além disso, as decisões institucionais determinadas no PPC apresentam uma concepção de educação médica como prática social e como experiência de vida manifestadas na promoção de um processo de ensino-aprendizagem ativo que estabeleça, no seu sentido pleno, o que está no texto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação n. 9.394/96:

Capacitar de forma científica, tecnológica e humanista para formar um cidadão reflexivo, dotado de senso crítico, de ética e de competência técnica; preparar o futuro profissional para que tenha competências, habilidades e atitudes que lhe permitam atuar no mercado de trabalho, comprometido com as transformações sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais; formar profissionais capazes de gerar conhecimento científico e tecnológico para a sociedade e, em particular, para o mundo do trabalho.

Assim sendo, de acordo com o Art. 5º, Inciso III da Lei n. 8080/1990, o que se propõe é “uma formação médica que esteja voltada à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Como se pode observar, a formação pretendida para o egresso do curso é bem ampla, estabelece articulação entre o campo específico de formação com diversos campos do saber (tecnológico, político, econômico, social, ético, ambiental e cultural). Preconiza-se, também, uma formação que, ao mesmo tempo em que privilegia a generalização, requer capacidade de lidar com o específico. Dessa forma é que o global e o local, o teórico e o prático, a produtividade e a sustentabilidade constituem eixos norteadores desse projeto pedagógico, levantando a hipótese de que esse novo modelo de universidade não se define *a priori*, contudo configura-se a partir das demandas do contexto em que se insere.

A partir da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), buscou-se numa instância preliminar uma visão geral do PPC – momento em que se observou que o documento almeja atender as competências previstas nas DCN para o Curso de Medicina. Logo após uma leitura mais aprofundada de cada capítulo do PPC, no sentido de identificar aspectos e práticas que se identificam com as teorias do Letramento e Letramento Acadêmico (LA) (socialização acadêmica), foi possível compreender de forma geral como o ensino de escrita é pensado e materializado no PPC e quais os usos sociais da escrita. Após as leituras, foram selecionados os capítulos que contêm indícios sobre a escrita ou a ela se referem.

Para tanto, caracterizou-se um breve resumo dos capítulos do PPC de Medicina para análise desse documento, mas considerando apenas estes itens: II – dos dados gerais do curso, que abordam sobre os atos legais do curso, carga horária, integralização, formas de ingresso entre outros; III – contextualização do curso, que resume brevemente a concepção da formação em Medicina bem como as políticas de diretrizes pedagógicas do curso; IV – organização

curricular, que demonstra os princípios, os componentes do currículo e a integralização curricular, o ementário das disciplinas, seminários integradores, disciplinas optativas, o plano de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, as atividades complementares e os sistemas de avaliação.

A partir da análise desses capítulos, começaram as buscas de subsídios que indicam como o LA é configurado nas representações sociais do Curso de Medicina. Dentre as diversas competências e habilidades gerais apresentadas pelo documento, preveem-se: atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente e, por último, comunicação que envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, contemplando o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, e de tecnologias de comunicação e informação necessárias para as leituras e práticas de pesquisa em Medicina e produção de documentos técnicos.

A matriz curricular do Curso de Medicina da referida IES é composta por 12 (doze) períodos, que abrangem Disciplinas Teóricas; dois Componentes Curriculares Integradores (Seminários Integradores – SI), Programas de Integração Escola, Serviço e Comunidade (Piesc); Disciplinas Optativas; Atividades Complementares (do 1º ao 12º período) e Estágios Curriculares Obrigatórios de Treinamento em Serviço (do 9º ao 12º período).

As disciplinas são agrupadas em eixos (do 1º ao 8º período), que agregam as disciplinas distribuídas na matriz, numa sequência lógica, estruturada em níveis de complexidade/densidade. As disciplinas optativas limitadas constituem-se de um grupo de 18 disciplinas, dentre as quais os acadêmicos devem escolher no mínimo cinco, perfazendo uma carga horária de 200 horas. Para tanto, deverá haver compatibilidade com o período de sua formação acadêmica e disponibilidade de vagas, uma vez que é exigido um número mínimo de 30 estudantes optantes para que essas disciplinas sejam oferecidas pela IES.

O item 4.5.1 do PPC, no que diz respeito ao Programa de Interação Escola, Serviço, Comunidade (Piesc), visa facilitar a relação de indissociabilidade entre teoria/prática, por intermédio da integração entre a IES e o meio locorregional, tais como: coleta de dados (observação, análise de documentos, entrevista formal e informal, “anamnese”, aplicação de questionários entre outros); seleção, análise e interpretação de dados; elaboração de relatórios parciais e/ou finais, provas escritas entre outros.

No item 4.5.2, sobre Seminários Integradores, são propostos metodologias e recursos de aprendizagem embasados em metodologias ativas, quais sejam: aulas dialogadas com estudos dirigidos, montagem e análise de casos clínicos, reais ou “de papel”, através da construção de mapas conceituais e debates oportunizados pela integração entre disciplinas do currículo tradicional.

É importante destacar que nos componentes curriculares já citados pode-se notar a perspectiva de LA que inclui saber lidar com diferentes fontes de informação, ter o domínio de diferentes gêneros acadêmicos e ensinar e aprender a partir de diferentes estratégias didáticas.

De acordo com o PPC, o Curso de Medicina

[...] privilegia os conceitos de cidadania, relações étnico-raciais, direitos humanos e educação ambiental não só como temas que integram o ementário das disciplinas explicitadas, mas também zela para que esses conceitos não sejam tratados apenas em seu aspecto teórico-metodológico, uma vez que perpassam as demais disciplinas a partir da reflexão, produções de textos acadêmico-científicos e seminários, através da contextualização e da interdisciplinaridade que permeiam as atividades teóricas e práticas desenvolvidas pelo curso [...] (PPC, 2016, p. 78).

O Curso de Medicina também prevê a oferta de estágio, trabalho de campo e atividades científico-culturais. Em todos esses aspectos foram observados fundamentos como “autonomia para aprender a aprender”, elaboração de sínteses e relatórios, necessidade de leitura acadêmica, desenvolvimento de habilidades em observar e descrever contextos específicos e necessidade de aprimoramento para o exercício profissional.

Em consonância com as DCN, a formação médica pretendida necessita da aquisição de outros conhecimentos, como práticas letradas, por exemplo, e do desenvolvimento de atividades que complementarão a formação de um profissional de qualidade, o qual deve ser capaz de inovar e anteciper atitudes e posturas, de acordo com as exigências do mundo do trabalho e dos avanços tecnológicos. Nesse sentido, a flexibilidade curricular é garantida por meio da oferta de disciplinas optativas durante o Ciclo Básico. O estudante deverá escolher cinco disciplinas optativas de seu interesse dentre o elenco oferecido pelo curso, todas com 40h. São elas: História da Medicina, Informática Aplicada, Ecologia Humana, Iniciação Científica I, Raciocínio Lógico, Direito em Saúde, Fundamentos Filosóficos, Iniciação Científica II, Inglês Médico, Produção de Textos Científicos, Libras, Medicina Baseada em Evidências, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde, Recursos Tecnológicos em Patologias Cardiovasculares, Medicina Estética, Antibioticoterapia, Medicina Desportiva e Trauma.

Apesar dos componentes curriculares apresentados oferecerem a utilização de diferentes gêneros acadêmicos em todo o curso, observa-se, no rol das disciplinas optativas, uma preocupação com a questão do LA que em todo tempo está permeando esse processo formativo, apesar de em momento algum estar registrada a expressão LA. Como se trata de uma expressão relativamente nova, muitos estudantes podem não a conhecer, ainda que estejam sendo preparados em sua prática nas disciplinas arroladas acima. Assim é o caso das disciplinas ofertadas Produção de Textos Científicos e Inglês Médico, que oferecem orientação específica para a escrita.

É interessante ressaltar, com base no PPC, que parece estar implícito nessa atitude o entendimento de que basta ao aluno estar imerso no universo acadêmico para adquirir as habilidades necessárias ao exercício da escrita dos gêneros acadêmicos, o que caracteriza o entendimento do letramento como socialização, ou, em uma visão mais otimista, a concepção de que a tarefa de discussão sobre a linguagem e sobre o fazer acadêmico é parte constitutiva da ação de um docente.

É oportuno destacar que a exigência de uma competência linguística e comunicativa superior é um indicativo que prenuncia que os LA no Curso de Medicina devem estar atrelados ao modelo das habilidades, ou seja, a escrita é vista, nesse modelo, como uma habilidade técnica ou instrumental (Lea; Street, 1998). Com relação às competências e habilidades gerais elencadas no PPC (2016, p. 82), a competência linguística está presente na comunicação, em que se reitera:

Comunicação: é necessário manter a confidencialidade das informações transmitidas aos profissionais da saúde quando na interação com outros da mesma área e com o público em geral (a comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, contemplando o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação) (grifo do autor).

Partindo desse pressuposto, nota-se que os Letramentos Acadêmicos (LA) surgem nas decisões tomadas pelos professores e nas diretrizes curriculares mesmo que de forma geral. Não se percebeu isso de forma clara como deveria estar expresso em alguma das seções do documento, mas é transversal na elaboração do PPC. No entanto, essa ênfase no desenvolvimento de competências e habilidades traçadas no PPC bem como as concepções da escrita acadêmica, tais

como a escrita como produto, como processo e como prática social, pela análise realizada, não se tornaram visíveis nas orientações preconizadas nos documentos oficiais do curso, afiguram-se mais focadas em um letramento autônomo em vez do ideológico.

As análises acerca dessas características do LA definidas para o curso em discussão estão próximas daquilo que os diversos autores já observaram: formas de escrita e de leitura para atender ao cumprimento de tarefas específicas, necessidade de adquirir competências para atender às demandas do mundo do trabalho, escrita formal e padronizada por meio de normatizações acadêmicas, formação conceitual. Além disso, enfatiza-se a necessidade de realização de trabalho em equipes, necessidade de compartilhar o conhecimento e de observar as diversidades sociais e culturais no momento da formação acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das DCN e do PPC do curso, vimos descritas as características ligadas ao LA, bem como nos discursos e gêneros das disciplinas. Desse modo, os estudantes adquirem modos de falar, escrever, pensar e interagir em práticas de letramento tendo dominado e entendido as regras básicas de um discurso acadêmico particular, no qual eles estariam aptos a reproduzi-lo sem problemas valorizando, portanto, os gêneros textuais discursivos na academia.

Muito embora, o próprio texto das DCN do Curso, ainda que revele perspectivas do LA, isso é feito de modo transversal, e não expresso claramente em alguma parte do PPC. A escrita como prática social, como produto no sentido de LA não está marcadamente determinada, mas sim como letramento autônomo. Em todas essas abordagens, as DCN do curso de Medicina têm se preocupado com seus discentes.

Mesmo assim, reiteramos aqui que, a despeito de haver certas dificuldades de ordem de LA, pela análise e leitura dos documentos do Curso, depreende-se que os estudantes estão num processo de

letramento que lhes garante acompanhar as disciplinas que cursam. Enfim, pela pesquisa dos documentos da IES, tais como: Diretrizes Curriculares Nacionais e (DCN) Projeto Pedagógico (PPC) foi possível obter informações indispensáveis ao curso em análise (o de Medicina), dados de primeira mão.

REFERÊNCIAS

ASSMAN, Hugo; SUNG, Jung, Mo. **Competência e sensibilidade solidária**: educar para a esperança. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, 267 p.

BARTHOLOMAE, David. Inventing the university. In: ROSE, M. (Ed.). **When a writer can't write: studies in writer's block and others composing process problems**. New York: Guilford Press. 1985. p. 273-285.

BRASIL. **LDB**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <[http:// portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf](http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, **Saúdelegis**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. MEC. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <<https://bit.ly/2k7LtEn>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FREITAG, Raquel Meister Ko. É o quê?: estratégia de interação ou sequenciação? **Estudos Linguísticos**, v. 39, n. 1, 2010, p. 157-166.

GEE, James Paul. **An introduction to discourse analysis: theory and method**. 2. ed. New York: Routledge, 2006, 256 p.

GUTIÉRREZ-RODRÍGUEZ, Maureen Jennifer; FLÓREZ-ROMERO, Rita. Ensinar a escrever en la universidad: saberes y prácticas de docentes y estudiantes universitarios. **Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación**, ano 4, v. 7, p. 137-168, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281021741008.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

KLEIMAN, A.; DE GRANDE, P. B. Interseções entre a linguística aplicada e os estudos de letramento: desenhos transdisciplinares, éticos e críticos de pesquisa. **Matraga: estudos linguísticos e literários**. Revista do Programa de Pós-graduação em Letras da UERJ. Rio de Janeiro, v. 22, n. 36, jan./jun., 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2xgUEHy>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia de escolas. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 283 p.

LEA, Mary R. Academic literacies: a pedagogy for course design. In: **Studies in Higher Education**. London, v. 29, n. 6, December, p.739-756, 2004. Disponível em:<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.528.6237&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em 12 fev. 2019.

LEA, Mary R.; STREET, Brian. V. Student Writing in higher education: an academic literacies approach. In: **Studies in Higher Education**. London, v. 23, n. 2, p. 157-16, jun. 1998.

LEA, Mary R.; STREET, Brian. V. The academic literacies model: theory and applications. **Theory into practice**, v. 45, n. 4, p. 368-377, 2006.

LILLIS, T. Student writing as “Academic Literacies”: drawing on Bakhtin to move from critique to design. **Language and Education**, ano 17, v. 3, p. 192-207, 2003.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: EPU, 2015.

SANTANA, F. R., NAKATANI, A. Y. K., SOUZA, A. C. S. E, CASAGRANDE, L. D. R., & ESPERIDIÃO, E. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 7(3)., 2006. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/904><https://doi.org/10.5216/ree.v7i3.90>. Acesso em: 22 jun 2019. <https://doi.org/10.5216/ree.v7i3.904>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

STREET, Brian V. Políticas e práticas de letramento na Inglaterra: uma perspectiva de letramentos sociais como base para uma comparação com o Brasil. **Cadernos Cedes**, v. 33, n. 89, p. 51-71, 2013.

STREET, Brian V. **Letramentos sociais**: abordagens críticas do letramento no desenvolvimento, na etnografia e na educação. Trad. Marcos Bagno. São Paulo: Parábola, 2014.

CAPÍTULO 12



APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO “PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE” – UNIG, CAMPUS V: ESTRATÉGIA ATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA FORMAÇÃO MÉDICA

Juçara Gonçalves Lima Bedim³⁴

Gláycy Bedim³⁵

Jéssica de Moutta Gomes³⁶

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: DELINEANDO O CENÁRIO

O raciocínio clínico constitui-se uma das bases mais importantes da prática médica e se relaciona ao processo cognitivo por meio do qual o médico é capaz de definir o diagnóstico correto e indicar uma conduta apropriada, pertinente ao problema clínico do paciente. Relaciona-se a uma competência primordial, intrínseca à formação médica, que é desenvolvida e aprimorada ao longo do curso na convivência da prática

34 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Neuropsicopedagoga pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Iguaçu, *campus V*, Itaperuna-RJ. Professora, Pesquisadora e Extensionista do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V* – Itaperuna-RJ. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina & Cientificidade “Dr. Renam Catharina Tinoco” (UNIG, *Campus V*). CV: <https://lattes.cnpq.br/4892898369364236>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6583-1604>.

35 Médica especialista em Ginecologia. Mestre em Medicina. Professora do Ciclo Básico e do Internato dos cursos de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V*, Itaperuna-RJ, e da Faculdade de Medicina São Carlos (FAMESC), Bom Jesus do Itabapoana-RJ. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). CV: <https://lattes.cnpq.br/1166376925394725>.

36 Graduanda em Medicina – Universidade Iguaçu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil. Vice-presidente da Liga Acadêmica de Pesquisa Médica e Extensão Científica (LAPEMEX) - UNIG, *Campus V*, Itaperuna-RJ. Coordenadora de Pesquisa Científica do Centro Acadêmico do Diretório Acadêmico da Universidade Iguaçu, *Campus V*, Itaperuna - RJ.

clínica com tutores mais experientes. A análise dos dados coletados por meio da anamnese, pelo exame físico e exames complementares, assim como por outras estratégias investigativas, possibilita ao médico um diagnóstico correto e/ou comprovável.

De fato, trata-se de um desafio para as escolas médicas às quais compete o desenvolvimento dessa competência pelos estudantes – atributo fundamental para que os futuros médicos exerçam a profissão com responsabilidade, dignidade e autonomia.

À luz de dados históricos, o raciocínio clínico tem se estruturado através de observação de especialistas e de prática supervisionada. Todavia, em virtude do progresso e da complexidade que permeiam os cuidados de saúde, em tempos hodiernos, e a premência em reduzir erros médicos, destaca-se a importância de um ensino mais planejado, articulado e acessível desse processo, no qual as bases e os princípios do raciocínio clínico também envolvem o desenvolvimento de habilidades como a criação de hipóteses, o teste de hipóteses e a atualização do conhecimento para descoberta de novas evidências (Pereira *et al.*, 2024).

Estudo de revisão de literatura integrativa realizado por Turek, Souza e Faria (2023) desvela que a maioria dos trabalhos revisitados apontam que, em relação ao momento do raciocínio clínico ao longo do curso, o ensino é priorizado no internato; também, o professor se torna o modelo a ser seguido para que os acadêmicos aprendam e desenvolvam essa competência. De outra forma, ainda, emergem atividades extracurriculares como ligas acadêmicas e projetos de extensão direcionados ao ensino e promoção do raciocínio clínico.

Por conseguinte, faz-se mister uma formação na qual os futuros médicos sejam preparados para pensar criticamente, capazes de fazer julgamentos diagnósticos precisos e corretos. Para tanto, é fundamental que os estudantes sejam oportunizados a participar ativamente nos cenários de prática, sobremaneira, no pressuposto de articulação com a teoria.

E, nesse sentido, Pereira e colaboradores (2024) elucidam a importância de uma abordagem pedagógica que estimule o

pensamento crítico e reflexivo em busca da resolução de problemas, bem como uso de simulações clínicas, na perspectiva de propiciar aos estudantes a possibilidade de praticar e aprimorar suas habilidades de raciocínio de forma segura e controlada, como alternativa à Abordagem Tradicional na qual os formandos deixam o curso com aquisição de muitos conhecimentos teóricos, todavia, com poucos procedimentos e poucas condutas associadas à aplicação de informações a um diagnóstico.

Em tal conjuntura, ressalta-se a aplicação de “metodologias ativas de aprendizagem” como abordagem estratégica para as práticas de desenvolvimento de raciocínio clínico em contextos variados no cenário de formação médica, na qual os futuros profissionais sejam preparados para enfrentar os desafios do cuidado em saúde. Essas metodologias propiciam que as informações sejam elaboradas ativamente, uma vez que a aprendizagem não é um processo passivo, mas, sim, de construção do conhecimento.

De fato, como observam Lopes e Araújo (2020), os cursos de graduação em saúde, assim como de outras áreas, têm sido estimulados a incluírem metodologias ativas de ensino que permitam conduzir os novos perfis delineados para os futuros profissionais na contemporaneidade, contextualizados à realidade. Nesse sentido, Leitão *et al.* (2021) sublinham a premência de adaptar os conteúdos às necessidades do Sistema de Saúde e da população, em prol de uma formação mais abrangente.

Dentre as diversas modalidades de metodologias ativas de ensino destaca-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou *Problem Based Learning* (PBL) – um método de aprendizagem colaborativa, centrado no estudante, baseado em teorias construtivistas e hipotético-dedutiva (Bate, 2014 *apud* Romão, Bestetti e Couto, 2020). Constitui-se uma metodologia na qual situações-problema são usadas para iniciar, direcionar, motivar e focar a aprendizagem, diferentemente das abordagens tradicionais que utilizam problemas ao final da apresentação de um conteúdo (Ribeiro, 2008).

Nesse contexto, a seguinte questão-problema norteia o presente capítulo: como a implementação da ABP no “Programa Integrador e de Extensão à Saúde da Comunidade” influencia o desenvolvimento do raciocínio clínico na formação médica?

Destarte, com o intuito de abordar essa problemática, tem-se por objetivo analisar a eficácia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como estratégia ativa no Programa Integrador e de Extensão à Saúde da Comunidade, destacando seu papel no desenvolvimento do raciocínio clínico na formação médica.

E, nesse empenho, buscou-se respaldo metodológico na “revisão de literatura narrativa”, que se qualifica como uma releitura de um assunto definido a partir da análise de documentos já publicados acerca do tema proposto, através de buscas descritivas e exploratórias (Cavalcante, Oliveira, 2020). Dessa forma, foram consultados artigos que abordam temas sobre a discussão em tela, assim como outras informações próprias correlatas ao assunto; igualmente, repositórios universitários. Em seguida, foi realizada leitura analítica para estruturar as informações e definir o objeto do estudo.

A realização deste estudo se justifica pela premência de formar médicos capacitados a enfrentar a complexidade dos desafios na saúde pública contemporânea. A formação tradicional em Medicina, de um modo geral, focada em métodos expositivos e em conteúdos teóricos, pode não ser suficiente para desenvolver habilidades práticas fundamentais, como o raciocínio clínico e a tomada de decisões em cenários reais de atendimento à saúde. Nesse panorama, a Aprendizagem Baseada em Problemas emerge como uma estratégia ativa que promove a participação e o envolvimento dos estudantes, impulsiona a aplicação do conhecimento em situações práticas e propicia o desenvolvimento de competências primordiais para a atuação médica.

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP) E DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Empreendedorismo, criatividade, dinamicidade, criticidade. Esses são os adjetivos que mais qualificam a Aprendizagem Baseada em Problemas (ou *Problem Based Learning* – PBL, como já elucidado). Tal tendência educacional tem gerado significativas transformações no ensino da medicina nas diversas instituições superiores espalhadas pelo Brasil, bem como tem impulsionado o aperfeiçoamento do raciocínio clínico no decorrer da formação médica.

Perpassando as formas antigas de ensino, a Aprendizagem Baseada em Problemas tem sido implementada com o intuito de atender às novas demandas sociais de aprendizado, em que o encurtamento do tempo-espço e a geração de conteúdo e resultados, de forma satisfatória, ditam as regras do jogo na contemporaneidade.

O PBL [...] parece satisfazer alguns aspectos que a literatura recomenda para a educação superior, isto é, uma formação que integre a teoria à prática e o mundo acadêmico ao do trabalho, promovendo – além do domínio do conhecimento específico – o desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais e cidadãs (Ribeiro, 2008, p. 19).

Relatando um pouco da sua história, de acordo com registros do autor supramencionado, a ABP originou-se na Escola de Medicina da Universidade McMaster, no Canadá, no final dos anos de 1960, inspirado no método de casos de ensino da escola de Direito da Universidade de Harvard (EUA), na década de 1920, assim como no modelo desenvolvido na Universidade Case Western Reserve, também nos Estados Unidos, nos anos 50. E, pouco tempo depois propagou-se para outros países como Holanda (Universidade de Maastricht) e Estados Unidos (Universidade de Harvard).

Já no Brasil, surgiram as primeiras faculdades na década de 90, sendo elas a Faculdade de Medicina de Marília/SP (1997) e Universidade Estadual de Londrina/PR (1998). Em 2005, surge, em Pernambuco, a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como pioneira no método ABP no ensino médico do Estado.

A implantação dessa metodologia surgiu em resposta à insatisfação e ao tédio dos alunos em relação à prática pedagógica tradicional, instrucionista e conteudística, voltada essencialmente para um grande volume de conhecimentos os quais eram considerados irrelevantes para a prática médica. Foi observado o fato de “os formandos estarem deixando o curso com muitos conceitos, mas com poucas estratégias e poucos comportamentos associados à aplicação de informações a um diagnóstico” (Stepien, Gallagher, Workman *apud* Ribeiro, 2008, p. 14).

Nesse sentido, a ABP ao romper com os moldes tradicionais, permite que seja mais leve, fluido e prazeroso o ensino-aprendizagem por parte dos estudantes (Aguiar *et al.*, 2014).

No que se refere a ser uma nova metodologia de ensino, tem-se que a ABP pode ser dividida em etapas. A primeira consiste na apresentação de uma questão-problema para os discentes, com o intuito de verificar seus conhecimentos prévios sobre a temática e estimulá-los a discutir, argumentar, em pequenos grupos, denominados Grupos Tutoriais (GTs), e formular novos caminhos em busca de soluções para o problema em discussão. Em seguida, os alunos elaboram questionamentos em torno do tema, de modo que orientem outras atividades de estudo da pré-discussão do fenômeno a ser investigado.

Em tal percurso, na segunda etapa, os estudantes são orientados a realizarem a busca ativa de conteúdos bibliográficos para a resolução das questões apresentadas. Após isso, acontece a terceira etapa denominada de resolução do problema, em que se encontram os principais pontos para as questões-problema. Por fim, os estudantes e os professores realizam juntos a síntese e a avaliação do processo, nas quais ocorreram a análise de todos os problemas levantados e se eles foram, de fato, sanados (Hmelo-Silver, 2004).

Nesse cenário, dentre as inúmeras peculiaridades da ABP, que vão de encontro às práticas de ensino tradicionais, destaca-se a centralidade do estudante, visto que essa metodologia ativa suscita no acadêmico autonomia, proatividade, resolutividade de problemas, assim como permite que sejam alcançados novos caminhos para a resolução das situações-problema produzidas, além de impulsionar o desenvolvimento de senso crítico e de responsabilidade. Logo, sendo o aluno não mais um coadjuvante, mas sim um protagonista do seu aprendizado (Hmelo-Silver, 2004).

Outro fator positivo da ABP está atrelado à possibilidade de expansão das habilidades, capacidades e atitudes do estudante no que tange à construção do conhecimento, bem como, despertar no acadêmico a capacidade de inovação, empreendedorismo, criticidade e uma visão mais holística (Oliveira *et al.*, 2019).

Aliada ao protagonismo do estudante, a ABP também se configura como uma ferramenta para a construção sólida e não fragmentada do conhecimento científico, uma vez que fomenta a integração de conteúdos básicos e clínicos abordados na formatação de problematização dos casos vivenciados na comunidade estudada.

Nesse sentido, a ABP contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico contextualizado, ao almejar formar futuros profissionais, cada vez mais, competentes que desempenhem sua profissão com autonomia, responsabilidade social e que, igualmente, se tornem mais capacitados e seguros para atuarem no mercado de trabalho (Chini *et al.*, 2018).

O papel do professor dentro do universo da Aprendizagem Baseada em Problemas é imprescindível e está relacionado à facilitação da aprendizagem por parte do discente. Os Grupos Tutoriais, sob a tutela de um docente, permite que os estudantes se tornem capazes de resolver problemas levantados e cuja busca por soluções será a base para o aprendizado de informações relevantes. Desse modo, constitui-se uma técnica de ensino autodirigida que fomenta o pensamento crítico do estudante e o impulsiona a ser um solucionador de problemas (Hmelo-Silver, 2004).

Portanto, a partir desse panorama geral sobre os principais pontos pedagógicos da ABP, pode-se, de maneira análoga, relacionar a concepção do raciocínio clínico, por meio do emprego dessa metodologia ativa no ambiente ambulatorial, com um quebra-cabeça, conforme foi proposto por Fornaziero, Gordan e Garanhan (2011). Posto que, assim como no jogo, quando o estudante compreende a importância de cada etapa da metodologia ativa para a construção do raciocínio clínico e entende que é essencial que todas as etapas estejam bem articuladas, para que haja a construção de um todo, que neste caso é o conhecimento científico, sua perspectiva sobre aprendizado é transformada, o que possibilita o desenvolvimento do raciocínio clínico, não mais como um processo mecânico e rígido, mas sim um evento dinâmico e ativo no qual todas as partes – quando articuladas entre si – promovem a compreensão de um todo e a construção de cada vez mais saberes científicos.

O PAPEL DO "PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE" (PIESC) NA FORMAÇÃO MÉDICA

A partir da publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, em 2001, e, posteriormente, nova edição em 2014, foram preconizadas a necessidade e a importância de transformações na educação médica, o que demandou reestruturação didático-pedagógica, metodológica e curricular, cujo mote é a formação humanista e generalista de profissionais sob a égide da ética e da solidariedade, capazes de prestar assistência de modo integral, priorizar a prevenção e, como enfatizam Kawakami *et al.* (2024), entender a necessidade de participação da comunidade.

Nessa trilha pedagógica, emerge o componente curricular do ciclo clínico "Programa Integrador e de Extensão à Saúde da Comunidade" (PIESC) – 5º ao 8º período – do curso da Medicina da Universidade Iguaçu, *Campus V*, Itaperuna RJ. Componente esse que

foi, igualmente, instituído com outra importante atribuição, qual seja: o cumprimento da curricularização da extensão, através do qual o curso de Medicina busca adequar o futuro profissional médico ao panorama de saúde vigente no país, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. E, nessa perspectiva, a universidade cumpre seu papel social junto à comunidade em que está inserida, assim como a regiões fronteiriças, em cujo pressuposto atende-se ao princípio da obrigatoriedade da extensão na formação médica como componente curricular no cumprimento de 10% da carga horário do curso, a partir da Resolução CNE No 07 de 18 de dezembro de 2018, em consonância com as normativas do Ministério da Educação (MEC), nas quais a extensão deve ser integrada à matriz curricular, por meio de estratégias, atividades como cursos, projetos, oficinas, prestação de serviços.

De fato, mister se faz ressaltar que a extensão é uma função da universidade que traz em seu bojo a possibilidade de propiciar aos estudantes aprendizagem em espaços que transcendem os muros da universidade e, igualmente, de promover o compartilhamento do ensino e da pesquisa com a comunidade externa, através da prestação de serviços. Nesse pressuposto, o PIESC propicia aos acadêmicos vivenciar a prática de Clínica Médica e Saúde Coletiva, em contato com diferentes especialidades, assumindo uma função significativa no atendimento de pacientes, cujas práticas têm lugar em ambulatórios instalados pela própria universidade, num complexo denominado “Centro de Atendimento Integrado”, assim como nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), da Atenção Primária à Saúde (APS), com a orientação e supervisão de professores-preceptores. Práxis essa que favorece propostas de soluções mais eficientes e humanizadas para os desafios enfrentados pela população; e, principalmente, beneficia a comunidade que tem dificuldade de acesso a algumas especialidades no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse Programa, os estudantes, por meio da realidade, são capazes de, pelas ações definidas e executadas em diferentes comunidades, integrarem-se ao serviço de saúde por meio de equipes

multiprofissionais, o que possibilita um aprendizado das ações preventivas e da promoção da saúde. Destacam-se ainda, a integração entre ensino-serviço e a articulação de espaços de interação entre a academia e os serviços de saúde, como sendo um dos pilares para a conformação do coletivo, pautado no cotidiano dos processos de trabalho, com o objetivo de aprendizagem e de produção de novos conhecimentos.

Adota-se a metodologia ativa da problematização que busca, simultaneamente, ensinar os conteúdos e formar cidadãos críticos e reflexivos, que sejam capazes de conviver em sociedade constantemente e para sua melhoria.

Dessa forma, o Ciclo Clínico em que os acadêmicos do curso de Medicina passam a vivenciar a prática de Clínica Médica e Saúde Coletiva, como já elucidado anteriormente, é o momento em que entram em contato com diferentes especialidades, as quais compõem a área de Clínica Médica: Pneumologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Cardiologia, Hematologia, Nefrologia, Angiologia, Dermatologia, Neurologia, Reumatologia, Geriatria, Oncologia, Doenças Infecto Parasitárias (DIP) e Clínica Cirúrgica.

Nessa contextura, em Grupos Tutoriais, conforme preconizado pela metodologia ativa adotada no PIESC, Aprendizagem Baseada em Problemas, os acadêmicos de medicina desenvolvem atividades teórico-práticas à luz do raciocínio clínico e refletem sobre hipóteses diagnósticas e proposições de condutas.

No tocante à prática desenvolvida, os grupos tutoriais percorrem uma trajetória de rodízio entre os ambulatórios das diversas especialidades, em que os acadêmicos têm oportunidade de participar de atendimentos nos quais recebem o paciente no consultório, realizam a anamnese e o exame físico. Em seguida, com as observações e anotações efetuadas, voltam ao preceptor, que revisa as informações coletadas e conduz os acadêmicos à suposição e construção de diagnósticos prováveis/diferenciais, bem como orientação de condutas clínicas. Essa abordagem contribui para a articulação do conhecimento teórico e prático na construção e no

desenvolvimento do raciocínio clínico – aspecto primordial para uma práxis médica reflexiva e competente.

Após as atividades ambulatoriais, tendo como mote o compartilhamento dos diversos casos atendidos nos referidos ambulatorios, os estudantes retornam ao espaço acadêmico, na sala de aula regular, onde são realizadas discussões que propiciam um aprendizado coletivo e exercem um papel crucial no desenvolvimento do raciocínio clínico. Por outro lado, ainda, essas discussões, como corroboram Pereira *et al.* (2024), impulsionam o aperfeiçoamento de habilidades de comunicação e colaboração em que os estudantes, ao compartilharem conhecimentos e experiências, enriquecem seu processo de aprendizagem clínica. Ainda, no que tange ao processo de comunicação no atendimento clínico, Fornaziero, Gordan e Garanhani (2011) elucidam que estratégias voltadas para a construção de habilidades de comunicação entre médico e paciente podem reduzir erros de diagnóstico e, conseqüentemente, aumentar a competência do estudante em coletar uma história clínica mais acurada que o conduzirá a um exame físico mais informativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização da educação médica é imprescindível para que o profissional atenda às necessidades do sistema de atenção à saúde comunitária. O novo médico deve aprender a trabalhar em comunidades, visto que elas representam o panorama de saúde do país. Sendo assim, formar um profissional da área de saúde significa conceber um ser humano, tanto na saúde como na doença – parte integrante do processo biopsicossocial.

Nessa concepção, em seu remate, o presente capítulo – em resposta à problemática e ao objetivo que o nortearam – aponta a eficácia da Aprendizagem Baseada em Problemas como estratégia ativa para o desenvolvimento do raciocínio clínico na formação médica, no viés da prática extensionista efetivada através do Programa Integrador

e de Extensão à Saúde da Comunidade. Correlação essa que oportuniza o despertar da importância da relação médico-paciente. Outrossim, a extensão abre espaço para um processo educativo permeado por vivências e experiências de práticas integradas com base no diálogo e em trocas de saberes.

Ademais, a inserção da ABP no Programa Integrador e de Extensão à Saúde da Comunidade permite que os acadêmicos se interliguem e se relacionem com a realidade das comunidades, de modo que os problemas de saúde sejam abordados de forma contextualizada e colaborativa. Essa metodologia revela-se uma estratégia pedagógica significativa para o desenvolvimento de raciocínio clínico em estudantes de medicina, uma vez que ao possibilitar a investigação ativa de problemas reais, tanto promove e estimula a aplicação do conhecimento teórico quanto desenvolve habilidades críticas, como a análise, a síntese e a tomada de decisão. De fato, o enfrentamento de casos desafiadores em panoramas clínicos prepara os acadêmicos para confrontar as complexidades da prática médica com habilidade, competência e confiança.

Por conseguinte, propõe-se o investimento na implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas no currículo do curso médico, pela possibilidade de transformar a formação de profissionais mais bem preparados e comprometidos com a saúde integral da comunidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. G. *et al.* Implantação de um Curso de Fisioterapia Baseado em Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem. **Caderno de Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/6>. Acesso em: 22 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução no 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE 2014-2024 e dá outras providências.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 88-102, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2025.

CHINI, H. *et al.* A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 45-53, 2018. Disponível em: <https://>

www.scielo.br/j/rbem/a/NbWz4BjTT9GsFhY3Lbwwx4J/. Acesso em: 22 mar. 2025.

FORNAZIERO, Célia Cristina; GORDAN, Pedro Alejandro; GARANHANI, Maria Lúcia. O processo de ensino e aprendizagem de raciocínio clínico pelos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 246-253, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 17 mar. 2025.

HMELO-SILVER, Cindy E. What and how do students learn? **Educational Psychology Review**, v. 16, n. 3, p. 235-266, set. 2004. Disponível em: <https://scholar.google.com.br>. Acesso em: 22 mar. 2025.

KAWAKAMI, Roselma M.S.A. Experiência da implantação do programa extensionista integrador na formação médica. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 14, n. 89, p. 13236-13242, 2024. Disponível em: <https://revistasauodecoletiva.com.br>. Acesso em: 09 mar. 2025.

LEITÃO, Lia Márcia Bastos Peixoto *et al.* Metodologias ativas de ensino em saúde e ambientes reais de prática: uma revisão. **Revista Médica – USP**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 358-365, jul./ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.usp.br>. Acesso em: 24 fev. 2025.

OLIVEIRA, Solange Barreto de *et al.*. **O raciocínio clínico e decisão médica** II. 4. ed. Criciúma: UNESC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesc.net>. Acesso em: 25 mar. 2025.

LOPES, Camila de Souza; ARAÚJO, Marcos Antonio Nunes. Os benefícios da aprendizagem baseada em problemas para os universitários da área da saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup., n. 40, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 24 fev. 2025.

PEREIRA, Camila Santos *et al.* O ensino e desenvolvimento do raciocínio clínico no curso médico: relato de experiência de práticas tutoriais.

Revista Multidisciplinar do Centro Universitário FIPMOC, Montes Claros, v. 37, n. 3, jun. 2024. Disponível em: <https://portalunifipmoc.emnuvens.com.br>. Acesso em: 23 fev. 2025.

RIBEIRO, Luís Roberto de C. **Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)**: uma experiência no Ensino Superior. São Carlos: EduFScar, 2008.

ROMÃO, Gustavo Salata; BESTETTI, Reinaldo Bulgarelli; COUTO, Lucélio Bernardes. Aplicação do PBL Clínico na Atenção Primária em cursos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 224 fev. 2025.

TURECK, Fernando; SOUZA, Samantha de; FARIA, Rosa Malena Delbone de. Estratégias de ensino clínico nos cursos de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, e17, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 22 fev. 2025

CAPÍTULO 13



NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO, MEDICINA E CIENTIFICIDADE “PROF. DR. RENAM CATHARINA TINOCO”: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE PRODUTIVIDADE TEXTUAL EM SAÚDE E PESQUISA CIENTÍFICA. UNIG CAMPUS V - ITAPERUNA/RJ. 2018- 2025.

*Auner Carneiro Pereira*³⁷

*Juçara Gonçalves Lima Bedim*³⁸

*Polyana Grain Paes Rodrigues*³⁹

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.

A compreensão sobre a pesquisa constitui-se habilidade primordial a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde. Indubitavelmente, o desenvolvimento de habilidades e competências em pesquisa concorre favoravelmente para a formação do futuro

37 Graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em Teoria Econômica e em Didática do Ensino Superior (UFPR). Mestrado e Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorado em Cognição e Linguagem (Uenf). Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina & Cientificidade “Dr. Renam Catharina Tinoco” (UNIG, *Campus V*). Coordenação dos Núcleos de Pesquisa e Extensão de Medicina, Direito, Odontologia, Fisioterapia e Nutrição da Universidade Iguaçu, *campus V*, Itaperuna-RJ. CV: <https://lattes.cnpq.br/3337902004026180>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7555-5217>

38 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Neuropsicopedagoga pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Iguaçu, *campus V*, Itaperuna-RJ. Professora, Pesquisadora e Extensionista do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), *Campus V* – Itaperuna-RJ. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina & Cientificidade “Dr. Renam Catharina Tinoco” (UNIG, *Campus V*). CV: <https://lattes.cnpq.br/4892898369364236>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6583-1604>.

39 Graduanda em Medicina – Universidade Iguaçu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil. Participante das Ligas Acadêmicas de Geriatria e de Medicina Interna - UNIG, *Campus V*, Itaperuna-RJ. Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina & Cientificidade “Dr. Renam Catharina Tinoco” (UNIG, *Campus V*). CV: <https://lattes.cnpq.br/5521653195504735>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2853'4971>.

médico – pesquisador, crítico e reflexivo –, como demandam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (DCN, 2014).

Circunstância importante a ser considerada nesse contexto, é que devido à célere evolução das pesquisas no campo da medicina, urge o incentivo à pesquisa e, conseqüentemente, extensão, ao se ponderar o desenvolvimento de novas técnicas, tratamentos, medicamentos, posto que a pesquisa se constitui como uma das mais relevantes formas de se obter evidências científicas na área da saúde.

Nesse contexto, sobremaneira, ressalta-se a premência de que o médico seja capaz de analisar criteriosamente a literatura, para integrá-la à sua prática clínica cotidiana (Santos *et al.*, 2022). Igualmente, Souza et al. (2024, p. 03), citando Barbosa (2010), corroboram, ao afirmar que é imprescindível que “os profissionais da saúde possuam a capacidade de avaliar criticamente os resultados de pesquisa e discernir os diferentes níveis de evidência disponíveis”.

E, ainda, como enfatizam os estudiosos supramencionados, faz-se mister integrar os estudantes de medicina à pesquisa, desde o início da graduação, o que, de fato, se trata de uma estratégia de longo prazo a qual é essencial para fomentar e estimular a produção científica.

No entanto, cabe ressaltar que a pesquisa pode ser relegada a segundo plano, em consequência da sobrecarga de disciplinas básicas e clínicas, que demandam horas de intenso estudo e dedicação. Em tal contextura, torna-se fundamental criar e instituir estratégias que atraiam e estimulem os estudantes a participar de atividades de pesquisa, como oferecer bolsas de iniciação científica, através do Programa de Iniciação Científica, criar projetos de pesquisa e utilizar metodologias ativas de ensino, dentre outras que atendam ao referido propósito. Dessa forma, cabe às instituições de ensino assegurar que os acadêmicos se incorporem à pesquisa não somente como disciplina eletiva, mas igualmente como uma habilidade precípua a ser aprimorada ao longo do curso.

Por conseguinte, justamente, na trilha desse pressuposto, foi fundado o Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina e Cientificidade

“Professor Doutor Renam Catharina Tinoco”, na Universidade Iguaçu, *campus V*, em 2018, a partir de incentivo e respaldo da Coordenação do curso de Medicina junto aos professores-pesquisadores, pioneiros no compromisso de gerenciar tal empreendimento. Nesse sentido, o presente capítulo tem por objetivo registrar a instituição desta entidade de pesquisa no referido *campus* da UNIG, que institui e fomenta o desenvolvimento da pesquisa e da extensão como referencial importante e premente na formação de futuros médicos.

A INICIATIVA COMPARTILHADA: IDEALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

O Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina e Cientificidade “Prof. Dr. Renam Catharina Tinoco” foi criado através da aprovação dos discentes e docentes do curso de Medicina, presentes no ano de 2018, em ata nas sistemáticas reuniões no Curso de Medicina.

Nesse encaminhamento, houve a apresentação aos acadêmicos da iniciativa de se estabilizar um grupo com discentes e docentes para agregar conhecimentos e ampliação sistemática da produção textual científica voltada à ciência social aplicada na Medicina, com gestão criativa dos estudantes e professores.

Após a aprovação e encaminhamento, conforme as normas dadas pela Instituição, iniciou-se a execução do projeto. Nas reuniões subsequentes com as lideranças acadêmicas, as lideranças discentes rapidamente aderiram à proposta de trabalho científico e se deu início à implementação dos recursos e ferramentas essenciais para viabilização e inovação. Esse processo foi sempre regido de leituras e deliberações nos subgrupos de trabalho, com o foco no cumprimento das metas estabelecidas para o semestre em andamento (Carneiro, 2015).

Essa iniciativa se faz de suma importância, uma vez que já constatado que a majoritariedade dos cursos tira frutos de projetos de extensão voltados à área científica, desta forma, uma de suas finalidades tem de proporcionar subsídios teóricos e práticos sobre

o processo de ensino e aprendizagem através do uso de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC).

Apesar de a maioria dos trabalhos sobre núcleos de pesquisa e extensão se basearem no “*Horizon Report – 2014*”, foram lançados diversos relatórios com o passar dos anos, com destaque ao relatório “2024 EDUCAUSE *Horizon Report | Teaching and Learning Edition*”, que demonstram as tendências das principais tecnologias e práticas que moldam o futuro do ensino e da aprendizagem, ao prever uma série de possíveis cenários para o futuro.

Em que o mesmo fala sobre a questão da pandemia da Covid-19 e seu impacto na educação como um todo, trouxe consigo desafios contínuos para as instituições de ensino superior, com necessidade de demonstração do valor das universidades para a vida profissional dos acadêmicos, visto que de 2019-2024 foram apresentados diversos novos métodos de ensino a distância.

É posto para análise, as inclinações sociais, tecnológicas, econômicas, políticas e ambientais, de modo a determinar a forma como disposto o futuro do ensino e aprendizado no mundo.

As tecnologias avançaram com a inteligência artificial, acessibilidade com aparatos de inclusão socioambiental, suporte tecnológico, suporte à saúde mental dos acadêmicos, modelo de dados unificados para estudo, para melhoria do ambiente nas instituições de ensino superior e melhor aporte para com os estudantes.

O núcleo de pesquisa e extensão não tem por exclusividade funções solistas, de modo que podem ser assimiladas as Pró-Reitorias, como a de Pós-graduação, de Pesquisa, Extensão e Ensino e a de Graduação. Pode ocorrer da mesma forma a associação entre os núcleos de outros cursos age não somente com a interdisciplinariedade, mas também como troca de saberes.

PLANEJAMENTO, GESTÃO, ATIVIDADES E AVALIAÇÃO

O Reitor da Universidade de Berlim, Von Humboldt, em 1810, enuncia que a constituição da Universidade foi dada pela necessidade de produção de conhecimento através da pesquisa em seus diversos ramos e pela formação do ser humano abrangendo-o como um todo e não só em vista da profissionalização. De forma a se tornar uma referência de idealização de uma Universidade, como agente de transformação da sociedade e base formadora de intelectuais (Carneiro, 2015).

Para a desenvoltura das atividades acadêmicas, foram propostas estruturas organizacionais de critério principal para a sistematização e distribuição de responsabilidades para obtenção de resultados de forma efetiva, que pode ser observada nas fotos abaixo referentes à **sessão de reconhecimento e inauguração dos Núcleos de Pesquisa e Extensão dos cursos de Medicina, Odontologia e Direito. Homenagem aos Patronos – Auditório da UNIG, campus V. Itaperuna-RJ (nov. 2018).**

Figura 1- Registro de docentes, discentes e autoridades presentes no evento



Fonte: Foto - acervo do Professor Dr. Auner Pereira Carneiro (2018).

Figura 2- Discurso de abertura pela Professora Marlene Freire Germano



Fonte: Foto - acervo do Professor Dr. Auner Pereira Carneiro (2018).

Figura 3- Coordenadores e docentes dos cursos de Odontologia e Direito



Fonte: Foto - acervo do Professor Dr. Auner Pereira Carneiro (2018).

Figura 4- Docentes, respectivamente, dos cursos de Direito e Medicina e estudantes do curso de Medicina – netos do Dr. Renam Catharina Tinoco (*in memoriam*), Patrono do Núcleo de Pesquisa de Medicina – recebendo a homenagem ao avô e representando o Coordenador do curso que não pôde comparecer ao evento.



Fonte: Foto -- acervo do Professor Dr. Auner Pereira Carneiro (2018).

Para que a organização funcione foram adotados como procedimentos base o planejamento estratégico e implementação das propostas, que seriam abordadas ao decorrer do semestre letivo.

Nas fotos, acima, pode-se verificar a disposição do encontro dos representantes para apresentação do projeto e decisão das lideranças através do método eletivo, além da implementação de certas metas, abordadas abaixo:

1. Cadastro na plataforma Lattes/CNPq;
2. Ensaio da matriz analítica – junto aos professores;
3. Propostas de resumos – simples e expandidos;
4. Participação em concursos – análise dos editais;
5. Publicação de artigos e Banners em eventos científicos;
6. Bolsas – CNPq e outras instituições de fomento;
7. Desenvoltura de Projetos de iniciação científica – PIC;

8. Participação em eventos regionais, nacionais e internacionais;
9. Avaliação sistemática pela coordenação do grupo por meio de seminários;
10. Resultado de produção textual junto aos planos de ensino de disciplinas cursadas.

O grupo funciona sob supervisão dos professores doutores Auner Pereira Carneiro e Juçara Gonçalves Lima Bedim, os quais possuem experiências andragógicas de cientificidade. O núcleo de pesquisa atua de forma independente das disciplinas ministradas durante o curso de medicina, de forma que a qualquer momento, os acadêmicos consigam buscar auxílio para orientação e estímulo para suas pesquisas, além de sanar dúvidas.

O grupo tem por função primordial acolher e orientar iniciativas para a participação de docentes e discentes interessados na publicação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais de cunho científico. Assim como o incentivo à participação dos estudantes no núcleo de pesquisa voltado à política de pesquisa e extensão e o cumprimento das resoluções CONEP 466/12 e 510/16 com as devidas submissões à plataforma Basil e ao CEP.

As ações apresentadas pelo núcleo serão estruturadas com o objetivo de fomentar a prática de estudos independentes, transversais e opcionais, para promoção da interdisciplinaridade e atualização profissional constante e contextualizada, especialmente no que se diz respeito às relações com o mundo do trabalho ao longo do curso, integrando, de maneira marcante, as diferentes especificidades regionais e culturais.

Poderão ser implementadas atividades complementares como projeto de pesquisa, projeto de iniciação científica, projeto de extensão, seminários, simpósios, congressos, conferências, mesa redonda, curso de extensão sob supervisão de mestres renomados em suas respectivas áreas. Quanto aos temas destas atividades, irão se basear no gosto do cliente, sejam disciplinas presentes ou não na grade curricular do curso.

Autônomo ao tipo de atividade a ser realizada, deve por obrigatoriedade ser averiguada pelo Projeto Pedagógico do Curso, de forma a gerar confiabilidade e além de uma análise minuciosa pelas mãos dos discentes, responsáveis pela cadeira de sua respectiva disciplina. Constrói-se, desta forma, a interdisciplinariedade com fluidez.

As atividades científicas serão dispostas aos estudantes através de um ou mais orientadores, caracterizados pela gestão de informações e conhecimentos, para o auxílio na desenvoltura de múltiplos seres capacitados dentro do ambiente de aprendizagem. Sejam estes, salas de reuniões presenciais e/ou online, laboratórios de informática, ambientes científicos e realidades comunitárias.

Quanto ao cronograma programaram-se, pelo menos, uma reunião semestral, com a segunda de realização ao final do ano para o relatório de avaliação anual de produtividade, com unção dos acadêmicos participantes e diretores presentes, para discussão da eficácia deste projeto e melhorias a serem almejadas para o próximo semestre.

REPERCUSSÕES EM EVENTOS LOCORREGIONAIS E NACIONAIS

O projeto frutificou de tal forma que os integrantes foram capazes de participar em diversos eventos nacionais e internacionais, de cunho científico, com realização presencial e online.

Foram obtidos resultados positivos não só em relação a quantitativo de projetos realizados, mas também em relação à participação dos acadêmicos, visto que os mesmos abraçaram a causa e não cessaram os esforços até o momento final. Assim como, a alta de interesse perante o projeto e a busca pelo saber.

Trabalhos científicos foram aprovados e apresentados em eventos locais e regionais em sua maioria, principalmente, através de estímulos a desenvolvimento de atividades científicas de pesquisa

e extensão, com acompanhamento dos docentes e mestres, para estruturação e qualificação dos textos.

Desta forma proporcionar ao estudante, orientado por pesquisador experiente, a aprendizagem de técnicas e métodos científicos, para desenvoltura do pensar científicidade e da criatividade.

Ocorreu apresentação de trabalhos nos seguintes eventos:

- SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão realizada pela Universidade Iguaçu (UNIG).

- XIII SEMINÁRIO DE PESQUISA DA ESTÁCIO realizado pela Universidade Estácio de Sá.

- VIII EXPOCIÊNCIA UNIVERSITÁRIA DO NOROESTE FLUMINENSE, realizada pela UniSãoCarlos Centro Universitário São Carlos (FAMESC).

- Congresso de Bioética do Norte Fluminense – CONBIOET – realizado pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

- III Congresso de Neurociência e Neurogeriatria, realizado pela DOMO ACESSORIA PEDAGÓGICA.

- 8º Congresso de Interdisciplinaridade do Noroeste Fluminense, realizado pelo Instituto Federal Fluminense (IFF).

- GERIATRIO 2024, V Congresso Nacional Online de Clínica Médica.

- III Congresso Brasileiro On-line de Ensino, Pesquisa e Extensão, dentre outros.

Nesse contexto, igualmente, cabe ressaltar a participação efetiva nos Congressos Brasileiros de Educação Médica (COBEM), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) – de nível nacional – que ocorrem a cada dois anos em diferentes cidades brasileiras. Nesses congressos, professores e estudantes já fizeram apresentação de trabalhos em São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Vitória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Núcleo de Pesquisa e Extensão, Medicina e Cientificidade “Prof. Dr. Renam Catharina Tinoco” demonstrou resultados advindos de oportunidades criadas e dadas pelos orientadores, gestores do projeto, que promoveu o aprendizado dos estudantes e estímulo à cientificidade para extrapolar a bolha acadêmica, infundida no pensamento destes, por uma cultura analógica, tecnicista do reprodutivismo de “ensinagem” com base em paradigmas mecanicistas.

Ademais, para os membros do Núcleo, a participação neste e nos projetos adjacentes é uma oportunidade de se relacionar, ampliar a visão para novas possibilidades, realidades e pensamentos, além de ser um símbolo de acolhimento e refúgio para os acadêmicos que desejam buscar novos desafios e perspectivas para crescimento pessoal e qualificação nas instâncias profissionais no mercado nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: ME, 2014.

CARNEIRO, Auner Pereira. Núcleo Discente Estruturante de Tecnologias Aplicadas à Produção Textual Juscientífica Integridos aos Programas de Estudos, Pesquisa e Inovação, Extensão e Cultura, Sustentabilidade e de Responsabilidade Sócio Institucional-ambiental. **Conexão Acadêmica**, v. 7, dez. 2015. Disponível em: www.conexaoacademica.net. Acesso em: 08 mar. 2025.

SANTOS, Felipe da Silva Mota *et al.* Ensino da pesquisa científica na graduação médica: há interesse e envolvimento dos estudantes? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SOUZA, Pedro Nicolau de. Processo de ensino-aprendizagem sobre investigação científica na graduação médica. **Revista Caderno Pedagógico**, Curitiba, v. 21, n. 10, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br>. Acesso em: 02 abr. 2025

CAPÍTULO 14



METODOLOGIAS ATIVAS: ESTRATÉGIAS PARA FOMENTAR A AUTONOMIA E O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDANTE NO ENSINO SUPERIOR

Margarete Zacarias Tostes de Almeida ⁴⁰

Wagner Luiz Ferreira Lima ⁴¹

“A metodologia é a ponte entre o conhecimento e o aprendizado, garantindo que o saber seja não apenas transmitido, mas entendido e aplicado.” — **David Ausubel**

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O campo da aprendizagem é vasto, multifacetado e caracterizado por um processo dinâmico que envolve uma constante adaptação às necessidades e contextos dos alunos. Com base nessa premissa, os caminhos trilhados para alcançar o conhecimento não são apenas importantes, mas essenciais para garantir que o aprendizado seja significativo, envolvente e, acima de tudo, bem-sucedido. No entanto,

40 Doutora em Ciências, Museologia e Patrimônio (2015) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em Psicologia (2004) e Mestre em Letras (2010) pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF/ UFMG). Neuropsicopedagoga Clínica e Institucional (2022) pela Universidade Iguaçu, Pedagoga (1985) pela Faculdade de Filosofia de Itaperuna, Assessora Acadêmica da Reitoria/ Coordenação de Ensino da Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna e Docente dos cursos de Odontologia, Direito e Medicina Veterinária da Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. CV: <http://lattes.cnpq.br/5866595322266041>. ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-7141-2247>.

41 Doutor em Letras (2006) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestrado em Letras (2002) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Assessor Acadêmico da Reitoria/ Coordenação de Ensino da Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna e Docente dos cursos de Medicina, Direito e Enfermagem da Universidade Iguaçu *campus* Itaperuna. CV: <http://lattes.cnpq.br/4448377413371060>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1849-3678>.

é preciso reconhecer que os métodos tradicionais de ensino, muitas vezes centrados exclusivamente no professor, têm sido gradualmente substituídos por abordagens que colocam o estudante como protagonista de seu próprio processo de aprendizagem. Nesse sentido, as **metodologias ativas** se destacam como uma poderosa estratégia pedagógica que visa promover a participação ativa e o engajamento de todos os envolvidos na construção do saber.

O próprio nome “metodologias ativas” nos remete a práticas educacionais que enfatizam o dinamismo e a participação. Ao se contrapor aos modelos tradicionais, centrados na figura do professor como único transmissor de conhecimento, as metodologias ativas buscam dar espaço à interação, à colaboração e ao protagonismo do aluno.

Esse conceito está intrinsecamente ligado à ideia de que o aprendizado é mais eficaz quando os estudantes são os principais responsáveis por sua construção, com o apoio e a orientação do docente, mas não como único agente do processo.

No contexto da prática pedagógica universitária, as metodologias ativas se tornam especialmente relevantes, visto que a universidade tem a missão de preparar os alunos para os desafios do mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que fomenta o desenvolvimento de habilidades críticas e criativas. Para isso, diversos recursos e técnicas são empregados para transformar a sala de aula em um ambiente de aprendizagem mais dinâmico e engajador. Com base nos princípios didático-metodológicos presentes nos Projetos Pedagógicos de Curso da **Universidade Iguaçu**, que sustentam tanto a prática educativa quanto os processos avaliativos, o objetivo deste manual é orientar a criação de atividades que favoreçam o engajamento dos estudantes. O intuito é que, ao se sentirem parte ativa da construção do conhecimento, os alunos consigam expandir suas competências e habilidades, tornando-se mais autônomos em sua trajetória de aprendizado.

O QUE SÃO METODOLOGIAS ATIVAS?

O termo “metodologia” tem sua origem no grego, composto por três termos fundamentais: “**metá**” (atrás, em seguida, através), “**hodós**” (caminho) e “**logos**” (ciência, arte, exposição sistemática de um tema) (Houaiss; Villar; Franco, 2001). A palavra em si, portanto, sugere um estudo ou uma abordagem que vai além da simples transmissão de conhecimento, promovendo uma jornada de descoberta e entendimento. **John Dewey** (1978), um dos principais teóricos da educação, concebeu a educação como um processo contínuo e ativo de busca pelo conhecimento, no qual o estudante exerce sua liberdade para explorar, questionar e descobrir. A educação, para Dewey, deve formar indivíduos competentes e criativos, capazes de gerenciar sua própria liberdade e tomar decisões informadas.

As **Metodologias Ativas de Aprendizagem** são abordagens pedagógicas que, de maneira prática, incentivam os alunos a se tornarem protagonistas de seu próprio aprendizado. Nelas, os alunos não são meros receptores de informações, mas atuam ativamente na construção do conhecimento. As atividades são cuidadosamente planejadas para envolver os estudantes em **estudos de casos, reflexões, debates** e discussões que permitam integrar teoria e prática. Ao fazer isso, as metodologias ativas incentivam uma aprendizagem mais profunda, que não se limita à memorização, mas que envolve a análise crítica, a aplicação prática e a reflexão constante sobre o conteúdo estudado.

Como as metodologias ativas favorecem o aprendizado?

As metodologias ativas colocam o estudante no centro do processo de ensino-aprendizagem, transformando-o em protagonista do seu próprio desenvolvimento. Em vez de ser um receptor passivo de informações, o aluno assume uma postura ativa e participativa, o que resulta em uma aprendizagem mais significativa e envolvente. O conhecimento, nesse contexto, é construído de maneira colaborativa, o que promove o desenvolvimento de habilidades essenciais para o sucesso acadêmico e profissional, como **autonomia, autoconfiança,**

pensamento crítico, colaboração e disciplina. Ao valorizar a proatividade e incentivar os alunos a tomarem a iniciativa, as metodologias ativas ajudam a formar indivíduos mais preparados para lidar com os desafios do mundo real.

Além disso, essas abordagens favorecem o desenvolvimento de habilidades como a **resolução de problemas**, a **criatividade** e a **capacidade de adaptação**, competências altamente valorizadas no mercado de trabalho e na vida cotidiana. O aluno, ao se engajar em tarefas e problemas reais, aprende a aplicar o conhecimento de forma prática e contextualizada, desenvolvendo uma compreensão mais profunda dos temas abordados. O ensino deixa de ser apenas uma transmissão de conteúdos para se tornar um processo dinâmico de exploração e descoberta, no qual o estudante aprende a questionar, investigar e criar novas soluções.

Dentro desse novo paradigma, o aluno é estimulado a aplicar os modelos, teorias e ferramentas aprendidas para propor soluções inovadoras a problemas complexos e inéditos. Ao trabalhar de forma colaborativa, ele também desenvolve competências essenciais para a **vida em sociedade**, como o **trabalho em equipe**, a **comunicação eficaz**, a **responsabilidade** e a **resiliência**. Isso reflete uma mudança significativa na forma como a educação é conduzida, pois as metodologias ativas não apenas ensinam conteúdos acadêmicos, mas também preparam os alunos para se tornarem cidadãos críticos, responsáveis e capazes de agir de forma autônoma.

[...] neste novo ambiente, o aluno seria capaz de utilizar os modelos, teorias e instrumentos aprendidos para propor soluções inovadoras para problemas complexos e desconhecidos. Neste caso, a escola estaria formando habilidades de investigação, reflexão e autonomia na busca por conhecimento, assim como pensamento crítico e aptidão para resolução de problemas. A escola ainda estaria estimulando o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em grupo, resiliência,

colaboração, responsabilidade, pró-atividade, entre outras. Além de mudar a estrutura e a dinâmica da sala de aula, a implantação de metodologias ativas de aprendizagem exigem novas formas de avaliação, que enfoquem menos a memorização e na reprodução e que valorizem mais o domínio do conteúdo aplicado a novas situações (Tavares, 2018, p 1).

Além de transformar a estrutura e a dinâmica da sala de aula, a implementação das metodologias ativas exige novas abordagens de avaliação. Tradicionalmente, a avaliação no ensino superior estava muito centrada na memorização e na repetição de conteúdos, com foco em provas e exames. No entanto, com as metodologias ativas, a avaliação deve passar a ser mais **formativa**, ou seja, deve acompanhar o processo de aprendizagem de forma contínua, valorizando a aplicação do conhecimento em situações novas e desafiadoras. O objetivo não é apenas avaliar a capacidade de reter informações, mas sim o domínio do conteúdo e a habilidade de utilizá-lo de forma criativa e eficaz diante de novos desafios.

Essas abordagens pedagógicas, fundamentadas nas metodologias ativas, promovem uma **inversão das posturas passivas** que predominam em modelos tradicionais de ensino. Ao adotar uma metodologia ativa, o estudante deixa de ser um receptor passivo de informações para se tornar um **investigador, reflexivo e criativo**, sempre em busca de soluções para problemas reais e desafiadores. A colaboração entre os alunos e o uso de tecnologias e outros recursos são estimulados para criar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico, interativo e significativo. Dessa forma, as metodologias ativas tornam-se ferramentas poderosas para promover uma educação mais **autônoma, participativa e transformadora**, que prepara os alunos para lidar com os desafios do mundo contemporâneo e a constante evolução do conhecimento.

Em suma, as metodologias ativas são uma chave para o futuro da educação superior. Elas não apenas transformam a sala de aula, mas

também a forma como os alunos se relacionam com o conhecimento, estimulando-os a serem mais ativos, críticos e responsáveis por sua própria aprendizagem. Ao adotar essas práticas, as instituições de ensino não estão apenas preparando seus alunos para o mercado de trabalho, mas também para uma vida de aprendizado contínuo, resolução de problemas e inovação.

PONTOS POSITIVOS NA APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

A implementação de **metodologias ativas** no ensino superior apresenta uma série de benefícios, tanto para os estudantes quanto para as instituições de ensino. Essas metodologias favorecem o desenvolvimento da autonomia dos alunos, colocando-os como protagonistas de seu próprio aprendizado. Ao tomar as rédeas de sua educação, os estudantes não só aprimoram sua capacidade de autossuficiência no processo de aprendizagem, como também fortalecem a confiança em sua habilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos a situações do cotidiano. Isso ocorre porque as metodologias ativas estimulam a participação ativa, o pensamento crítico e a colaboração, criando um ambiente no qual os alunos não são apenas receptores de conteúdo, mas também agentes da construção do saber.

Além disso, ao adotar essas abordagens pedagógicas inovadoras, as universidades se tornam mais competitivas no mercado educacional, pois respondem de maneira mais eficaz às demandas do mundo contemporâneo, que exige profissionais com habilidades práticas, criativas e colaborativas. Essa mudança também pode resultar em um aumento significativo na captação de novos alunos, pois a instituição ganha reconhecimento por sua metodologia inovadora e pela qualidade do ensino proporcionado.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E O PROTAGONISMO ESTUDANTIL

As **metodologias ativas** transformam as aulas tradicionais, tornando o aprendizado mais dinâmico e significativo. Ao contrário de abordagens tradicionais, nas quais o estudante é, em grande parte, um receptor passivo do conhecimento, as metodologias ativas colocam os alunos como protagonistas de seu aprendizado. Isso não significa que o papel do professor desapareça, mas sim que ele passa a atuar como um facilitador, orientador e mediador do processo de aprendizagem. Os estudantes, por sua vez, são incentivados a questionar, investigar e aplicar o conhecimento adquirido de maneira prática e reflexiva, o que contribui para a consolidação de uma aprendizagem mais profunda e duradoura.

Esse protagonismo está intrinsecamente ligado à promoção da **autonomia**. A autonomia não se refere apenas à capacidade do aluno de gerenciar seu tempo e suas atividades, mas também à habilidade de tomar decisões informadas, de refletir sobre sua prática e de aplicar seus conhecimentos de maneira crítica e criativa. Para que isso aconteça, é necessário que o estudante seja desafiado a lidar com situações reais, que exijam a aplicação de teoria e prática de forma integrada.

EXEMPLOS DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

1. Estudo de Casos: Exploração de Situações Reais

O estudo de casos é uma metodologia que envolve a análise de situações reais e desafiadoras. Nesse modelo, os alunos são convidados a explorar eventos ou problemas concretos, geralmente complexos, que exigem um olhar crítico e analítico. Ao analisar e discutir essas situações, os estudantes são estimulados a integrar as teorias

aprendidas em sala de aula com a realidade do mundo, permitindo que compreendam as complexidades e nuances de determinados fenômenos. Além disso, o estudo de casos promove uma aprendizagem contextualizada, pois os alunos aprendem a resolver problemas reais com base em dados e informações concretas.

A resolução de casos também permite que os alunos desenvolvam habilidades de raciocínio crítico e capacidade de tomar decisões, que são essenciais no mercado de trabalho.

2. Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL): Desafios Colaborativos

A **Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)** é uma metodologia que utiliza problemas como ponto de partida para a aprendizagem. Nesse modelo, os alunos são apresentados a problemas complexos e desafiadores, e, com base no conhecimento prévio adquirido, são desafiados a buscar soluções colaborativas. O professor atua como facilitador, fornecendo orientação quando necessário, mas dando aos alunos a liberdade de investigar e refletir sobre o problema. Isso permite que os estudantes desenvolvam habilidades de investigação, análise e formulação de hipóteses, além de promover a colaboração, pois os alunos trabalham em equipe para resolver o problema proposto. A PBL também favorece a autonomia, pois os alunos precisam ser capazes de gerenciar suas próprias descobertas e aprendizagens durante o processo.

3. Ensino Híbrido: Integração do Ensino Presencial e a Distância

O **ensino híbrido** combina a interação presencial com o uso de recursos de educação a distância, criando um modelo de ensino mais flexível e personalizado. Esse modelo pode ser dividido em diferentes abordagens, sendo uma delas o **Ensino Híbrido Sustentado**, que inclui práticas como a **sala de aula invertida**, na qual os alunos estudam os conteúdos antes da aula, geralmente por meio de videoaulas ou outros materiais digitais, e utilizam o tempo em sala de aula para atividades

práticas e interativas. Outra abordagem é a **rotação por estação**, onde os estudantes são divididos em grupos e passam por diferentes estações de aprendizagem, cada uma com uma atividade diferente, o que proporciona uma experiência de aprendizagem mais diversificada e dinâmica.

O **Ensino Híbrido Disruptivo**, por sua vez, inclui estratégias como a **aprendizagem baseada em projetos**, onde os alunos enfrentam desafios práticos que exigem a aplicação de conhecimentos teóricos, e a **rotação individual**, oferecem planos de estudo personalizados para cada aluno. Esse modelo proporciona uma experiência de aprendizagem mais centrada no aluno, permitindo que ele desenvolva habilidades de forma mais autônoma e adaptada às suas necessidades.

4. Metodologia Ágil: Adaptabilidade e Colaboração

Originalmente usada na criação de softwares, a **metodologia ágil** é baseada em princípios de colaboração, adaptação às mudanças e valorização de indivíduos e interações em vez de processos rígidos. No contexto educacional, ela pode ser aplicada para tornar as aulas mais dinâmicas, estimulando a colaboração entre os alunos, a reflexão contínua e a adaptação das estratégias de ensino conforme as necessidades do grupo. Essa metodologia promove um ambiente de aprendizado flexível, permitindo que os alunos se envolvam ativamente no processo de aprendizagem, desenvolvam habilidades de resolução de problemas e trabalhem de maneira colaborativa.

5. Educação Maker: Criatividade e Inovação

A **educação maker** baseia-se na ideia de que todos podem criar e reconstruir objetos, promovendo um ensino prático e experimental. Nesse modelo, os estudantes aprendem fazendo, e o professor assume o papel de mentor, orientando os alunos na criação de projetos reais. A educação maker promove a aprendizagem ativa, na qual os alunos não apenas adquirem conhecimento, mas também o aplicam de forma criativa e inovadora. Essa abordagem permite que os estudantes

desenvolvam habilidades de liderança, criatividade e resolução de problemas, essenciais no mundo atual.

6. Gamificação: Engajamento e Motivação por Meio de Jogos

A **gamificação** utiliza elementos de jogos, como desafios, pontuação e recompensas, para aumentar o engajamento dos alunos e motivá-los a participar ativamente do processo de aprendizagem. Essa metodologia torna o aprendizado mais interativo e divertido, estimulando os estudantes a se dedicarem de forma mais intensa e eficaz às atividades propostas. A gamificação também pode ser usada para promover a competição saudável entre os alunos, aumentar a colaboração e criar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico.

7. Design Thinking: Resolução Criativa de Problemas

O **design thinking** é uma metodologia de resolução de problemas que segue um processo estruturado de cinco etapas: descoberta, interpretação, ideação, experimentação e evolução. Os estudantes são desafiados a investigar problemas reais, interpretar os dados coletados, gerar ideias inovadoras e testá-las para encontrar soluções eficazes. Esse modelo promove o pensamento criativo, a inovação e a colaboração, além de permitir que os alunos desenvolvam habilidades de resolução de problemas de forma prática e aplicada (Silva, 2020.)

8. Aprendizado entre Pares: Estudo Colaborativo

O **aprendizado entre pares** incentiva os estudantes a se envolverem em atividades de estudo fora do horário de aula, com base nos conteúdos fornecidos pelo professor. Durante as sessões presenciais, os alunos discutem suas dificuldades e recebem feedback contínuo, ajustando o processo de aprendizagem conforme necessário. Esse modelo favorece a colaboração e a troca de conhecimentos, além de permitir que os alunos se ajudem mutuamente, reforçando seu aprendizado de forma colaborativa e autônoma.

Esses exemplos de metodologias ativas no ensino superior ilustram a diversidade de abordagens que podem ser adotadas para

enriquecer o processo de ensino-aprendizagem. Ao adotar essas metodologias, as instituições de ensino superior não apenas melhoram a qualidade do aprendizado, mas também preparam os alunos para os desafios do mundo real, desenvolvendo competências essenciais para o sucesso acadêmico e profissional.

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE METODOLOGIAS TRADICIONAIS E ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR.

A análise comparativa entre as metodologias tradicionais de ensino e as metodologias ativas no ensino superior revela diferenças fundamentais tanto na abordagem pedagógica quanto nos objetivos de aprendizagem. As metodologias tradicionais são centradas no professor, com ênfase na transmissão de conteúdos de maneira unidirecional, enquanto as metodologias ativas colocam o estudante no centro do processo de aprendizagem, promovendo a sua participação ativa e o desenvolvimento de habilidades práticas. No modelo tradicional, o estudante assume um papel passivo, recebendo informações de forma direta do professor, sendo responsável apenas por memorizar e reproduzir o conteúdo. O professor, por sua vez, é visto como o principal detentor do conhecimento, cuja função é transferir esse saber para os alunos por meio de aulas expositivas e avaliações baseadas em provas escritas ou orais. Em contraste, nas metodologias ativas, o estudante torna-se o protagonista do seu próprio aprendizado. Ele é incentivado a questionar, refletir, investigar e aplicar o conhecimento adquirido em situações reais e práticas. O professor, nesse contexto, atua como um facilitador, mentor e mediador, orientando os estudantes nas atividades práticas, desafios e debates, promovendo maior autonomia e empoderamento do estudante.

As aulas no modelo tradicional geralmente seguem um formato estruturado de aula expositiva, onde o professor apresenta os conteúdos de forma linear, com pouca interação entre os alunos e entre o aluno e o conteúdo. A avaliação é focada na capacidade de memorização e

repetição dos conteúdos ensinados, com ênfase em provas e exames. Já nas metodologias ativas, as aulas se tornam mais dinâmicas e interativas, com atividades que envolvem o aluno em situações práticas de aprendizado, como o estudo de casos, aprendizagem baseada em problemas (PBL), ensino híbrido e gamificação. Essas metodologias estimulam a resolução de problemas, o trabalho em equipe, a discussão e a reflexão sobre o conteúdo, proporcionando uma aprendizagem mais significativa e contextualizada. As avaliações, por sua vez, são mais focadas na aplicação do conhecimento e na capacidade do aluno de resolver problemas práticos, em vez de apenas memorizar informações.

No modelo tradicional, o objetivo de aprendizagem é geralmente limitado à transmissão de conteúdos teóricos e à preparação para exames, o que pode resultar em um aprendizado superficial e de curto prazo. O foco está na obtenção de boas notas, mas não necessariamente no desenvolvimento de competências práticas ou na compreensão profunda dos conteúdos. Em contraste, as metodologias ativas visam promover um aprendizado mais profundo e duradouro, estimulando o desenvolvimento de competências e habilidades essenciais, como pensamento crítico, colaboração, resolução de problemas, criatividade, autonomia e adaptabilidade. O aprendizado é mais orientado para o desenvolvimento de capacidades que serão diretamente aplicadas no mundo real e no mercado de trabalho, tornando o processo mais relevante e significativo para o aluno.

Nas metodologias tradicionais, a interação entre os estudantes é limitada, uma vez que o foco principal é a transmissão de conhecimento do professor para o aluno. As atividades colaborativas, como debates e trabalhos em grupo, podem ser secundárias e não fazem parte do foco principal da metodologia. Por outro lado, nas metodologias ativas, a colaboração e a interatividade são aspectos fundamentais. O aluno é incentivado a trabalhar em grupo, resolver problemas de maneira colaborativa e compartilhar conhecimentos. Atividades como o trabalho em equipe nas metodologias de aprendizagem baseada em projetos ou estudo de casos reais permitem que os estudantes

aprendam uns com os outros, desenvolvam habilidades sociais e se preparem melhor para os desafios do ambiente profissional, onde a colaboração é essencial.

O modelo tradicional tende a ser monótono e centrado em um único formato de ensino (aulas expositivas), o que pode reduzir o engajamento e a motivação dos estudantes, especialmente aqueles que têm dificuldades em se conectar com o conteúdo de forma passiva. Além disso, as avaliações tradicionais, como provas e exames, muitas vezes não refletem o verdadeiro entendimento do aluno, apenas sua capacidade de memorizar informações. Por outro lado, as metodologias ativas são projetadas para aumentar o engajamento e a motivação dos estudantes. O uso de jogos, desafios, projetos práticos, estudos de casos reais e a aprendizagem baseada em problemas tornam o aprendizado mais envolvente e dinâmico. Essas metodologias também permitem que os alunos vejam a aplicabilidade direta do conteúdo, o que fortalece seu interesse e participação. A interação constante com o conteúdo e com outros alunos contribui para um aprendizado mais prazeroso e motivador.

Nas metodologias tradicionais, a avaliação é predominantemente formativa, focada na memorização de conteúdos, com base em provas e testes. Esse modelo de avaliação limita a análise da aprendizagem ao desempenho do estudante em uma única situação, o que pode não refletir seu aprendizado real. Nas metodologias ativas, as avaliações são mais formativas e diversificadas, permitindo uma avaliação contínua do progresso do aluno por meio de trabalhos práticos, projetos, desafios e feedbacks contínuos. Essas abordagens de avaliação são mais integradas ao processo de aprendizagem, permitindo que o aluno demonstre sua capacidade de aplicar o conhecimento em contextos reais e de colaborar com outros em soluções práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de **metodologias ativas** no ensino superior representa um avanço significativo na forma como o conhecimento é construído, promovendo uma abordagem centrada no estudante e estimulando a sua participação ativa e colaborativa no processo de aprendizagem. Ao transformar o estudante em protagonista do seu aprendizado, as metodologias ativas não apenas desenvolvem sua autonomia, mas também ampliam suas competências essenciais, como pensamento crítico, criatividade, resolução de problemas e habilidades colaborativas. Essas metodologias, como o estudo de casos, a aprendizagem baseada em problemas, o ensino híbrido, entre outras, são estratégias eficazes para conectar teoria e prática, permitindo que os alunos lidem com situações reais e desafiadoras, desenvolvendo soluções inovadoras.

Além dos benefícios diretos para os estudantes, a implementação dessas metodologias também torna as instituições de ensino superior mais competitivas e alinhadas com as demandas do mercado de trabalho, que valoriza profissionais com habilidades práticas e capacidade de adaptação a contextos complexos e em constante mudança. A combinação de abordagens diversificadas, como a **gamificação**, o **design thinking** e a **educação maker**, contribui para criar um ambiente de aprendizado mais dinâmico, engajador e significativo, no qual os alunos não apenas adquirem conhecimento, mas também se tornam capazes de aplicar esse conhecimento de forma criativa e inovadora.

Portanto, ao promover uma educação mais interativa, personalizada e colaborativa, as metodologias ativas representam um caminho promissor para o desenvolvimento de competências que são essenciais no mundo contemporâneo. Elas garantem que os estudantes não apenas se tornem mais preparados para enfrentar os desafios do mercado de trabalho, mas também para atuar como cidadãos críticos e responsáveis em uma sociedade em constante transformação.

Mediante o exposto, a análise comparativa entre as metodologias tradicionais e as metodologias ativas no ensino superior desvelou que, enquanto as primeiras se concentram na transmissão de conhecimento de forma passiva, as segundas priorizam a participação ativa do estudante, a colaboração e o desenvolvimento de competências práticas. Dessa forma, as metodologias ativas são mais alinhadas com as necessidades do século XXI, preparando os graduandos para lidarem com desafios complexos decorrentes de uma sociedade em constante transformação que reverbera seus anseios para o mundo profissional. Portanto, a transição para metodologias mais dinâmicas e centradas no estudante – protagonismo estudantil – não só melhora a qualidade do ensino, mas também os capacita a serem profissionais mais preparados, críticos e criativos.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

DEWEY, John. **Vida e educação**. 10. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

SILVA, Jeferson. **Veja 8 estratégias de metodologia ativa para você aplicar em sua IES**. Out. 2020. Disponível em: 8 estratégias de metodologia ativa para IES. Acesso em 20. Mar. 2025.

TAVARES, Priscila Albuquerque. **Metodologias Ativas**: entenda como elas favorecem a aprendizagem. FGV EESP – Escola de Economia de São Paulo. Disponível em: <https://eesp.fgv.br/noticia/metodologias-ativas-entenda-como-elas-favorecem-aprendizagem>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CAPÍTULO 15



ECOS DA NEGLIGÊNCIA: A SÍFILIS CONGÊNITA NO CONTEXTO ATUAL

*Maria Aparecida Machado Orioli*⁴²

*Adão Luiz Lopes Couto*⁴³

*Raí dos Santos Medina*⁴⁴

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita representa um grave problema de saúde pública mundial, sendo uma das principais causas de abortamento, natimortalidade e morbidade infantil evitáveis. No Brasil, nas últimas décadas, é possível observar um aumento preocupante nos índices de sífilis em gestantes e, consequentemente, de sífilis congênita. Este cenário reflete não apenas desafios na identificação precoce e no tratamento adequado das gestantes, mas também falhas estruturais no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado pré-natal.

A transmissão vertical da sífilis ocorre de forma majoritária quando a gestante não é diagnosticada ou não recebe tratamento

42 Pediatra, Mestre em Políticas Públicas de Saúde (UFF), graduada em Medicina, Residência Médica e Título de Especialista em Pediatria, Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, pós-graduada em Saúde da Família (FMC), pós-graduada em Medicina do Trabalho (FMITajubá), pós-graduada em Gestão Materno Infantil (Fiocruz), pós-graduada em Auditoria em Saúde (Fac. Unimed), Professora universitária do departamento de Saúde da Criança da Universidade Iguaçu (UNIG Campus V), orientadora de IC, e-mail: 0506014@professor.UNIG.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1628337444579623>.

43 ²Pediatra, Mestre em Ciências da Saúde (Santa Casa de Belo Horizonte), Residência Médica em Pediatria na FMC, pós-graduado em Saúde da Família (FMC), Professor universitário do departamento de Saúde da Criança da Universidade Iguaçu (UNIG Campus V), e-mail: 0516034@professor.UNIG.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4066588571934725>.

44 Discente do 8º período do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG Campus V), e-mail: 210060869@aluno.UNIG.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4525681403727712>

adequado, resultando em consequências devastadoras para o conceito. Diante dessa realidade, torna-se imperativo o entendimento detalhado dos mecanismos de transmissão, da evolução clínica da doença e dos métodos de diagnósticos disponíveis, para que intervenções eficazes possam ser implementadas de forma tempestiva e integrada.

DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica e curável, exclusiva do ser humano, causada pela *Treponema pallidum*, uma espiroqueta Gram-negativa altamente invasiva. Quando não tratada, evolui por estágios progressivos, afetando diversos sistemas orgânicos.

A transmissão ocorre principalmente por contato sexual, mas, no contexto da gestação, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto, fenômeno que configura a sífilis congênita.

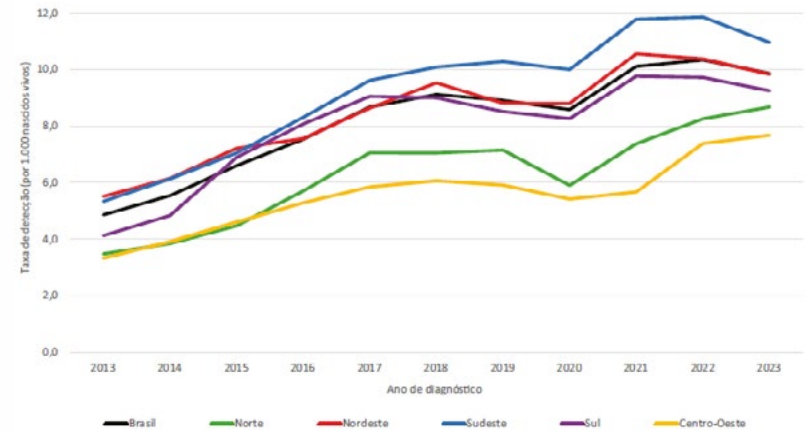
Após o contato, a *Treponema pallidum* penetra nas mucosas ou na pele e dissemina-se pela corrente sanguínea, invadindo tecidos e órgãos. No feto, essa disseminação é facilitada pela passagem transplacentária, sobretudo quando a resposta imune materna não impede a proliferação bacteriana. A resposta inflamatória subsequente pode afetar vários sistemas, incluindo o sistema nervoso central, o cardiovascular e o osteoarticular, podendo ser responsável por uma ampla gama de manifestações clínicas, desde lesões cutâneas até lesões e sequelas em órgãos e sistemas.

DADOS HISTÓRICOS E TENDÊNCIAS

Uma análise comparativa dos dados epidemiológicos evidencia que, enquanto nos últimos 11 anos o aumento foi progressivo e acentuado, os últimos 3 anos demonstram um cenário igualmente preocupante, porém com variações regionais significativas (Figuras 1 e 2). Estudos recentes do Ministério da Saúde (2024) indicam que determinadas regiões urbanas e do interior apresentam taxas de

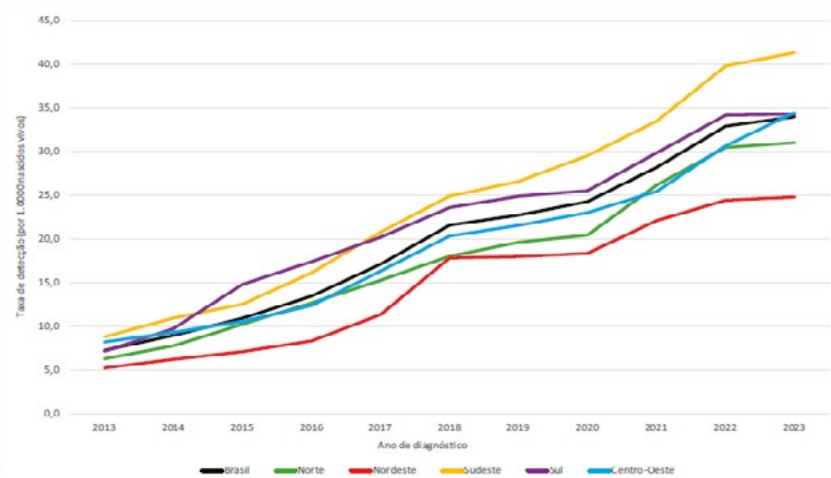
incidência superiores, atribuídas a fatores como baixa cobertura pré-natal, insuficiente rastreamento das gestantes e desabastecimento de penicilina.

Figura 1 – Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2023



Fonte: (Ministério da Saúde, 2024)

Figura 2 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2023

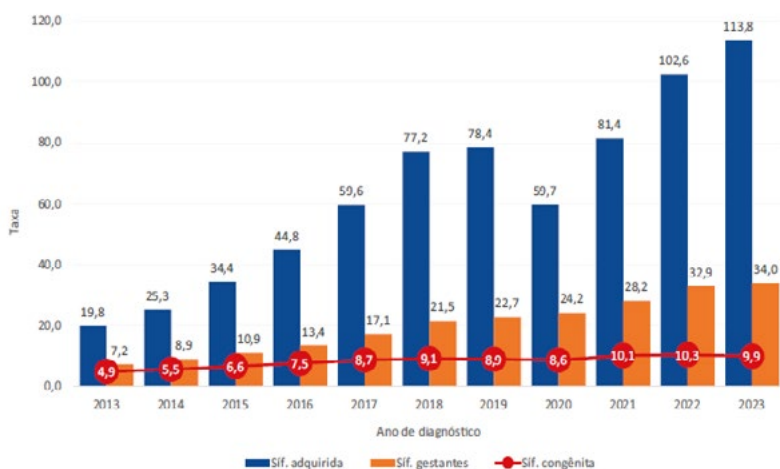


Fonte: (Ministério da Saúde, 2024)

As Figuras 1 e 2 demonstram a elevação das taxas de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, respectivamente, no Brasil, ao longo da última década. As curvas evidenciam um crescimento acelerado nos últimos 5 anos, em todas as regiões do país.

Entre 2013 e 2023, a taxa de sífilis em gestantes no Brasil aumentou de 7,2 para 34,0 casos por mil nascidos vivos, configurando um aumento de quase 4,73 vezes. Paralelamente, os índices de sífilis congênita passaram de 4,91 para 9,9 casos por mil nascidos vivos, refletindo não só a maior sensibilidade dos métodos de detecção (como o uso de testes rápidos), mas também uma real elevação na transmissão vertical decorrente da falta de tratamento adequado. Ainda em relação à sífilis congênita, vale ressaltar que a taxa incidência sofreu uma redução de 10,3 para 9,9 casos por mil nascidos vivos, apresentando uma redução de 4,7%, entre 2022 e 2023 e, embora tenha havido avanços positivos, a sífilis congênita permanece sendo um desafio importante, com 25.002 casos registrados em 2023, segundo dados do Ministério da Saúde (2024), como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2023



Fonte: (Ministério da Saúde, 2024)

Os dados explanados pelos gráficos acima ressaltam a necessidade urgente de aprimorar a vigilância epidemiológica, aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal e garantir o acesso aos testes diagnósticos e ao tratamento adequado para gestantes.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

A identificação precoce da sífilis congênita é fundamental para a redução de complicações e para o manejo eficaz dos recém-nascidos. O diagnóstico envolve uma combinação de avaliações clínicas, sorológicas e radiológicas, sendo os testes não treponêmicos, como o VDRL, essenciais para o acompanhamento do tratamento.

AValiação Clínica

Os sinais e sintomas da sífilis congênita podem variar amplamente. Em muitos casos, os recém-nascidos podem apresentar erupções cutâneas difusas, lesões mucocutâneas, displasia óssea e anomalias radiológicas em ossos longos, alterações neurológicas e hepatoesplenomegalia. A Figura 4 expõe alguns exemplos de manifestações cutâneas da sífilis congênita:

Figura 4 – Manifestações cutâneas da sífilis congênita.



Fonte: (Ministério da Saúde, 2020)

Sífilis congênita precoce geralmente se manifesta durante os primeiros 3 meses de vida e as manifestações podem incluir erupções vesiculobolhosas características ou exantema macular com coloração cúprica nas palmas das mãos e nas solas dos pés, lesões papulares

ao redor do nariz, da boca e das áreas das fraldas e, ainda, lesões petequiais.

TESTES LABORATORIAIS

A realização de testes sorológicos é indispensável para confirmar o diagnóstico, dentre os principais métodos, destacam-se os testes não treponêmicos (VDRL e RPR), utilizados para rastreamento e monitoramento da resposta ao tratamento, pois a redução de, pelo menos, duas diluições em um intervalo de 6 a 12 meses é considerada um indicativo de sucesso terapêutico. Por outro lado, os testes treponêmicos (FTA-ABS e TPPA) tem alta sensibilidade, porém permanecem reagentes mesmo após o tratamento, não sendo ideais para o monitoramento da cura.

O acompanhamento sorológico dos lactentes expostos é crucial. Recomenda-se a testagem imediata ao nascimento e reavaliações mensais nos primeiros meses de vida, além de monitoramento continuado por, pelo menos, 12 a 24 meses para confirmar a resolução ou identificar a persistência da infecção, indicando serofilia.

EXAMES RADIOLÓGICOS

Os achados radiológicos são particularmente úteis na avaliação de alterações ósseas na sífilis congênita, pois alterações como a desorganização dos ossos longos, lesões periosteais (Figura 5) e a presença de hiperostose podem ser evidenciadas por meio de radiografias.

Figura 5 - Radiologia com alterações ósseas



Fonte: Repositórios clínicos de imagens radiológicas e referências publicadas pelo Ministério da Saúde, 2020 e estudos indexados na SciELO

A Figura 5 demonstra uma imagem radiológica que apresenta alterações ósseas típicas da sífilis congênita, como a presença de áreas de osteólise e reações periosteais.

TRATAMENTO NEONATAL

O manejo da sífilis congênita exige, além de uma detecção precoce e precisa, a implementação imediata de estratégias terapêuticas para reduzir complicações e prevenir sequelas irreversíveis. Ademais, serão abordadas as implicações dos diagnósticos errôneos e o impacto da negligência, tanto de políticas públicas, quanto na adesão ao tratamento, evidenciando como esses fatores podem resultar em desfechos negativos a curto e longo prazo para a saúde infantil.

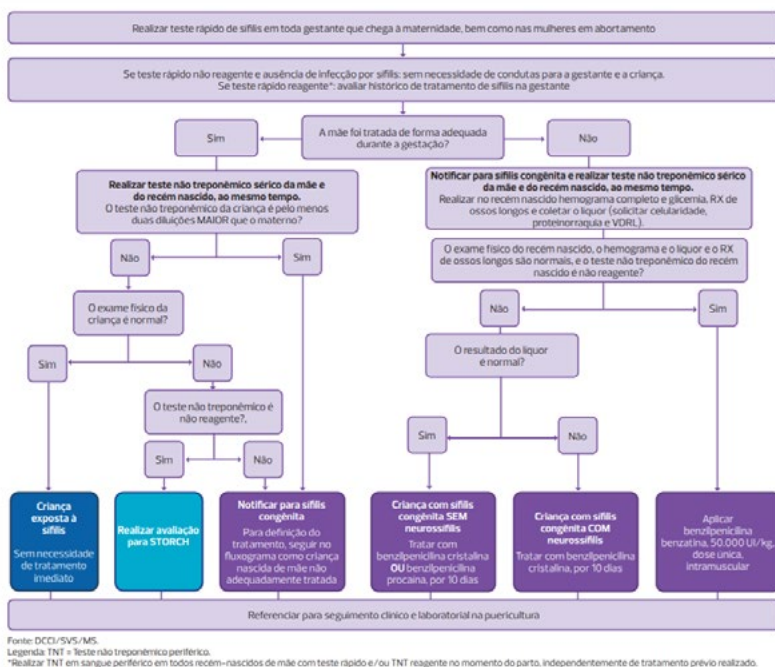
O tratamento neonatal da sífilis congênita deve ser iniciado logo ao nascimento, sendo a penicilina o fármaco de melhor escolha. Conforme os protocolos nacionais e internacionais, a administração de Penicilina Benzatina ou, em alguns casos, de Penicilina G Cristalina, é fundamental para reduzir a carga bacteriana e prevenir a progressão da doença.

As principais orientações incluem: I. esquema terapêutico: recém-nascidos com diagnóstico confirmado, recomenda-se a administração de penicilina G cristalina (em situações de

sífilis congênita assintomática, a orientação é semelhante, com monitoramento sorológico contínuo); II. dessensibilização: gestantes com histórico de reação alérgica à penicilina devem ser submetidas a protocolos de dessensibilização para o uso seguro do antibiótico, evitando a transmissão vertical (esse procedimento deve ser realizado sob rigorosa supervisão médica e em ambiente hospitalar), e; III. abordagem em casos de falha ou tratamento inadequado materno: quando o tratamento materno é iniciado após a 24ª semana de gestação ou com esquema inadequado, o risco de transmissão vertical é significativamente maior (nessas situações, o recém-nascido deve ser avaliado com rigor, e o tratamento deve ser instituído mesmo na ausência de sintomas aparentes, dado o risco de manifestação tardia da doença).

A Figura 6 apresenta o fluxograma a ser seguido no manejo terapêutico neonatal:

Figura 6 – Fluxograma do manejo terapêutico neonatal



Fonte: (Ministério da Saúde, 2015)

O fluxograma acima detalha as etapas que vão desde o rastreamento pré-natal até o seguimento dos lactentes, incluindo a realização de testes sorológicos (VDRL e confirmatórios) e a administração do tratamento adequado, ilustrando o algoritmo de decisão para o manejo dos recém-nascidos expostos à sífilis, incluindo a identificação dos critérios para tratamento imediato, a indicação de exames sorológicos e as etapas para reavaliação clínica e laboratorial.

SEGUIMENTO CLÍNICO E SOROLÓGICO

O seguimento dos recém-nascidos tratados para sífilis congênita é essencial para confirmar a eficácia do tratamento e identificar precocemente possíveis falhas terapêuticas ou reinfecções. O protocolo de acompanhamento está representado na Figura 7:

Figura 7 – Cronograma de consultas e exames recomendado para acompanhamento dos lactentes.

Mês de Vida	Consulta Pediátrica	Exame VDRL
Nascimento	Sim	Sim
1º mês	Sim	Não
3º mês	Sim	Sim
6º mês	Sim	Sim
9º mês	Sim	Não
12º mês	Sim	Sim
18º mês	Sim	Sim
24º mês	Sim	Não

Fonte: Ilustração do cronograma recomendado para o acompanhamento dos lactentes, destacando o número de consultas e exames VDRL realizados ao longo dos primeiros 24 meses de vida. Dados baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde e em estudos recentes (Ref. =FOTO).

A Figura 7 ilustra o cronograma recomendado para o acompanhamento dos lactentes, destacando o número de consultas e exames VDRL realizados ao longo dos primeiros 24 meses de vida.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O IMPACTO DA NEGLIGÊNCIA

Ainda que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado da sífilis na gestante e parcerias sexuais durante o pré-natal sejam determinantes na redução da transmissão vertical, falhas na identificação e manejo adequado, seja por ausência ou atraso no tratamento da gestante, ou pela ineficiência dos serviços de saúde, podem ter consequências devastadoras (Fiocruz, 2023).

Estudos demonstram que, quando a gestante não é tratada ou recebe tratamento inadequado, a taxa de transmissão vertical pode atingir de 70 a 100%. Ressalta-se, ainda, a negligência no seguimento pós-tratamento com diagnósticos errôneos, a interpretação ambígua dos testes sorológicos ou a manutenção do estado sorológico reagente (*serofast*), que, embora não indique necessariamente uma falha terapêutica, pode levar a intervenções desnecessárias e à realização de exames repetidos, causando impactos psicológicos e financeiros para as famílias e sobrecarregando, ainda mais, o sistema de saúde (Cavalcante et al., 2019). Além disso o impacto psicológico gera insegurança nos responsáveis, prejudicando a confiança no sistema de saúde e podendo afetar a qualidade do vínculo entre equipe médica e família.

Outro nó crítico diz respeito a realização insuficiente dos exames complementares, por limitação de recursos ou falha na integração dos serviços de saúde, dificultando a identificação de alterações subclínicas que podem evoluir para complicações sérias, e; o atraso no rastreamento pré-natal – estudos indicam que uma parcela significativa das gestantes não realiza o rastreamento sorológico de forma adequada, seja por acesso limitado aos serviços de saúde ou por desinformação, resultando em diagnósticos tardios, quando a eficácia do tratamento para prevenir a transmissão vertical já se encontra comprometida (Cavalcante et al., 2019).

A negligência no manejo da sífilis congênita manifesta-se em diversos níveis: I. acesso insuficiente ao pré-natal de qualidade: baixa cobertura pré-natal e falta de rastreamento adequado das gestantes; II.

desabastecimento de penicilina e falhas na logística de distribuição: a indisponibilidade do antibiótico essencial tem sido relatada em vários estados, impactando diretamente na efetividade do tratamento tanto materno quanto neonatal. Esta situação é, também, motivo de preocupação da saúde em âmbito global, e foi pauta da 69ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2016 (MEDSCAPE, 2016). e; III. formação e capacitação inadequada dos profissionais de saúde para o manejo da sífilis: desde a interpretação dos exames até a condução do tratamento, o que contribui para erros diagnósticos e para a ineficácia das intervenções terapêuticas.

DISCUSSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

As consequências da sífilis congênita não se restringem ao período neonatal, podendo contribuir para comprometimentos neurológicos e cognitivos numa fase mais tardia. Entre os impactos a longo prazo, destacam-se: I. atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, déficits neurológicos, dificuldades na aprendizagem e comprometimento da coordenação motora ou sequelas neurológicas permanentes como paralisia, surdez e comprometimento visual, que afetam a qualidade de vida do indivíduo; II, alterações ósseas e displasia com lesões periosteais e alterações ósseas detectadas por radiografias podem evoluir para displasia e deformidades que afetem o crescimento e a funcionalidade dos membros, III. complicações cardíacas, que vão desde arritmias, até malformações congênitas que comprometem a função cardíaca a longo prazo. Impactos psicossociais e econômicos, como a negligência e os diagnósticos equivocados, podem gerar consequências que extrapolam os aspectos puramente médicos, como estresse familiar e impacto na saúde mental.

Para mitigar os impactos negativos e aprimorar o manejo da sífilis congênita, é imprescindível a integração de esforços em diversas frentes, contando com: I. uma equipe multidisciplinar, com pediatras, infectologistas, radiologistas, psicólogos e assistentes sociais; II.

investimento em políticas públicas que ampliem a cobertura e a qualidade do pré-natal, garantindo o acesso a testes precisos e ao tratamento imediato; III. capacitação e educação continuada, com programas de treinamento voltados para os profissionais de saúde, com foco na atualização dos protocolos de manejo e na interpretação dos exames sorológicos, e; IV. busca por inovação tecnológica e pesquisa para o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, de baixo custo e com maior sensibilidade, aliado à pesquisa em terapias alternativas para casos de alergia à penicilina.

Destaca-se a importância de um manejo imediato e eficaz, ressaltando que o sucesso terapêutico depende de uma abordagem integrada que inclua a administração correta da penicilina, um rigoroso cronograma de consultas e a interpretação criteriosa dos testes sorológicos. Além disso, é necessária a ênfase acerca dos impactos adversos decorrentes do diagnóstico equivocado e da negligência, tanto do ponto de vista das políticas públicas quanto do acompanhamento clínico, e das perspectivas de melhoria que apontam para a necessidade de investimentos em infraestrutura, educação e inovação.

Os desafios atuais, que refletem falhas no sistema de saúde e na continuidade do cuidado, podem ter consequências devastadoras para o desenvolvimento infantil. Contudo, o fortalecimento das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento, aliado a uma política pública eficaz, representa o caminho para reverter essa tendência alarmante e assegurar um futuro mais saudável para as crianças brasileiras.

RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Se faz necessário, logo, o seguimento de diretrizes e apontamentos que possam auxiliar no controle e tratamento da sífilis congênita, algumas delas listadas a seguir:

I. ampliação da cobertura pré-natal através de programas que garantam a cobertura universal e de qualidade, além da implementação

de campanhas educativas e o fortalecimento dos serviços de saúde em áreas remotas; II. integração de tecnologias diagnósticas com a incorporação de métodos diagnósticos modernos, que permitam a identificação rápida e precisa da infecção, reduzindo o tempo entre a suspeita e a intervenção terapêutica (SALADO, 2015); II. Aperfeiçoamento dos protocolos de tratamento, tanto para gestantes quanto para recém-nascidos, através de constantes revisões com base nas evidências mais recentes; III. padronização dos esquemas, aliado à monitorização rigorosa dos títulos sorológicos, possibilitando a identificação precoce de falhas terapêuticas e a adoção de medidas corretivas; IV. Priorização e garantia de suprimentos e logística, de forma a assegurar o abastecimento contínuo de Penicilina e de outros insumos essenciais para evitar interrupções no tratamento; V. garantia da criação de sistemas robustos de monitoramento e avaliação dos programas de rastreamento e tratamento para identificar falhas e promover melhorias contínuas, garantindo a eficácia das intervenções e a redução dos índices de sífilis congênita; VI. Investimento em cursos, treinamentos e workshops que abordem os protocolos atualizados e as melhores práticas no manejo da sífilis congênita; VII. criação de redes de colaboração entre instituições acadêmicas, centros de referência e unidades de saúde, a fim de facilitar o intercâmbio de informações e o desenvolvimento de estudos multicêntricos que auxiliem na formulação de estratégias regionais e nacionais de combate à sífilis; VIII. priorização no follow-up dos lactentes expostos à sífilis envolvendo consultas regulares, avaliações laboratoriais e, quando necessário, exames radiológicos, além do acompanhamento psicológico das famílias; IX. desenvolvimento de testes diagnósticos de alta sensibilidade e especificidade e pesquisas em novas metodologias diagnósticas, que possam oferecer resultados rápidos, de baixo custo e com elevada acurácia, além de técnicas baseadas em biologia molecular e inteligência artificial, que possam revolucionar a forma como a sífilis é detectada, proporcionando intervenções mais precoces e eficazes; X. integração de sistemas de informação e o uso de tecnologias digitais para uma vigilância epidemiológica mais

eficaz, permitindo o monitoramento em tempo real, facilitando a identificação de surtos e a alocação estratégica de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sífilis Congênita continua sendo um problema de saúde pública que demanda uma abordagem integrada e multidisciplinar. Ao longo deste capítulo, foi demonstrado que os desafios no manejo da doença vão desde as barreiras ao diagnóstico precoce até as falhas na implementação de tratamentos adequados. A negligência, tanto institucional, quanto individual, exacerba os desfechos negativos, afetando não somente o período neonatal, mas também o desenvolvimento dos lactentes a longo prazo.

A proposta de estratégias integradas, que envolvem a universalização do acesso a um pré-natal de qualidade, a padronização dos testes diagnósticos, a capacitação contínua dos profissionais e o fortalecimento das políticas públicas, emerge como o caminho mais promissor para a redução dos índices de transmissão vertical. Ademais, o incentivo à inovação tecnológica e à pesquisa interdisciplinar é fundamental para aprimorar as ferramentas de diagnóstico e monitoramento, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais responsivo, inclusivo, universal e equitativo.

A consolidação dessas medidas, por meio de esforços coordenados entre gestores, profissionais de saúde e a sociedade, permitirá não somente a redução dos índices de sífilis congênita, mas também a melhoria da qualidade de vida das crianças e de suas famílias, reafirmando o compromisso com a saúde e os direitos humanos.

Este capítulo espera servir como referência e incentivo para a contínua busca por soluções que protejam as futuras gerações, garantindo que a negligência e as falhas do passado/presente sejam superadas por uma abordagem integrada e humanizada na atenção à saúde materno-infantil.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** - Sífilis 2024. Número Especial, outubro, 2024 - versão eletrônica. Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: **manual de bolso**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros** - versão eletrônica. Brasília: MS, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sífilis 2019. **Boletim Epidemiológico**. 2019; 5:1–44.

CAVALCANTE, A. N. M.; ARAÚJO, M. A. L.; NOBRE, M. A.; ALMEIDA, R. L. F. de. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Revista de Saúde Pública*, 2019; 53:95. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>. Acesso em: 28 mar. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2016; 32:e00082415. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação – versão eletrônica. Publicada em: 11 nov. 2019. Atualizada em: 01 e 22 set. 2023.

MOURA, A. A.; MELLO, M. J. G.; CORREIA, J. B. Prevalência de sífilis, vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e vírus T-linfotrópico humano e coinfeções durante a triagem prenatal em uma população urbana nordestina brasileira. *Int J Infect Dis*, 2015; 39:10–15.

OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. Desabastecimento da Penicilina e Impactos para a Saúde da População. **Medscape**, 2016.

SALADO-RASMUSSEN, K. Syphilis and HIV co-infection. *Epidemiology, treatment and molecular typing of Treponema pallidum*. *Dan Med J*, 2015; 62:B5176.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42:768–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400026>.

SILVA NETO, S. E.; SILVA, S. S. B. E.; SARTORI, A. M. C. **Sífilis na gestação, sífilis congênita e fatores associados à transmissão mãe-filho em Itapeva**, São Paulo, 2010 a 2014. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 2018; 51:819–26. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0037-8682-0377-2017>.

SOARES, L. G.; ZARPELLON, B.; SOARES, L. G.; et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Saúde Pública**, 2017; 17:791–9. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>.

TEIXEIRA, L. O.; BELARMINO, V.; GONÇALVES, C. V.; MENDOZA-SASSI, R. A. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no Estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciênc.**

Saúde Coletiva, 2018; 23(8):2587-97. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global **guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis**. 2. ed. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guideline on Syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: WHO, 2017.

CAPÍTULO 16



NEUROGERIATRIA: DESAFIOS E AVANÇOS NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA COM DOENÇA NEUROLÓGICA

Eliza Miranda Costa Caraline⁴⁵

Laila Caraline Coelho Xavier⁴⁶

Pedro Carvalho Tinoco⁴⁷

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano ocorre associado da degradação física do organismo, o que leva ao risco aumentado para o desenvolvimento de doenças nos diversos sistemas, dos quais sobressai-se o nervoso. Assim, é comumente observado, sobretudo nos indivíduos com idade muito avançada, o aparecimento de doenças neurológicas (DN) (Hou *et al*, 2019).

Durante o processo saudável de envelhecimento, há o acometimento de diversas estruturas neuroanatômicas de forma heterogênea tanto em intensidade quanto em período de ocorrência. Por exemplo, no começo da vida adulta, há diminuição da substância cinzenta especificadamente no córtex pré-frontal, enquanto nas idades mais avançadas observa-se redução da substância branca no hipocampo, área de grande importância para cognição, o que pode levar à debilidade do processamento de informações complexas com

45 Docente do curso de Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. Medica de Família e Comunidade (SBMFC), Mestre em Medicina (Santa Casa BH) / <https://orcid.org/0000-0001-8508-292X> / <http://lattes.cnpq.br/4231479237905406> / [dra.elizacaraline@gmail.com](mailto:elizacaraline@gmail.com)

46 Docente do curso de Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. Medica Neurologista (ABN), Mestre em Medicina (Santa Casa BH) / <http://lattes.cnpq.br/1205572072494228> / laila.caraline@gmail.com

47 Discente do Curso de Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. <https://orcid.org/0009-0005-8949-4434> / <http://lattes.cnpq.br/1682121966022266> / pedroctinoco@outlook.com

declínio de raciocínio lógico, memória e velocidade de processamento (Juan; Adlard, 2019).

Esses fatos podem levar à crença errônea de que as DNs são, na verdade, resultados do envelhecimento, que é um dos principais fatores de risco para o surgimento dessas. Nesse sentido, no tocante às doenças neurológicas da pessoa idosa, destacam-se as neurodegenerativas como a Doença de Alzheimer (DA) e a Doença de Parkinson (DP), definidas pelas patologias decorrentes da perda acentuada de neurônios em áreas específicas do sistema nervoso concomitante a processos patológicos que resultam em alterações funcionais e estruturais (Hou *et al*, 2019).

EPIDEMIOLOGIA

As DNs são notoriamente frequentes na população idosa, constituem a maior causa de deficiência e são uma grande preocupação na saúde pública. Estima-se que, no mundo todo, existam mais de 80 milhões de sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 40 milhões de portadores de demências, 45 milhões de epiléticos e 6 milhões de portadores de DP (Dumurgier; Tzourio, 2020).

No que se refere às demências, destaca-se a DA, causa mais comum de demência em adultos, com prevalência próxima a 0.6% entre 65 e 69 anos e até 22% naqueles indivíduos maiores de 90 anos, dobrando a probabilidade a cada 5 anos dos 60 aos 80 anos (Dumurgier; Tzourio, 2020).

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais frequente, tendo a idade avançada como maior fator de risco. Sua prevalência é estimada em 1% na população acima de 60 anos e 5% nos maiores de 85 (Dumurgier; Tzourio, 2020).

Além dessas, o AVC representa grande parte das afecções neurológicas da pessoa idosa. De todos os AVCs, aproximadamente 87% são isquêmicos, causados majoritariamente por aterosclerose de grandes artérias, patologias cardioembólicas como a Fibrilação Atrial

e oclusão de pequenos vasos. A incidência dobra toda década após os 45 anos e cerca de 75% dos AVCs ocorrem depois dos 65 anos de idade (Dumurgier; Tzourio, 2020).

Neste capítulo serão abordados a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson e o Acidente Vascular Cerebral, as patologias neurológicas de maior prevalência e relevância da prática clínica na pessoa idosa, enfatizando o impacto das multimorbidades no tratamento neurológico do idoso, a abordagem multidisciplinar no cuidado do idoso com doenças neurológicas, as novas perspectivas terapêuticas e prevenção de declínio cognitivo.

DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA, definida por lesões que incluem acúmulo de peptídeo beta-amiloide extracelular e perda de neurônios e sinapses, é especialmente notada por ser disparadamente a maior causa de demência, com números entre 50 e 75% de todas, afetando principalmente indivíduos maiores de 65 anos (Masters *et al*, 2015). É caracterizada pelo início insidioso com perda episódica de memória, evidenciada pela repetição de perguntas, conversas e dificuldade para recordar eventos correntes, além de dificuldade de lembrar nomes de objetos e pessoas e desorientação local e temporal progressiva, manifestada pela necessidade constante de acompanhamento e de ser lembrado de quando e onde está (Lopez; González; Léger, 2019).

O diagnóstico preciso e precoce está diretamente associado à evolução positiva da DA. Ainda são utilizados somente critérios clínicos, visto que podem ser encontrados biomarcadores e evidências semelhantes ao progresso patológico em indivíduos maiores de 70 anos sem qualquer sinal de deficiência cognitiva (Atri, 2019). Um dos métodos diagnósticos utilizados é o do *National Institute on Aging and Alzheimer's Association* (NIA-AA), como descrito por McKhann *et al*, 2011: critérios clínicos para o diagnóstico de demência, associados às seguintes características: início gradual durante meses ou anos;

história inegável de declínio cognitivo observado; os déficits mais proeminentes devem ser de apresentação amnésica (prejuízo no aprendizado e memória de informações recentes) ou ainda de apresentação na linguagem, visuoespacial ou disfunção executiva, desde que essas estejam associadas.

O principal desafio do tratamento da DA advém da natureza do processo patológico, que pode iniciar até 10 anos antes do aparecimento dos sintomas, o que dificulta o uso de tratamento específico para a patologia, divergindo o foco terapêutico ao alívio dos sintomas (Khan; Barve; Kumar, 2020). Nesse sentido, o desenvolvimento da doença é constituído por fatores de risco não-modificáveis como, idade, gênero e genética e por fatores modificáveis como estilo de vida, educação e lesões cranianas. O risco de demência e sua progressão na população idosa pode ser consideravelmente reduzido através do estímulo a um estilo de vida favorável, especialmente por meio de atividade física frequente, diminuição da obesidade, cessar do alcoolismo e tabagismo, dieta focada em índices baixos de colesterol.

O risco de desenvolvimento de demência em pessoas idosas híidas diminui em até 40% nos indivíduos que praticam atividades físicas todos os dias (Klimova; Kuca, 2015).

Para o manejo adequado, é essencial que o tratamento seja dinâmico, multidisciplinar e multifatorial, envolvendo o diagnóstico precoce, terapêutica comportamental e não farmacológica, farmacologia apropriada e individualizada e plano de cuidado ajustado à realidade de cada paciente e aos cuidadores responsáveis, incluindo a educação quanto à síndrome, o estágio em que se encontra, o curso natural da doença, cuidados disponíveis e planejamento desses (Atri, 2019).

Assim, o tratamento deve incluir medidas farmacológicas e não-farmacológicas, visando a redução dos sintomas e diminuição do ritmo de progressão da DA. Dentre as opções disponíveis, destaca-se a psicoeducação dos cuidadores, principalmente no que se refere aos sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), que podem incluir resistência ao cuidado, agressividade ao

cuidador e comportamento obsessivo-compulsivo. A importância da psicoeducação vem do entendimento de que o cuidador não elucidado pode não conseguir compreender a influência das alterações neurológicas no comportamento errático do paciente e por consequência, não conseguir prover o cuidado necessário (Atri, 2019).

A atuação de um profissional nutricionista é igualmente importante nas estratégias de prevenção e tratamento, principalmente no tangente à inclusão de certos ácidos graxos não produzidos pelo organismo na dieta do paciente. Dentre esses estão os ácidos linoleico e alfa-linoleico, conhecidos como ômega-6 e ômega-3, respectivamente, além do ácido docosahexaenóico (DHA), que participam de cadeias precursoras de componentes essenciais de estruturas biológicas e do funcionamento de processos sinápticos, plasticidade de sinapses, liberação de neurotransmissores, mielinização e crescimento neuronal (Passeri *et al*, 2022).

Acerca do tratamento farmacológico, são utilizadas duas principais classes de medicamentos: inibidores da acetilcolinesterase, que aumentam os níveis de acetilcolina no cérebro, uma molécula que atua na transmissão de informação entre neurônios, e os antigitamatérgicos, que regulam os níveis de glutamato por meio de ação antagonista não competitiva nos receptores NDMA a fim de reduzir níveis elevados dessa substância que podem causar sintomas neuropsiquiátricos como agitação, apatia e ilusões. Embora não sejam curativos, esses medicamentos são utilizados para controlar a evolução, estabilizar ou aliviar os sintomas da doença e, acima de tudo, melhoram a qualidade de vida tanto do paciente quanto do cuidador (Passeri *et al*, 2022).

A associação de áreas diferentes da medicina também é benéfica no cuidado da DA, visto que essa é constante relacionada à ocorrência de depressão e a outras afecções neurológicas. Além do geriatra, deve-se, sempre que necessário, alinhar o cuidado do paciente com médico neurologista e psiquiatra (Stancu *et al*, 2024).

DOENÇA DE PARKINSON

A DP, segunda doença neurodegenerativa mais comum da pessoa idosa, é definida pela perda de neurônios dopaminérgicos na pars compacta da substância negra localizada no mesencéfalo e associada aos corpos de Lewy, além de envolver outras regiões cerebrais e neurônios não dopaminérgicos. Embora a característica principal da DP se dê pelos acometimentos motores, como tremor assimétrico, rigidez e bradicinesia lentamente progressivos, sintomas não motores como dor, declínio cognitivo, anosmia, constipação, depressão, psicose e transtornos do sono estão associados em quase todos os pacientes. A maioria dos casos de DP possui etiologia multifatorial, associando fatores ambientais e genéticos, incluindo exposição a agentes químicos e lesão craniana (Simon; Tanner; Brundin, 2021). Alguns sintomas não motores como anosmia e constipação podem apresentar-se em pacientes anteriormente ao quadro clínico clássico, precedendo os sintomas motores em anos ou até mesmo décadas (Tolosa *et al*, 2021).

O diagnóstico da DP é predominantemente clínico por meio da anamnese e exame físico. É necessário que o paciente tenha parkinsonismo (bradicinesia com tremor e/ou rigidez em repouso) e a confirmação é feita pela presença de ao menos 2 de 4 critérios auxiliares: tremor em repouso, melhora clínica acentuada com terapia dopaminérgica, discinesia induzida por levodopa e perda olfatória ou denervação simpática cardíaca, evidenciada em exame específico. A utilização de exames de imagem e outros específicos é reservada para exclusão de diagnósticos diferenciais e comorbidades associadas, sobretudo na suspeita de outras patologias (Armstrong; Okun, 2020). A principal dificuldade encontrada no diagnóstico é a diferenciação de doenças parkinsonianas atípicas como Atrofia de Múltiplos Sistemas, Paralisia Supranuclear Progressiva e Degeneração Corticobasal. Dessa forma, mesmo em consulta com neurologista altamente especializado, o diagnóstico preciso na 1ª consulta é improvável (Tolosa *et al*, 2021).

Similarmente à DA, o tratamento da DP atua na redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida do paciente. Nesse caso, devido ao mecanismo fisiopatológico, são efetivos na redução dos sintomas motores os fármacos à base de dopamina, como a levodopa e agonistas da dopamina. Apesar de eficientes, esses medicamentos podem ocasionar distúrbios impulsivos e, na retirada, sintomas de abstinência como ansiedade, irritabilidade, crises de pânico e dor). Opostamente, os sintomas não motores geralmente são causados por neurotransmissores não relacionados à dopamina e o tratamento é similar ao realizado em pacientes não portadores de DP. A presença de depressão e psicose deve ser avaliada por psiquiatra, que deve ser incluído no plano de tratamento (Armstrong; Okun, 2020).

Tendo em vista a natureza motora dos sintomas da DP, é imprescindível associar a atividade física e a fisioterapia ao tratamento farmacológico. A atividade física adequada pode ser utilizada tanto como diminuição do risco de desenvolver DP quanto para aliviar sintomas motores representados na discinesia e distúrbios de marcha, além de poder amenizar sintomas não motores como transtornos do sono e depressão (Xu; Fu; Le, 2019). Exercícios aeróbicos de intensidade moderada ou alta como ciclismo e caminhada estão associados a melhora de parâmetros avaliados na marcha como capacidade e velocidade de deambular. A bradicinesia da DP é mediada tanto pela alteração patológica quanto pela atrofia e perda de força associada ao envelhecimento e o treino de resistência muscular pode ser utilizado para melhora da mobilidade. Treinos específicos de equilíbrio e marcha também são opções terapêuticas com grande impacto na qualidade de vida do paciente. Essas práticas devem sempre ser acompanhadas por profissional da educação física ou fisioterapia e incluídas no plano terapêutico elaborado pelo médico (Ellis *et al*, 2021).

Ademais dos efeitos diretos na atenuação dos sintomas motores da DP, a utilização de exercícios físicos no tratamento tende a aprimorar o efeito do medicamento e diminuir a ocorrência de efeitos colaterais. Esse impacto tão positivo do exercício físico pode ser associado à melhora da função mitocondrial, equilíbrio do metabolismo e uso

apropriado de glicose pelo cérebro. Ainda, o exercício físico pode beneficiar comorbidades comumente presentes nas pessoas idosas portadoras de DN's como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemias e diminuir o risco de quedas (Mak *et al*, 2017).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Outra condição neurológica de grande ocorrência é o AVC, definido como déficit neurológico atribuído à injúria focal aguda no sistema nervoso central de causa vascular isquêmica ou hemorrágica. Tem como alguns dos principais fatores de risco a idade, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, e os dois últimos tendem a afetar simultaneamente grande parte das pessoas idosas. As possíveis complicações do AVC contribuem significativamente para piora da qualidade de vida dos afetados por meio do comprometimento funcional e limitante de atividades domésticas. Entre as mais frequentes e expressivas estão a depressão, déficit cognitivo e disfunção motora, além de outras como ansiedade, dor e disfunção sexual. Ademais da gravidade de cada uma dessas complicações, constantemente são tratadas de forma inadequada, levando a uma piora ainda mais acentuada na qualidade de vida do paciente (Sharrief; Grotta, 2019).

Diferentemente das patologias abordadas anteriormente, o AVC é uma condição aguda e o foco aqui será o tratamento das sequelas neurológicas e das condições crônicas que predis põem o paciente. Segundo Pandey e Tater (2021), as sequelas motoras mais comuns são a hemicoreia, distonia, tremor, mioclonia, asterixis e estereotipias e frequentemente ocorrem concomitantemente ao déficit cognitivo presente em até dois terços dos sobreviventes de AVC e, devido à natureza aguda do AVC, provocam uma alteração drástica e súbita na vida do paciente e de seus familiares, que muitas vezes não possuem o preparo necessário para lidar com as repercussões (Rangel; Belasco; Diccini, 2013).

O primeiro trimestre pós-AVC é o mais crítico para recuperação neurológica dos membros e da função cerebral, o que demanda um plano intenso, precoce e individualizado de reabilitação (Teasell; Hussein, 2018). Desse modo, são essenciais para a evolução positiva do paciente o envolvimento familiar, sobretudo nos casos em que as sequelas levam à incapacidade física, e a realização de reabilitação frequente (Rangel; Belasco; Diccini, 2013).

Assim como na DA e DP, a educação psicológica dos familiares e cuidadores acerca das possíveis, necessidades, perspectivas de evolução e outros aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais está associada à melhora da qualidade de vida do paciente e cuidadores e possibilitam melhor eficácia das terapias implementadas no plano de tratamento (Stolwyk *et al*, 2024).

Atualmente, a associação da abordagem multidisciplinar e do uso de tecnologia possibilitam novas possibilidades promissoras na reabilitação de pacientes pós-AVC, incluindo recuperação cognitiva e motora. Algumas das terapêuticas adotadas são a estimulação cerebral não invasiva, terapias baseadas em atividade, interfaces cérebro-computador e terapias cognitivas (Gunduz; Bucak; Keser, 2023).

As terapias baseadas em atividade são um componente chave da neuro- reabilitação. A terapia de movimento induzido pela restrição (TMIR) é muito efetiva e popular na reabilitação de um membro afetado pelo AVC e envolve a restrição do uso do membro não afetado e treino intenso do afetado por meio de atividades repetitivas e estruturadas por até 6h ao dia. Ainda distante da realidade brasileira, há também a terapia assistida por robô (TAR), capaz de aplicar uma terapia altamente padronizada e específica, podendo melhorar a capacidade motora de membros afetados e promover atividades básicas do dia a dia (Gunduz; Bucak; Keser, 2023).

No que concerne as interfaces cérebro-computador, essas necessitam da existência de algum movimento do membro atingido. Embora sejam comumente relacionadas às tecnologias utilizadas na assistência de funções básicas do paciente, as interfaces podem ser utilizadas como auxiliares na reabilitação, combinando

o reconhecimento da intenção de movimento por meio de eletroencefalograma a um sistema de feedback acessível ao paciente, trabalhando o loop de intenção-execução- feedback e buscando aprimorar a neuroplasticidade (Gunduz; Bucak; Keser, 2023).

CONCLUSÃO

Portanto, a constante indiscutível no tratamento das diversas DNs que acometem a pessoa idosa, sobretudo aquelas mais frequentes e usuais do contexto cotidiano, é que a abordagem multidisciplinar sempre deve ser adotada, elaborada em conjunto pelo médico assistente, o paciente, os cuidadores e demais profissionais de modo individualizado tanto para a patologia específica quanto para as necessidades particulares do paciente, advindas dos efeitos experienciados, sejam esses causados diretamente pela doença ou por suas consequências no dia a dia. Ainda, a abordagem não deve ser somente ao acometido pela enfermidade e sim a todos aqueles que convivem e participam ativamente do tratamento do paciente.

Para elaborar o tratamento mais adequado possível, é necessário estar em constante processo de aprendizado e atualização sobre as novas medidas terapêuticas, especialmente aquelas que estejam ao alcance do paciente e, se preciso, adaptá-las às suas condições.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, M. J.; OKUN, M. S. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease. **JAMA**, v. 323, n. 6, p. 548–560, 11 fev. 2020.

ATRI, A. The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum. **Medical Clinics of North America**, v. 103, n. 2, p. 263–293, mar. 2019.

DUMURGIER, J.; TZOURIO, C. Epidemiology of neurological diseases in older adults. **Revue Neurologique**, v. 176, n. 9, p. 642–648, 1 nov. 2020.

ELLIS, T. D. et al. Evidence for Early and Regular Physical Therapy and Exercise in Parkinson's Disease. **Seminars in Neurology**, v. 41, n. 02, p. 189–205, 19 mar. 2021.

GUNDUZ, M. E.; BUCAK, B.; KESER, Z. Advances in Stroke Neurorehabilitation. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 21, p. 6734–6734, 25 out. 2023.

HOU, Y. et al. Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. **Nature Reviews. Neurology**, v. 15, n. 10, p. 565–581, 1 out. 2019.

JUAN, S. M. A.; ADLARD, P. A. Ageing and Cognition. **Subcellular Biochemistry**, v. 91, p. 107–122, 2019.

KHAN, S.; BARVE, K. H.; KUMAR, M. S. Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's disease. **Current Neuropharmacology**, v. 18, n. 11, 28 maio 2020.

KLIMOVA, B.; KUČA, K. Alzheimer's disease: Potential preventive, non-invasive, intervention strategies in lowering the risk of cognitive decline - A review study. **Journal of Applied Biomedicine**, v. 13, n. 4, p. 257–261, 1 nov. 2015.

LOPEZ, J. A. S.; GONZÁLEZ, H. M.; LÉGER, G. C. Alzheimer's disease. **Handbook of Clinical Neurology**, v.167, p231–255, 2019.

MAK, M. K. et al. Long-term effects of exercise and physical therapy in people with Parkinson disease. **Nature Reviews Neurology**, v. 13, n. 11, p. 689–703, 13 out.

MASTERS, C. L. et al. Alzheimer's disease. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, n. 15056, p. 55, 15 out. 2015.

MCKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263–269, maio 2011.

PANDEY, S.; TATER, P. Post-stroke Movement Disorders: Clinical Spectrum, Pathogenesis, and Management. **Neurology India**, v. 69, n. 2, p. 272, 2021

PASSERI, E. et al. Alzheimer's Disease: Treatment Strategies and Their Limitations. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 22, p. 13954, 12 nov. 2022.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205–212, 2013.

SIMON, D. K.; TANNER, C. M.; BRUNDIN, P. Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics, and Pathophysiology. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 36, n. 1, p. 1–12, fev. 2020.

STANCU, P. et al. Neurology of Aging : adapting neurology provision for an aging population. **Neurodegenerative Diseases**, p. 1–11, 4 out. 2024.

SHARRIEF, A.; GROTTA, J. C. Stroke in the elderly. **Handbook of Clinical Neurology**, p. 393–418, 2019.

STOLWYK, R. J. et al. Post-stroke Cognition is Associated with Stroke Survivor Quality of Life and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-2017.

TEASELL, Robert; HUSSEIN, Norhayati. **Background Concepts in Stroke Rehabilitation**. Ontario: Ebrsr—Evidence-Based Review Of Stroke Rehabilitation, 2018. 34 p. Disponível em: <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH3-NET.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2025.

TOLOSA, E. et al. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. **The Lancet Neurology**, v. 20, n. 5, p. 385–397, 1 maio 2021.

XU, X.; FU, Z.; LE, W. Exercise and Parkinson's disease. **International Review of Neurobiology**, v. 147, p. 45–74, 2019.

CAPÍTULO 17



A ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NO CUIDADO MÉDICO

*Gisele Simas dos Santos*⁴⁸

*Fernanda Cardilo Lima*⁴⁹

*Cristiano G. Alves de Oliveira*⁵⁰

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde envolve mudanças de comportamento, atitudes e práticas que são importantes para a qualidade de vida, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Dentro desse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registra a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência de doenças. Assim, uma abordagem médica deve ir além do diagnóstico e tratamento de enfermidades, considerando o paciente como um ser integral, composto por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A espiritualidade tem sido amplamente estudada como um fator relevante na saúde, associada à melhoria do bem-estar emocional, à resiliência e até mesmo à resposta positiva a tratamentos médicos. Pesquisas indicam que indivíduos com uma forte conexão espiritual tendem a apresentar menor incidência de depressão, ansiedade

48 Gisele Simas dos Santos - Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Educação e Enfermagem do Trabalho. Professora do Curso de Medicina da UNIG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0010975413982281>. Email: simassenfermeira@yahoo.com.br.

49 Fernanda Cardilo Lima - Mestre em Medicina, Especialista em Cirurgia Pediátrica. Professora do Curso de Medicina da UNIG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9188131764529848>. Email: fernandacardilo@hotmail.com

50 Cristiano Guilherme Alves de Oliveira - Discente do Curso de Medicina da UNIG, Farmacêutico e Bioquímico, Mestre em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional, Especialista em Farmácia Clínica e Farmacologia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8712067061190761>. Email: cristiano.farma@hotmail.com

e estresse, além de demonstrarem melhor adesão ao tratamento e hábitos de vida mais saudáveis. O questionário WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS, inclui dimensões específicas na avaliação da qualidade de vida, demonstrando a importância desse aspecto espiritual no cuidado com a saúde.

No Modelo de Saúde Complementar (MSC), a espiritualidade é um dos pilares fundamentais da mandala da saúde. A conexão com o transcendente pode atuar como um recurso interno valioso, auxiliando na acessibilidade da doença, na promoção do autocuidado e na busca pelo equilíbrio emocional.

Estudos mostram que pacientes que encontram significado em suas experiências de vida apresentam uma melhor resposta ao tratamento e lidam de maneira mais positiva com enfermidades crônicas.

Além disso, práticas integrativas e complementares, como meditação, mindfulness, terapia de apoio espiritual e grupos de acolhimento, são utilizadas em hospitais e centros de saúde para promover o bem-estar dos pacientes.

Programas como o Programa de Cuidado Espiritual, aplicado em diversos hospitais ao redor do mundo, demonstram que a assistência espiritual pode melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças terminais e condições crônicas.

No entanto, a prática clínica moderna ainda foca na doença e no tratamento farmacológico, deixando em plano uma abordagem mais humanizada e integral do paciente. O excesso de prescrições e consultas, sem um olhar holístico sobre o indivíduo, pode gerar um ciclo de adoecimento contínuo, onde o paciente não é incentivado a desenvolver uma percepção mais ampla de sua própria saúde e bem-estar.

Ao incorporar a espiritualidade no cuidado médico, abre-se espaço para que o paciente encontre recursos internos para lidar com sua condição, promovendo mudanças positivas em diversas áreas da vida. O autocuidado passa a ser fortalecido, abrangendo alimentação, atividade física, relações interpessoais e conexão com a natureza.

Dessa forma, a espiritualidade não apenas auxilia no enfrentamento da doença, mas também contribui para um estado mais equilibrado de saúde física, mental e emocional.

Assim, este trabalho reforça a importância de uma abordagem que valoriza a totalidade do ser humano, promovendo um novo paradigma na relação médico-paciente. A integração da espiritualidade na promoção da saúde não substitui os tratamentos convencionais, mas complementa a assistência, proporcionando um cuidado mais humanizado e eficaz. Ao considerar aspectos como autoconhecimento, fé e transcendência, essa abordagem pode transformar significativamente a forma como lidamos com a saúde e a doença, promovendo bem-estar e qualidade de vida de maneira ampla e significativa.

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: INTEGRANDO CIÊNCIA E BEM-ESTAR

O avanço da ciência em diversas áreas, como física, fisiologia, matemática, computação, química, genética, imunologia e bioquímica, tem impulsionado uma visão predominantemente materialista do ser humano. Esse progresso, aliado ao desenvolvimento da indústria farmacêutica e à criação de novas moléculas para o tratamento de doenças como câncer, infecções bacterianas, demências e cardiopatias, consolidou um modelo biomédico de saúde. No entanto, essa abordagem frequentemente ignora a complexidade do ser humano, desconsiderando sua dimensão espiritual e seu papel no contexto social e político.

Diante desse cenário, a valorização da espiritualidade na saúde tem ganhado espaço em novas vertentes de estudo. Se antes as descobertas científicas estavam limitadas ao mundo material, hoje, com o aprofundamento das pesquisas e a superação de barreiras, surge a necessidade de integrar esses avanços a um conhecimento mais antigo: a compreensão do espírito. Assim, torna-se essencial correlacionar os aspectos espirituais com a saúde, considerando sua

influência nos processos fisiológicos e bioquímicos, bem como na promoção e manutenção do bem-estar.

Essa visão holística resgata a ideia expressa pelo poeta romano **Juvenal (séc. I-II d.C.)**, que, em sua *Sátira X*, escreveu: “*Mens sana in corpore sano*”, ou seja, **“Uma mente sã em um corpo são”**. Essa máxima sugere que o equilíbrio entre corpo e espírito pode ser determinante na prevenção e no tratamento de diversas enfermidades.

Segundo **Oliveira et al. (2025)**, a **religiosidade e espiritualidade (R/S)** desempenham um papel significativo na **felicidade de adolescentes**, estando fortemente associadas ao bem-estar nessa faixa etária. Em um estudo com adolescentes brasileiros e seus pais, os autores identificaram que jovens com maior envolvimento em práticas religiosas ou espirituais apresentaram **níveis mais elevados de felicidade**. Além disso, práticas parentais positivas também foram correlacionadas ao bem-estar dos adolescentes, embora não tenham sido um fator mediador na relação entre **R/S e felicidade**. Diante disso, os pesquisadores ressaltam a importância de **incorporar a R/S na abordagem clínica e em futuras investigações**, buscando compreender melhor os mecanismos que influenciam o desenvolvimento emocional e psicológico dos jovens.

Para **Monteiro (2008)**, a espiritualidade representa a abertura da consciência para o significado e a totalidade da vida, possibilitando uma ressignificação do processo vital. A busca por sentido na existência é uma necessidade essencial do ser humano, que se manifesta em um nível simbólico e imaginário. Dessa forma, a espiritualidade não deve ser vista apenas como um elemento religioso, mas sim como uma dimensão fundamental da experiência humana.

Nesse contexto, **Reginato, De Benedetto e Gallian (2016, p. 240)** ressaltam que “*a espiritualidade não está vinculada necessariamente a uma fé religiosa em uma divindade específica. Na verdade, o ser humano é intrinsecamente espiritual, uma vez que tem a capacidade de autoconsciência, reflexão sobre si e autotranscendência.*” Essa perspectiva amplia o entendimento da saúde para além do modelo biomédico tradicional, permitindo que os indivíduos percebam sua condição não

apenas como um fenômeno biológico, mas também como um processo existencial. A incorporação da espiritualidade na prática clínica e na formação acadêmica pode contribuir para um atendimento mais humanizado, ajudando os pacientes a encontrarem sentido em suas experiências e a fortalecerem sua resiliência diante dos desafios da vida e da doença.

A relação entre espiritualidade e saúde tem sido amplamente investigada. **Guimarães e Avezum (2007)** destacam que, embora espiritualidade e religiosidade sejam frequentemente mencionadas juntas, elas não são sinônimas. Enquanto a religiosidade envolve práticas organizadas, cultos e doutrinas compartilhadas por um grupo, a espiritualidade está associada a uma busca pessoal pelo significado da vida, podendo ou não estar relacionada a crenças religiosas. Essa distinção é fundamental para compreender como cada um desses aspectos pode influenciar a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

Portanto, integrar a espiritualidade à abordagem médica e ao cuidado com a saúde não significa substituir os avanços científicos, mas sim complementá-los, proporcionando uma visão mais ampla e humanizada do paciente. A pesquisa nesse campo continua a evoluir, abrindo caminho para novas descobertas que possam contribuir para um modelo de saúde mais holístico e eficiente.

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: AVANÇOS NA PESQUISA E CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS (ESTADO DA ARTE)

A relação entre espiritualidade e saúde tem sido amplamente estudada nas últimas décadas. Guimarães e Avezum (2007), ao analisarem publicações científicas indexadas no Medline, identificaram aproximadamente 35.828 artigos com os termos “religião e saúde”, enquanto “espiritualidade” apareceu em 4.434 artigos no mesmo período. Pesquisas mais recentes no PubMed indicam um crescimento significativo desse tema, com cerca de 850 artigos publicados nos

últimos 10 anos, destacando-se os anos 2023 e 2024, período posterior à pandemia de COVID-19, com maior volume de publicações.

Dentre os estudos mais citados, Evangelista et al. (2016) destacam que os cuidados paliativos devem adotar uma abordagem multidimensional, indo além do controle da dor e sintomas físicos, para incluir suporte emocional, social e espiritual, favorecendo o enfrentamento da finitude e proporcionando conforto e ressignificação ao paciente. Da mesma forma, Balducci (2019) enfatiza que a espiritualidade exerce um impacto significativo nos cuidados paliativos de idosos com câncer, promovendo bem-estar emocional, resiliência e enfrentamento do sofrimento físico e psicológico. O autor sugere que sua incorporação na prática clínica fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, tornando o tratamento mais humanizado e eficaz, apesar dos desafios culturais e estruturais.

O impacto da espiritualidade também foi analisado em pacientes com insuficiência cardíaca. Tobin et al. (2022) demonstraram que a espiritualidade melhora qualidade de vida, adesão ao tratamento e bem-estar emocional, reduzindo os sintomas de depressão e ansiedade. Os autores ressaltam a necessidade de integrar o suporte espiritual à prática clínica para oferecer um atendimento mais humanizado, embora desafios persistam na implementação dessa abordagem.

Em uma perspectiva voltada à saúde mental juvenil, Aggarwal et al. (2023) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise, evidenciando que jovens com maior envolvimento religioso ou espiritual apresentam menor incidência de depressão e ansiedade. Os autores sugerem que esses benefícios se devem ao senso de propósito, apoio social e estratégias de enfrentamento desenvolvidas através da espiritualidade. No entanto, alertam que essa relação pode variar conforme o contexto cultural e individual, reforçando a necessidade de mais estudos para compreender melhor esses mecanismos e integrá-los a programas de saúde mental juvenil.

No Brasil, três grandes médicos se destacam na pesquisa e desenvolvimento da relação entre espiritualidade e saúde. Paulo Cesar Fructuoso, médico cirurgião oncológico, professor da UERJ e membro

do Centro Espírita Lar de Frei Luiz, dedica-se ao estudo de fenômenos mediúnicos como ectoplasma e materializações terapêuticas. Autor de livros como *A Face Oculta da Medicina* (2012) e *Medicina Mediúnica do Futuro* (2019), ele explora a influência da espiritualidade na prática médica.

Sérgio Felipe de Oliveira, médico psiquiatra e neurocientista, formado pela USP, é diretor clínico do Instituto UNIESPIRITO, onde pesquisa a glândula pineal e sua relação com fenômenos psíquicos e espirituais. Seus estudos integram psiquiatria, neurociência e espiritualidade na prática clínica.

Alexander Moreira Almeida, professor titular da UFJF e fundador do NUPES, é um dos maiores pesquisadores sobre espiritualidade e saúde mental. Com doutorado pela USP e pós-doutorado pela *Duke University* (EUA), foi coordenador da Seção de Espiritualidade da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) e atualmente lidera a Seção de Espiritualidade da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL). Seus livros *Spirituality and Mental Health Across Cultures* (Oxford, 2021) e *Science of Life After Death* (Springer, 2022) foram reconhecidos internacionalmente, sendo este último semifinalista do Prêmio Jabuti Acadêmico 2024.

Esses avanços demonstram o crescente interesse da ciência pela espiritualidade como fator relevante para a saúde física e mental, reforçando a necessidade de abordagens interdisciplinares que integrem esses conceitos à prática médica e à promoção do bem-estar.

A CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E MANUAL WHOQOL-100

A **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**, elaborada em 1986 durante a **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, no Canadá, representa um marco na saúde pública ao propor uma abordagem que vai além da assistência médica tradicional. O documento enfatiza que a **promoção da saúde** é um processo que

capacita **indivíduos e comunidades** a melhorarem e controlarem sua saúde, reconhecendo que fatores **políticos, sociais, econômicos, culturais e ambientais** influenciam diretamente a qualidade de vida.

Para alcançar esses objetivos, a Carta de Ottawa propõe **cinco estratégias de ação fundamentais**. A primeira é a **elaboração de políticas públicas saudáveis**, que busca integrar a saúde em todas as áreas governamentais, garantindo que as decisões políticas promovam o bem-estar da população. A segunda estratégia é a **criação de ambientes favoráveis à saúde**, reconhecendo que o meio ambiente, tanto físico quanto social, influencia a qualidade de vida. A terceira estratégia, o **reforço da ação comunitária**, destaca a importância do envolvimento social e do empoderamento das comunidades para que possam atuar na defesa e melhoria de sua saúde.

O Manual WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um instrumento globalmente utilizado para avaliar a qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida em relação ao seu contexto cultural e sistema de valores. O questionário foi elaborado a partir de estudos multicêntricos realizados em 37 países, garantindo sua aplicabilidade em diferentes realidades socioculturais. Abrange seis domínios principais: saúde física, que avalia aspectos como dor, energia, sono e mobilidade; saúde psicológica, que mede emoções positivas, autoestima, memória e concentração; nível de independência, incluindo capacidade funcional e dependência de medicação; relações sociais, abordando interações pessoais, apoio social e atividade sexual; ambiente, que considera segurança, acesso a serviços, lazer e condições financeiras; e espiritualidade, religião e crenças pessoais, que examina o impacto das crenças e da espiritualidade na qualidade de vida.

Além de sua aplicação em pesquisas científicas, o WHOQOL-100 é uma ferramenta essencial na prática clínica, auxiliando profissionais da saúde a compreender o impacto das condições de vida sobre o bem-estar dos pacientes. Ele permite a comparação entre diferentes culturas, a avaliação da efetividade de tratamentos e o monitoramento da qualidade de vida ao longo do tempo, tornando-se um recurso

importante para a formulação de políticas públicas e intervenções voltadas à promoção da saúde e do bem-estar.

No **WHOQOL-100**, desenvolvido pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, a espiritualidade é um dos domínios fundamentais para avaliar a **qualidade de vida** dos indivíduos. Esse domínio engloba **religiosidade e valores pessoais**, confirmando que a espiritualidade pode ser um fator essencial no enfrentamento das adversidades, na resiliência emocional e no bem-estar global. O documento destaca que, embora **a religiosidade e a espiritualidade** estejam relacionadas, elas não são sinônimas. A **religiosidade** envolve práticas organizadas, como cultos e rituais, enquanto a **espiritualidade** está associada à busca de sentido e conexão com algo maior, podendo ou não estar ligada a uma religião específica. Além disso, a espiritualidade pode influenciar **processos de cura**, favorecendo respostas psicológicas positivas e promovendo melhor **qualidade de vida** para pacientes com doenças crônicas.

O **WHOQOL-100** também aborda a **interação entre espiritualidade e outros domínios da saúde**, indicando que o equilíbrio espiritual pode impactar com certeza aspectos **biológicos, psicológicos, sociais e ambientais**. Em particular, a espiritualidade é vista como um **elemento de coesão**, que conecta os diferentes sistemas do indivíduo, promovendo maior **harmonia interna e** externa.

A INTEGRAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESPIRITUALIDADE

No módulo “Salutogênese e Promoção de Saúde”, da Uniespírito, aborda uma perspectiva inovadora da promoção da saúde, baseada no conceito de salutogênese, desenvolvido por Aaron Antonovsky na década de 1970. Diferente da abordagem convencional focada na prevenção de doenças, a salutogênese enfatiza os fatores que promovem resiliência, equilíbrio e bem-estar, permitindo que o

indivíduo ressignifique suas experiências e desenvolva sua capacidade interna de superação

Para a promoção da saúde do paciente, é essencial distinguir a **classificação da doença** do **diagnóstico clínico**. Atualmente, grande parte dos atendimentos, tanto na rede pública quanto na privada, concentra-se no tratamento da **queixa comum**, resultando em uma abordagem predominantemente medicalizada da saúde. Essa categorização da doença, embora necessária para padronização, precisa ser ampliada para considerar **os impactos sociais, físicos, ambientais e espirituais** que determinada enfermidade exerce sobre o indivíduo.

Ao compreender **como a doença se manifesta em diferentes níveis da existência**, torna-se possível promover não apenas o tratamento, mas uma verdadeira **cura integrada**, que leve em conta as múltiplas dimensões da vida do paciente. A inserção da **classificação da doença na mandala do Modelo de Saúde Complementar (MSC)** permite uma visão sistêmica do paciente, possibilitando um diagnóstico mais abrangente e integrador. Esse processo leva ao **superdiagnóstico**, que amplia a compreensão sobre a condição do paciente e sua relação com fatores políticos, sociais e ambientais, ajudando a interpretar **como a doença se expressa de maneira única em cada indivíduo**.

Trabalhar com os aspectos espirituais da saúde também permite o desenvolvimento de valores **axiológicos**, promovendo transformações no indivíduo **não apenas do ponto de vista biológico, mas também moral, ético e relacional**. Dessa forma, a medicina transcendente não apenas trata a doença, mas contribui para a evolução integral do ser humano, fortalecendo suas relações interpessoais e sua conexão com o ambiente ao seu redor.

É amplamente reconhecido que **emoções negativas**, como **ódio, irritabilidade, ansiedade, angústia, medo e falta de perdão**, podem impactar diretamente o organismo, afetando sistemas biológicos essenciais. Essas emoções podem interferir no funcionamento do **hipotálamo e do eixo neurofisiológico da glândula suprarrenal**,

desencadeando respostas que favorecem o surgimento ou agravamento de doenças. Dessa forma, a maneira como o indivíduo lida com seus sentimentos e sua percepção sobre a vida pode **influenciar sua saúde**, promovendo melhora na qualidade de vida ou contribuindo para o adoecimento.

Essa relação entre emoções e saúde pode ser analisada a partir do pensamento de **Erich Fromm**, que diferencia o *ser* e o *ter*. Enquanto o **ter** está associado à energia e à posse material, o **ser** refere-se à alma e à essência do indivíduo. Assim, elementos como **afeto, humor, relações sociais e fatores biológicos** desempenham um papel fundamental na percepção da doença e em suas inter-relações com outras dimensões da vida.

Dentro dessa perspectiva, a **promoção da saúde transcendental** sugere que o tratamento do paciente deve ir além da simples classificação diagnóstica. O processo terapêutico deve iniciar-se com **escuta ativa e acolhimento humanizado**, permitindo uma conexão entre **médico e paciente** baseada em um sistema de **referência e contrarreferência**. Nesse contexto, a conduta clínica deve priorizar a **compreensão da história do paciente**, garantindo que sua experiência seja valorizada e integrada ao plano de tratamento, promovendo, assim, um cuidado mais holístico e eficaz.

A **promoção da saúde transcendental** está diretamente relacionada à capacidade de **ressignificar sintomas e comorbidades**, fortalecendo a **resiliência e o enfrentamento dos desafios** enfrentados pelo paciente. Esse processo envolve a **estruturação do indivíduo em diferentes dimensões da vida**, incluindo os aspectos **ambientais, sociais, biológicos, psicossociais e funcionais**. Qualquer melhoria nessas áreas pode gerar um efeito positivo nas demais, resultando em um aumento significativo da **qualidade de vida e bem-estar**.

Um exemplo disso ocorre quando um paciente consegue manter suas **atividades laborais**, o que fortalece seu **desenvolvimento psicossocial** e, conseqüentemente, melhora sua **interação social**. Esse processo favorece o fortalecimento de **valores axiológicos**, aprofundando sua **relação com o espiritual, o meio ambiente e as**

conexões interpessoais. Essa interação social e emocional também pode impactar efetivamente a **função biológica do organismo**, promovendo melhorias na **mobilidade, aumento das atividades diárias e adoção de hábitos saudáveis**, como a **prática de exercícios físicos e a busca por tratamento adequado.**

Dessa forma, a **promoção da saúde transcendental** permite que o paciente **encare o diagnóstico não como um fator limitante**, mas como um **processo de construção e autoconhecimento.** Ao ver a doença como algo pejorativo, o indivíduo pode desenvolver **força interior para o autocuidado e para transformar sua realidade**, ressignificando sua condição e fortalecendo sua capacidade de enfrentamento.

Esse é o verdadeiro significado da **promoção da saúde vinculada à espiritualidade**, pois oferece ao paciente **uma nova perspectiva sobre sua condição**, ampliando sua compreensão e abrindo caminhos para mudanças significativas em sua vida e em sua forma de lidar com a doença trazendo a importância do conceito de **bem-estar evocado**, introduzido por **Herbert Benson**, que propõe que a fé e a espiritualidade ativem **mecanismos neurológicos internos** que favorecem a cura. Além disso, discute a **Carta de Ottawa (1986)**, que enfatiza a **responsabilidade cidadã na promoção da saúde**, destacando que esse processo deve envolver não apenas profissionais da área, mas também a sociedade como um todo.

A integração entre diferentes áreas do conhecimento, especialmente no campo da **medicina**, é essencial para a **promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.** Para que essa abordagem seja efetiva, a academia desempenha um papel fundamental na transformação dos **projetos pedagógicos dos cursos de medicina**, incorporando **disciplinas que discutam aspectos espirituais** e promovam uma visão mais **humanizada e holística** do cuidado em saúde. Essa iniciativa reforça a necessidade da **interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade**, garantindo que o conhecimento seja aplicado de maneira integrada na prática clínica.

A **transdisciplinaridade** é apresentada como uma **visão transformadora**, sugerindo que a interação entre diferentes áreas do saber pode gerar **mudanças significativas na vida do paciente**. Nesse contexto, o professor **Sérgio Felipe de Oliveira** explora a relação entre **mente, consciência e espírito**, fundamentando-se nos conceitos de **Carl Jung** e na ideia de que **a consciência profunda deve ser acessada para que a mente possa ser curada**. Esse processo é comparado ao ensinamento de **Jesus Cristo**: *“Eu sou o caminho, a verdade e a vida”*, destacando que a conexão com essa consciência profunda pode auxiliar no **equilíbrio emocional e espiritual**, promovendo um estado de **bem-estar integral** (UNIESPÍRITO, 2024).

O Dr. **Sérgio Felipe de Oliveira** e o curso **“Medicina, Saúde e Transcendência”**, desenvolvido pela **Uniespírito**, desempenham um papel fundamental na construção de uma **heurística do conhecimento** que integra ciência e espiritualidade. Sua contribuição para este capítulo está na abordagem inovadora que propõe uma visão ampliada da medicina, considerando os **fenômenos espirituais como parte essencial da experiência humana** e da prática clínica.

A criação de uma **universidade voltada para o estudo da espiritualidade** representa um avanço significativo na formação médica, permitindo que profissionais e estudantes explorem, de forma sistemática e científica, a relação entre **mente, consciência e corpo**. O curso **“Medicina, Saúde e Transcendência”**, direcionado a médicos e estudantes de medicina, proporciona um ambiente acadêmico propício para **a reflexão, o debate e a pesquisa sobre fenômenos espirituais**, resgatando o papel da **transdisciplinaridade** na promoção da saúde integral. Essa iniciativa reforça a necessidade de uma **abordagem humanizada e holística**, conectando o conhecimento tradicional da medicina com a **dimensão espiritual do ser humano**.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a integração da espiritualidade na promoção da saúde amplia a visão tradicional da medicina, considerando aspectos emocionais, sociais e transcendentais no cuidado do paciente. A OMS reconhece a espiritualidade como um fator essencial para a qualidade de vida, influenciando a resiliência emocional e a resposta ao tratamento.

A avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-100 reforça a importância da espiritualidade como um dos domínios essenciais para o bem-estar do paciente. As práticas integrativas, como meditação, acupuntura e reiki, oferecem abordagens complementares para o autocuidado e a ressignificação da doença, permitindo uma conexão mais profunda entre mente, corpo e espírito.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, Shilpa; WRIGHT, Judith; MORGAN, Amy; PATTON, George; REAVLEY, Nicola. **Religiosidade e espiritualidade na prevenção e tratamento da depressão e ansiedade em jovens: uma revisão sistemática e meta-análise.** *BMC Psychiatry*, v. 23, n. 729, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>. Acesso em: 16 fev. 2025.

BALDUCCI, Lodovico. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 57, n. 1, p. 171-175, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares <http://www.saude.gov.br/bvs>.

EVANGELISTA, Carla Braz; LOPES, Maria Emília Limeira; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; BATISTA, Patrícia Serpa de Souza; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; OLIVEIRA, Amanda Maritsa de Magalhães. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 3, p. 591-601, mai./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324j>. Acesso em: 16 fev. 2025.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl. 1, pág. 88-94, 2007. Disponível em: <[link do artigo, se disponível online]>. Acesso em: 16 fev. 2025.

MONTEIRO, Dulcinéia MR Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian (organizadores). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade.** 1.ed. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 63-86.

OLIVEIRA, Sérgio Felipe de. **Fenomenologia Orgânica e Psíquica da Mediunidade**. São Paulo: Uniespírito, 2024. [Material não publicado].

OLIVEIRA, VHA; SOUZA, MHF; DELL, M.L.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexandre. Religiosidade e sua relação com felicidade e estilo parental em jovens adolescentes. **Revista Internacional de Religiões Latino-Americanas**, v. à frente, p. of print, 2025. Disponível em: <[inserir link, se disponível online]>. Acesso em: 16 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf . Acesso em: 16 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Manual do usuário WHOQOL*. Genebra: OMS, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol> . Acesso em: 16 fev. 2025

REGINATO, Valdir; DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, pág. 237-255, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100> . Acesso em 16/02/2025

SANTANA, Lauriane M.; ASSIS, Sheila S.; ARAUJO-JORGE, Tania C. Práticas integrativas e complementares: institucionalização, perspectivas e desafios para a formação. **Trabalho, Educação e Saúde** , Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e02900277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2900> . Acesso em: 16 fev. 2025.

TOBIN, Rachel S.; COSIANO, Michael F.; O'CONNOR, Christopher M.; FIUZAT, Mona; GRANGER, Bradi B.; ROGERS, Joseph G.; TULSKY, James A.; STEINHAUSER, Karen E.; MENTZ, Robert J. Espiritualidade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **JACC: Insuficiência**

Cardíaca, v. 4, pág. 217-226, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.01.014> . Acesso em: 16 fev. 2025.

UNIESPÍRITO. **Medicina da Transcendência: ciência, espiritualidade e propósito na medicina. Coordenação:** Sérgio Felipe de Oliveira. São Paulo: Uniespírito, 2024. Disponível em: <https://uniespirito.com.br/medicina-da-transcendencia> . Acesso em: 16 fev. 2025.

CAPÍTULO 18



SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: ANATOMIA, DIAGNÓSTICO CLÍNICO E CONDUTAS TERAPÊUTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Wagner Mangiavacchi⁵¹

Carmen Cardilo Lima⁵²

Irineu da Silva Rodrigues Júnior⁵³

INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a neuropatia compressiva mais prevalente dos nervos periféricos, e envolve a compressão crônica do nervo mediano em seu trajeto pelo túnel do carpo (Belloti et al., 2011, p. 3).

Diversos fatores são associados ao desenvolvimento da STC, incluindo condições anatômicas locais e doenças sistêmicas, como diabetes mellitus, hipotireoidismo e obesidade, além de alterações hormonais típicas da gravidez e da menopausa. Há ainda a influência de atividades ocupacionais que envolvem movimentos repetitivos das mãos e posturas inadequadas, os quais podem contribuir para o surgimento ou agravamento dos sintomas. Embora esses fatores sejam amplamente reconhecidos, alguns deles ainda carecem de evidências

51 Residência em Ortopedia e Traumatologia, Bacharel em Medicina pela Universidade de Vassouras, Docente do Curso de Medicina Universidade Iguaçu (UNIG); wagnermangia@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5659279901596720>, <https://orcid.org/0000-0003-0021-6840>.

52 Mestre em Medicina e Biomedicina, Especialista em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Docente dos cursos de Enfermagem e Medicina Universidade Iguaçu (UNIG), Enfermeira atuante no serviço de Cirurgia Pediátrica do Noroeste Fluminense; carmencardilo@gmail.com, <https://lattes.cnpq.br/8534665599532868>, <https://orcid.org/0000-0001-5558-0645>.

53 Acadêmico de Medicina Universidade Iguaçu (UNIG), Mestre em Economia, Engenheiro Mecânico; irineu.rodrigues.bb@gmail.com <https://lattes.cnpq.br/6255014971814290>, <https://orcid.org/0000-0002-0210-3068>.

conclusivas quanto ao seu papel na etiopatogenia da doença (Alexandre et al., 2021, p. 51).

O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história do(a) paciente e em seu exame físico, incluindo manobras provocativas como os testes de Phalen e Tinel. A abordagem terapêutica deve considerar a gravidade do quadro clínico e a presença de fatores de risco modificáveis, como doenças metabólicas e inflamatórias (Chammas et al., 2014, p. 434-440). O tratamento conservador é indicado para casos leves a moderados, enquanto em situações refratárias ou graves a descompressão cirúrgica do nervo mediano é recomendada (Chammas et al., 2014, p. 438-440).

A relevância clínica da STC vai além do impacto físico dos sintomas acarretando repercussões econômicas e sociais significativas, como afastamento das atividades laborais e/ou diminuição da produtividade (Mondelli; Giannini; Giacchi, 2002, p. 290), sendo uma das principais causas de incapacidade relacionada ao trabalho com custos significativos para o sistema de saúde (Mondelli; Giannini; Giacchi, 2002, p. 290-291).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo foi elaborado por meio de uma revisão narrativa de literatura, visando sistematizar e atualizar os conhecimentos acerca da STC, e abordar aspectos anatômicos, patológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, além de variações anatômicas. A escolha por este tipo de revisão justifica-se pela necessidade de reunir e organizar as informações mais relevantes e aplicáveis à prática clínica, possibilitando uma visão ampla e integrada do tema.

A busca bibliográfica foi realizada em acervos de livros-texto clássicos e atualizados nas áreas de ortopedia, neurologia, fisioterapia e anatomia humana, além de periódicos científicos nacionais e internacionais. As fontes consultadas incluem revisões narrativas e sistemáticas, artigos originais, consensos de sociedades médicas,

protocolos de conduta e diretrizes clínicas sobre a abordagem da STC, descritos na seção de referências bibliográficas.

A seleção do conteúdo considerou a pertinência dos temas discutidos, priorizando trabalhos que trouxessem contribuições significativas para o entendimento da patologia, diagnóstico e tratamento da STC, tanto no contexto conservador quanto cirúrgico.

Os dados obtidos foram sistematizados, contemplando desde conceitos fundamentais até as condutas clínicas mais contemporâneas, para orientar o(a) leitor(a) quanto às melhores práticas na avaliação e manejo da STC.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O túnel do carpo é formado anteriormente no punho por um arco profundo composto pelos ossos carpais piramidal, semilunar e escafoide, além do retináculo dos músculos flexores. A base do arco carpal, é formada medialmente pelo pisiforme e pelo hâmulos do hamato, e lateralmente pelos tubérculos do escafoide e do trapézio. O retináculo dos flexores é um espesso ligamento de tecido conjuntivo que se estende sobre o espaço entre os lados medial e lateral da base do arco e converte o arco carpal no túnel do carpo.

Em seu conteúdo, existem dez estruturas anatômicas, o nervo mediano acompanhado pelos quatro tendões dos flexores superficiais dos dedos, os quatro tendões dos flexores profundos dos dedos e o tendão flexor longo do polegar, sendo este o elemento mais radial. Na entrada do túnel, o nervo mediano está situado dorsalmente em relação ao palmar longo. A vascularização é garantida por ramos das artérias radial e ulnar, com um complexo sistema venoso e linfático que garante o equilíbrio homeostático do espaço (Chammas et al., 2014, p. 430).

Variações anatômicas importantes podem estar presentes em casos de STC, como a bifurcação do nervo mediano e a persistência da artéria mediana, ambas relacionadas ao aumento da susceptibilidade

à compressão neural. Em um estudo prospectivo, foram identificadas a persistência da artéria mediana em 11% dos pacientes e a bifurcação do nervo mediano em 1% dos casos analisados, destacando a relevância dessas alterações no planejamento cirúrgico e na abordagem clínica da doença (Rezende et al., 2023, p. 1502).

O nervo mediano é a única estrutura nervosa que compõe o túnel do carpo e tem origens nos fascículos lateral e medial do plexo braquial, contendo fibras nervosas das raízes ventrais de (C5) a T1. No antebraço, percorre junto aos músculos flexores e penetra no túnel do carpo para inervar a quase totalidade da musculatura da eminência tenar e os dois primeiros músculos lumbricais, além de prover a sensibilidade dos três primeiros dedos e metade radial do quarto dedo.

O funcionamento adequado do nervo mediano depende da integridade das bainhas de mielina e da microcirculação intraneural. A pressão intratúnel normal varia de 2,5 a 10 mmHg em repouso e pode chegar a 30 mmHg durante a flexão forçada do punho. Na STC, essa pressão frequentemente ultrapassa 40 mmHg, gerando isquemia, edema endoneural, desmielinização e, em estágios avançados, degeneração axonal. Condições sistêmicas, como diabetes mellitus, hipotireoidismo, artrite reumatoide, gravidez e menopausa, contribuem para o espessamento da sinóvia e retenção de líquidos, agravando a compressão. Qualquer fator que aumente o conteúdo ou reduza o continente do túnel pode desencadear a compressão do nervo mediano, levando ao desenvolvimento da STC (Caetano et al., 2014, p. 431-432).

A STC é classificada em quatro formas clínicas: idiopática, secundária, dinâmica e aguda, conforme o padrão de apresentação, a evolução clínica e a etiologia. A forma idiopática é a mais prevalente, acometendo principalmente mulheres entre 40 e 60 anos, muitas vezes de forma bilateral, sem causa definida. Fatores anatômicos e hormonais são frequentemente associados a essa apresentação, conforme descrito abaixo (Caetano et al., 2014, p.433-434).

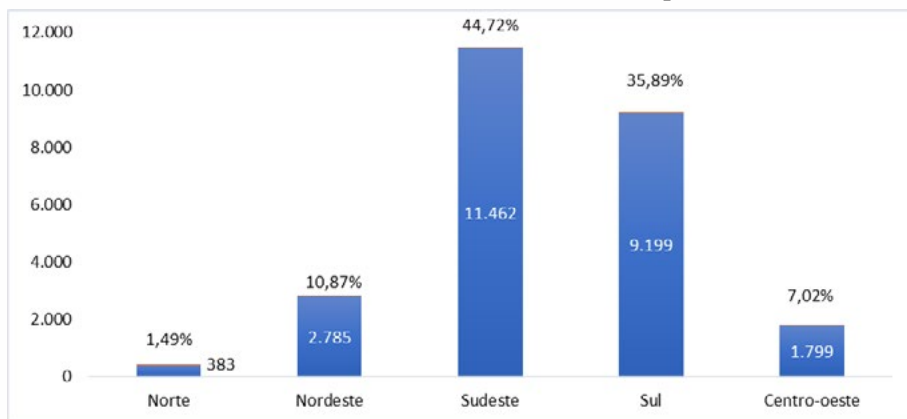
Tipos de STC:	Descrição:	Principais Causas:
Idiopática	Causa desconhecida. Fatores predisponentes incluem sexo feminino, idade (40 a 60 anos), genética e anatomia do túnel do carpo. Alta frequência de bilateralidade.	Fatores anatômicos e predisposição genética sem causa específica.
Secundária	Decorrente de alterações anatômicas do continente (ossos e articulações) ou conteúdo (tendões e sinóvia). Relacionada a doenças inflamatórias, metabólicas, tumores, gravidez e obesidade.	Fraturas, artrite, tenossinovites inflamatórias (lúpus, reumatismo), diabetes, amiloidose, tumores, gravidez, obesidade.
Dinâmica	Compressão transitória do nervo mediano relacionada a movimentos repetitivos ou posturas específicas, como flexão/extensão do punho. Comum em atividades laborais.	Movimentos repetitivos, postura prolongada em flexão ou extensão do punho, trabalho manual intenso.
Aguda	Compressão súbita do nervo mediano, geralmente por trauma, hemorragias, infecções ou queimaduras. Condição emergencial.	Trauma, hemorragias (anticoagulantes, hemofilia), infecções, queimaduras, trombose aguda da artéria do nervo mediano.

Tabela 2: Classificações da STC conforme Chammas et al., 2014, p.432-435.

De forma complementar, as possíveis causas da STC podem ser agrupadas em fatores anatômicos, sistêmicos e ocupacionais.

O gráfico 1 evidencia os procedimentos hospitalares aprovados no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel ósteo-fibroso ao nível do carpo, no período de fevereiro de 2024 a janeiro de 2025, e que totalizaram 25.628 procedimentos autorizados com valor total de R\$ 16.724.645,70.

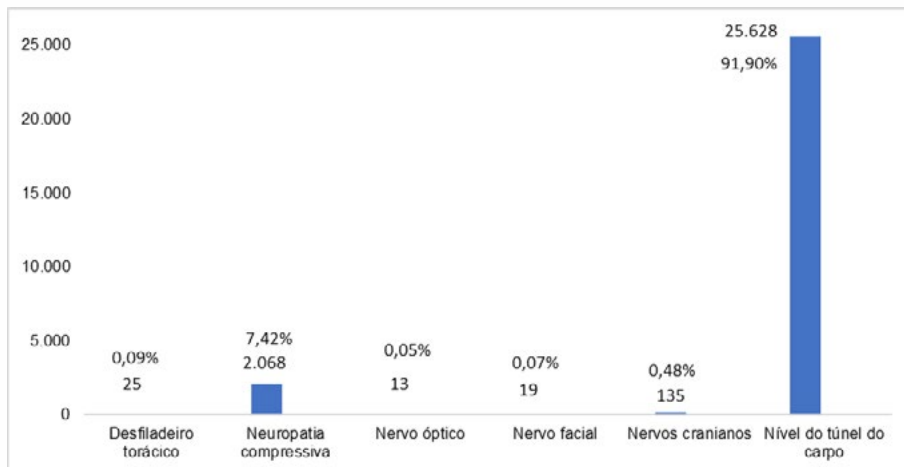
Gráfico 1: Tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel ósteo-fibroso ao nível do carpo.



Fonte dos dados (gráfico próprio): DataSUS, procedimento código 0403020123 no período de fevereiro de 2024 a janeiro de 2025.

Estudos estimam que a STC seja responsável por 90% das neuropatias compressivas de nervo periférico dos membros superiores, resultando da compressão do nervo mediano em seu trajeto pelo túnel do carpo, com incidência variando de 3% a 5% na população geral, e predominância em mulheres entre 40 e 60 anos (Mondelli; Giannini; Giacchi, 2002, p. 289-291), dado este comprovado, pois conforme consulta ao DataSUS observa-se que 91,9% de todos os procedimentos de descompressão de nervos periféricos estavam associados à STC.

Gráfico 2: Tratamento cirúrgico de síndromes compressivas.



Fonte dos dados (gráfico próprio): DataSUS no período de fevereiro de 2024 até janeiro de 2025.

Não foi possível avaliar a prevalência da STC em função do sexo, em face da não segregação de gênero na base de dados do SUS.

Embora existam descrições iniciais de compressões do nervo mediano por Paget em 1854, a STC foi sistematizada clinicamente por George S. Phalen na década de 1950. Desde então, avanços significativos na compreensão anatômica e clínica dessa neuropatia compressiva têm sido relatados (Caetano et al., 2014, p. 101-102).

A STC é responsável por significativa morbidade funcional, interferindo nas atividades diárias e ocupacionais, além de gerar impacto socioeconômico devido ao afastamento do trabalho e aos custos com tratamento. Além dos sintomas físicos, como dor e parestesia, há um significativo componente psicossocial, relacionado à limitação funcional e às repercussões econômicas e sociais decorrentes do afastamento laboral.

Os principais sintomas incluem parestesia, dor, sensação de formigamento e dormência na distribuição sensitiva do nervo mediano, frequentemente exacerbados à noite. Sensação de inchaço nas mãos é comum, mesmo na ausência de edema. Casos avançados

apresentam atrofia da musculatura tenar, comprometendo a preensão fina e a manipulação de objetos (Chammas et al., 2014, p. 432-433).

No diagnóstico clínico da STC, destacam-se o teste de Phalen e o sinal de Tinel como manobras semiológicas amplamente utilizadas para a identificação da compressão do nervo mediano no punho. O teste de Phalen, descrito pelo ortopedista George S. Phalen, consiste na manutenção da flexão máxima dos punhos por aproximadamente 60 segundos. A manobra é considerada sugestiva de STC quando provoca parestesias na área de distribuição sensitiva do nervo mediano. O sinal de Tinel, por sua vez, é realizado por meio de percussão leve sobre o trajeto do nervo mediano na face palmar do punho, desencadeando sensação de formigamento ou choque elétrico irradiado para a mão, especialmente no território do nervo comprometido.

Além dos testes clássicos de Phalen e Tinel, outras manobras provocativas podem ser empregadas na avaliação clínica da STC, destacando-se o teste de Paley e McMurphy e o teste de compressão em flexão do punho. Esses testes são úteis para reforçar a suspeita diagnóstica, pois avaliam a resposta sensitiva do nervo mediano à compressão ou manipulação em posições específicas. A eficácia dessas manobras é geralmente expressa pelos conceitos de sensibilidade e especificidade.

A **sensibilidade** refere-se à capacidade do teste em identificar corretamente os pacientes que apresentam a doença, ou seja, quanto maior a sensibilidade, menor a chance de resultados falsamente negativos, e a **especificidade** indica a capacidade do teste em excluir a doença em indivíduos saudáveis, reduzindo a probabilidade de falsos positivos. Por exemplo, o teste de compressão em flexão apresenta elevada especificidade (99%), tornando-o particularmente útil para confirmar o diagnóstico de STC quando positivo. A Tabela 2 apresenta um resumo comparativo das principais manobras utilizadas na prática clínica para a detecção da STC, com seus respectivos índices de sensibilidade e especificidade (Chammas et al., 2014, p. 435-436).

Teste:	Descrição:	Critério de Positividade:	Sensibilidade:	Especificidade:
Sinal de Tinel	Percussão sobre a face palmar do punho no trajeto do nervo mediano.	Parestesia ou sensação de choque elétrico no território do nervo mediano.	26% a 79%	40% a 100%
Teste de Phalen	Flexão ativa máxima dos punhos, com cotovelos estendidos, por até um minuto.	Parestesia ou dormência no território do nervo mediano.	67% a 83%	47% a 100%
Teste de Paley e McMurphy	Pressão manual sobre o nervo mediano entre 1 cm e 2 cm proximal à prega de flexão do punho.	Dor ou parestesia no território do nervo mediano.	89%	45%
Teste de Compressão em Flexão	Pressão com dois dedos sobre a região mediana do túnel do carpo com o punho flexionado a 60°, cotovelo estendido e antebraço em supinação.	Parestesia no território do nervo mediano.	82%	99%

Tabela 2: Testes provocativos para STC conforme Chammas et al., 2014, p. 435-436.

Em estudo recente, foram investigados não apenas a utilidade desses testes no diagnóstico, mas também seu papel prognóstico em pacientes submetidos à liberação aberta clássica do túnel do carpo. Os autores observaram que a negatificação do teste de Phalen ocorreu de forma mais precoce em comparação ao sinal de Tinel, sendo ambos considerados indicadores de boa evolução clínica a partir da segunda semana de pós-operatório. Esses dados reforçam a relevância dessas manobras clínicas, que, além de acessíveis e de baixo custo, oferecem informações úteis tanto para a confirmação diagnóstica quanto para o acompanhamento do tratamento cirúrgico e da recuperação funcional do paciente (Pimentel et al., 2024, p. 56-57).

Exames complementares incluem a eletroneuromiografia (ENMG), considerado padrão ouro para confirmação e classificação da gravidade, além da ultrassonografia de alta resolução que permite monitorar o aumento do diâmetro do nervo mediano ($>10 \text{ mm}^2$). Por fim, a ressonância magnética é indicada em casos atípicos ou suspeita de massas expansivas (Chammas et al., 2014, p. 434-435).

Entre os principais diagnósticos diferenciais destacam-se: síndrome do pronador redondo, radiculopatia cervical, neuropatias periféricas difusas e a síndrome do “*double crush*” (compressão concomitante em diferentes níveis do nervo) (Caetano et al., 2014, p. 102).

O tratamento conservador da STC é indicado nos casos leves a moderados sem sinais de déficit motor. Dentre as opções recomendadas, destacam-se a utilização de órtese noturna com o punho em posição neutra, a aplicação local de corticosteroides e, em determinadas situações, o uso de ultrassom terapêutico durante sete semanas. Em contrapartida, intervenções como laserterapia e yoga não demonstraram benefícios significativos, conforme evidenciado pelas diretrizes (Belloti et al., 2011, p. 4, 5).

O tratamento cirúrgico é indicado em casos graves ou refratários ao tratamento conservador e que contemplam técnica aberta clássica (liberação completa do retináculo dos flexores) ou técnica endoscópica (permite recuperação funcional mais rápida), e a escolha do método cirúrgico pode depender da experiência do cirurgião e da disponibilidade dos recursos. Segundo Scholten et al. (2007), a técnica endoscópica demonstra uma recuperação funcional mais rápida no curto prazo quando comparada à técnica aberta, embora ambas apresentem resultados semelhantes em relação à eficácia a longo prazo (Scholten et al., 2007, p. 17).

O prognóstico da STC é favorável na maioria dos casos, com taxas de sucesso superiores a 90% após a liberação cirúrgica do retináculo dos flexores. A recuperação da força de preensão geralmente ocorre entre dois e seis meses após o procedimento. Trata-se de um procedimento seguro, com baixa taxa de complicações, embora possam ocorrer dor

no pilar, neuropraxias e, mais raramente, lesões tendíneas (Chammas et al., 2014, p. 440-441).

A dor no pilar é uma complicação frequentemente observada no período pós-operatório da liberação do túnel do carpo, descrita como uma dor profunda nas regiões tenar e hipotenar, não relacionada à dor incisional. Sua etiologia permanece controversa, sendo atribuída tanto à lesão de pequenos ramos nervosos, como o ramo cutâneo palmar do nervo mediano, quanto à instabilidade biomecânica decorrente da secção do retináculo flexor. Kumar e Lawson-Smith (2024), em uma revisão sistemática com metanálise, avaliaram a prevalência de dor no pilar após diferentes técnicas cirúrgicas de liberação do túnel do carpo. Os autores observaram que, no período de três a seis meses após a cirurgia, as técnicas minimamente invasivas, quando analisadas em conjunto, apresentaram uma redução estatisticamente significativa na incidência dessa complicação em comparação à técnica aberta convencional. Entretanto, essa diferença não se manteve significativa em períodos de acompanhamento mais curtos ou prolongados. Além disso, os dados indicam que a maioria dos casos de dor no pilar tende a se resolver até seis meses após o procedimento, ressaltando a importância de estratégias conservadoras e de orientação adequada no manejo dessa complicação (Kumar; Lawson-Smith, 2024, p. 212-221).

Durante a abordagem cirúrgica da STC, é importante considerar possíveis variações anatômicas que podem interferir no procedimento e nos resultados clínicos. Um estudo prospectivo realizado por Bagno et al. (2023) analisou 100 casos de pacientes submetidos à descompressão cirúrgica aberta, identificando uma elevada incidência de alterações anatômicas, como a presença de musculatura sobre o ligamento transversal em 58% dos casos e a persistência da artéria mediana em 11% dos pacientes. Além disso, foram observadas alterações no nervo mediano, incluindo hipocromia, achatamento e formação de pseudo-neuromas. Esses achados reforçam a importância de um conhecimento aprofundado da anatomia local e da atenção às possíveis variantes

durante a cirurgia, com o intuito de minimizar riscos e melhorar os desfechos cirúrgicos (Bagno et al., 2023, p. 1500-1504).

As recidivas na STC podem ocorrer por diversos fatores, sendo a fibrose pós-operatória uma das principais causas descritas na literatura. Essa condição promove a formação de aderências ao redor do nervo mediano, limitando sua mobilidade e contribuindo para o reaparecimento dos sintomas. Além disso, a liberação incompleta do retináculo flexor, especialmente em cirurgias realizadas por técnicas minimamente invasivas, é frequentemente relacionada à recorrência da compressão neural. Outros fatores, como cicatrizes retráteis e doenças sistêmicas, a exemplo do diabetes mellitus e do hipotireoidismo, também são considerados relevantes no risco de recidiva. A presença de tenossinovite hipertrófica, com espessamento das bainhas tendíneas, pode agravar ainda mais a compressão do nervo, justificando a persistência ou retorno do quadro clínico após a intervenção cirúrgica (Vázquez-Alonso; Abdala-Dergal, 2016, p. 17-19).

CONCLUSÃO

A STC é uma neuropatia de alta prevalência que, se não diagnosticada e tratada de forma oportuna, pode gerar déficits motores e sensitivos permanentes, com repercussões importantes na capacidade funcional e laboral do paciente. A avaliação clínica criteriosa, aliada ao uso de testes provocativos, continua sendo a base para o diagnóstico inicial e o acompanhamento do progresso terapêutico, destacando-se pela praticidade e eficácia na prática clínica.

As opções de tratamento, conservadoras ou cirúrgicas, devem ser individualizadas conforme a gravidade dos sintomas, o comprometimento neurológico e as necessidades do paciente. A cirurgia de liberação do túnel do carpo, quando bem indicada, apresenta alto índice de sucesso, com significativa melhora dos sintomas e da qualidade de vida.

Além das estratégias terapêuticas, destaca-se a importância das ações preventivas em ambientes de risco ocupacional e da reabilitação multiprofissional no pós-operatório, assegurando uma abordagem integral ao paciente. Futuras pesquisas devem aprofundar o estudo das variações anatômicas e dos fatores prognósticos, bem como explorar novas tecnologias que ampliem as possibilidades de diagnóstico precoce e tratamentos menos invasivos. O enfoque multiprofissional e humanizado permanece essencial para a reintegração funcional e social dos indivíduos acometidos pela síndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, L. F. et al. Síndrome do túnel do carpo: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, Campos dos Goytacazes, v. 16, n. 2, 2021.

BELLOTTI, JC et al. Síndrome do túnel do carpo: tratamento. São Paulo: **Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2011.

BAGNO, L. G. L. T. et al. Síndrome do túnel do carpo: atualização prospectiva comparativa de variações anatômicas em 100 casos. **Archives of Health Investigation**, 2023.

CAETANO, E. B. et al. Mitos e verdades sobre a síndrome do túnel do carpo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 101-102, 2014.

CHAMMAS, M. et al. Síndrome do túnel do carpo – Parte I: anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 429-436, 2014.

CHAMMAS, M. et al. Síndrome do túnel do carpo – Parte II: tratamento. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 437-445, 2014.

KUMAR, A. A.-W.; LAWSON-SMITH, M. *Pillar pain after minimally invasive and standard open carpal tunnel release: A systematic review and meta-analysis*. **Journal of Hand Surgery Global Online**, v. 6, p. 212–221, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2023.12.003>.

PIMENTEL, I. S. et al. Utilidade do teste de Phalen e do sinal de Tinel no prognóstico e o impacto na qualidade de vida de pacientes com síndrome do túnel do carpo submetidos a liberação aberta clássica do túnel do carpo. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 59, n. 1, p.

e54–e59, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1779318>. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1779318>

MONDELLI, M.; GIANNINI, F.; GIACCHI, M. *Carpal tunnel syndrome incidence in a general population*. **Neurology**, v. 58, p. 289-294, 2002.

REZENDE, L. G. R. A. et al. Síndrome do túnel do carpo: atualização prospectiva comparativa de variações anatômicas em 100 casos. **Archives of Health Investigation**, v. 12, n. 7, 2023.

SCHOLTEN, R. J. P. M. et al. Surgical treatment options for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD003905, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD003905.pub3.

VÁZQUEZ-ALONSO, M. F.; ABDALA-DERGA, C. *Principales causas de recidivas en el túnel del carpo*. **Acta Ortopédica Mexicana**, México, v. 30, n. 1, p. 17-20, ene./feb. 2016.

CAPÍTULO 19



LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

*Indyara Cordeiro Machado*⁵⁴

*Taís Sepúlveda da Cruz*⁵⁵

*Raíssa dos Santos Fidelis Rezende*⁵⁶

INTRODUÇÃO

O Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é uma patologia que, embora mais comum em adultos, também afeta crianças e adolescentes. Caracteriza-se pelo crescimento rápido de massas tumorais nos linfonodos, especialmente nas regiões cervical, supraclavicular e mediastinal. Os sintomas podem incluir aumento indolor dos linfonodos, febre, sudorese noturna, perda de peso, tosse, dispneia e dor torácica. Assim sendo, no que tange ao seu diagnóstico, ele é estabelecido por meio de biópsia dos linfonodos afetados, exames de imagem e análises laboratoriais detalhadas. Estima-se que a referida doença representa 15% dos casos em crianças (TOGETHER, 2023). Dessa maneira, é uma patologia considerada rara e ainda pouco conhecida e discutida pelo corpo civil e, até mesmo, médico.

Nessa perspectiva, o presente artigo apresenta o relato de caso de uma paciente de 12 anos que chega ao Hospital São José do Avaí (HSJA) previamente hígida, sem comorbidades conhecidas,

54 Médica especialista em Pediatria, Hematologia e Hemoterapia. Professora Universitária de Hematologia da Universidade Iguazu, Campus V, e da Universidade São Carlos. E-mail: indycordeiro@terra.com.br. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3799503000668099>

55 Médica Especialista em Hematologia, Hemoterapia e Clínica Médica. Pós Graduada em Docência do Ensino Superior. Professora Universitária nas disciplinas de Hematologia e Semiologia na Universidade Iguazu-Campus V. E-mail: taissdacruz@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8642403790525870>†

56 Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu, Campus V. E-mail: raissasfidelis@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2701793317532451>

queixando-se de lombalgia intensa há cerca de 4 semanas, associada a fadiga e perda ponderal não quantificada. Evoluiu com dor óssea progressiva e rigidez de nuca, o que favoreceu, inicialmente, à suspeita diagnóstica de meningite. A esse respeito, a fim de se obter uma discussão coerente e coesa com o relato apresentado, o estudo discorre sobre as principais características da doença, incluindo etiologia e epidemiologia. Além disso, apresenta os sinais e sintomas, bem como a importância de um diagnóstico precoce e as principais complicações em caso de diagnóstico tardio. Por fim, fomenta uma discussão acerca das condutas mais adequadas ao tratamento, além das implicações psicossociais e emocionais inerentes à síndrome.

O presente artigo tem por objetivo relatar o caso de uma paciente com LDGCB e, nessa contextura, elucidar os principais questionamentos propiciados pela falta de conhecimento sobre a patologia, conferindo maior ênfase à complicação de um diagnóstico tardio e as principais condutas utilizadas como tratamento.

Por fim, justifica-se a apresentação do presente relato pressupondo-se que a discussão clínica do LDGCB é de grande relevância para a classe médica, visto que discorre sobre os conhecimentos necessários para identificar, tratar e acompanhar adequadamente o portador, tendo em vista que, com o diagnóstico precoce e com os avanços do tratamento, sua principal complicação é, cada vez menos observada entre os indivíduos acometidos pela patologia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 12 anos, previamente hígida, sem comorbidades conhecidas, apresentou lombalgia intensa há cerca de 4 semanas, associada a fadiga e perda ponderal não quantificada. Evoluiu com dor óssea progressiva e rigidez de nuca, o que favoreceu, inicialmente, à suspeita diagnóstica de meningite. Antecedentes familiares de Leucemia e Câncer de Intestino.

Ao exame físico apresentava desnutrição importante e ausência de adenomegalias e visceromegalias. Achados laboratoriais evidenciaram hemograma e bioquímica dentro da normalidade, sem evidência de infecção, apenas com LDH aumentado (550 U/L). Sorologias para infecções virais (EBV, CMV, toxoplasmose): negativas. Punção lombar normal. Exames de imagem sugeriram implantes tumorais em ossos de quadril e coluna lombo-sacra, além de implantes em pulmão e rins (bilateralmente). Imuno-histoquímica de topografia renal e óssea compatíveis com o diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B. Diagnóstico: Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B, estágio IV (classificação de Ann Arbor).

A paciente foi submetida a quimioterapia de acordo com o protocolo BFM (Berlin-Frankfurt-Münster) modificado para LNH-DGCB. Após o primeiro ciclo de quimioterapia, houve redução significativa da dor óssea e da lesão pulmonar. Porém, evoluiu com neutropenia febril, sendo tratado com antibióticos de amplo espectro e fator estimulador de colônia granulocitária.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DISCUSSÃO

O Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é um tipo agressivo de linfoma originado nos linfócitos B, células do sistema imunológico responsáveis pela produção de anticorpos. Desse modo, ele é caracterizado pelo crescimento rápido e desordenado de células cancerígenas nos linfonodos ou em outros órgãos. Desse modo, indivíduos com a patologia em discussão, têm aumento indolor dos linfonodos, sintomas constitucionais ou sintomas B, sendo eles, febre, sudorese noturna e perda de peso inexplicável, além de sintomas locais, como por exemplo, tosse, dispneia e dor torácica caso a patologia acometa o mediastino. Nessa perspectiva, enfatiza-se que a paciente do relato de caso é enquadrada na clínica descrita acima, tendo em vista que apresentou fadiga, perda ponderal e lombalgia intensa.

A partir da discussão em questão, observa-se que o LDGCB, pode ser considerado como uma das doenças mais raras. Nesse panorama, nota-se que – de acordo com o perfil epidemiológico – o referido linfoma, tem a incidência de acometer cerca de 30 a 40 por cento dos adultos e 15 por cento das crianças e adolescentes, sendo o subtipo menos frequente na infância em comparação aos adultos (TOGHETER, 2024). A esse respeito, enfatiza-se que a paciente do presente estudo é enquadrada como uma ocorrência incomum em relação aos dados epidemiológicos, tendo em vista que ela possui 12 anos ao diagnóstico.

No que tange aos sinais e sintomas da doença, aumento dos linfonodos de forma indolor, presença dos sintomas B e sintomas locais são os mais expressivos e específicos. Paralelo a isso e embora o perfil clássico de sintomas do LDGCB seja bem estabelecido, há variabilidade individual significativa, uma vez que pacientes podem apresentar manifestações atípicas, ausência de sintomas B ou até mesmo sinais inespecíficos. No caso da paciente em análise, ela apresentava ausência de adenomegalias e visceromegalias, lombalgia intensa e desnutrição importante ao exame físico. Contudo, exames de imagem sugeriram implantes tumorais em ossos de quadril e coluna lombo-sacra, além de implantes em pulmão e rins (bilateralmente). A partir de então, prosseguiu-se o rastreio para conclusão diagnóstica.

O diagnóstico do LDGCB é baseado na biópsia do linfonodo ou órgão acometido, com análise histopatológica e imuno-histoquímica, além de tomografia computadorizada (TC), PET-CT, Ressonância Magnética e exames laboratoriais como hemograma, LDH e análise genética para mutações relevantes. O objetivo dos exames radiológicos é promover o estadiamento e orientar quanto aos locais de implantação da doença. No caso da paciente em pauta, após as manifestações clínicas, foi solicitado TC e exames laboratoriais, evidenciando implantes tumorais em ossos de quadril e coluna lombo-sacra, além de implantes em pulmão e rins (bilateralmente). Além disso, achados laboratoriais evidenciaram hemograma e bioquímica dentro da normalidade, sem evidência de infecção, apenas com LDH aumentado (550 U/L). Sorologias para infecções virais (EBV, CMV, toxoplasmose):

negativas. Após realização dos exames, a imuno-histoquímica de topografia renal e óssea foram compatíveis com o diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B.

A partir de toda a discussão, a conduta referente ao tratamento do LDGCB compreende-se a uma abordagem interdisciplinar, em que há acompanhamento clínico para quimioterapia intensiva de acordo com o protocolo BFM (Berlin-Frankfurt-Münster) modificado para LNH-DGCB, imunoterapia com o uso de anticorpos monoclonais como rituximabe, radioterapia em casos localizados ou para doença residual e terapia alvo + transplante para casos refratários ou recorrentes. Desse modo, é importante reafirmar a necessidade de um tratamento integral, para que haja regressão dos sintomas e da própria patologia. No caso descrito, a paciente foi submetida a quimioterapia de acordo com o protocolo BFM (Berlin-Frankfurt-Münster) modificado para LNH-DGCB e após o primeiro ciclo de quimioterapia, houve redução significativa da dor óssea e da lesão pulmonar. A mesma, hoje, ainda segue em tratamento. É válido ressaltar, ainda que o LDGCB é agressivo, mas possui altas taxas de cura, especialmente em crianças e adolescentes, com sobrevida de 80-90% nos casos tratados adequadamente (ABRALE, 2023) e o prognóstico depende de fatores como idade, estágio da doença e resposta ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise e discussão do relato de caso em estudo e, após discorrer sobre etiologia, epidemiologia, diagnóstico, manifestações clínicas, tratamento e quadro singular da paciente em tela, entende-se por LDGCB, uma patologia de caráter agressivo, porém, tratável clinicamente.

Assim sendo, entender as manifestações clínicas da doença é de extrema importância para obtenção de um diagnóstico coerente, coeso e precoce, o que configuraria uma maior porcentagem de sucesso no tratamento. Isso, nesse sentido, favoreceria uma abordagem mais

ágil, ampla e minuciosa da patologia, podendo garantir prognóstico mais satisfatório e qualidade de vida à paciente.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE). Linfoma Não Hodgkin (LNH) em Crianças e Adolescentes. **Abrale**. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/cancer-infantil/linfomas-cancer-infantil/lnh-infantil>. Acesso em: 29 mar. 2025.

LYMPHOMA AUSTRALIA. **Linfoma Difuso de Grandes Células B (DLBCL) em Crianças**. Disponível em: <https://pt.lymphoma.org.au/tipos-de-linfoma/linfoma-em-crian%C3%A7as/linfoma-difuso-de-grandes-c%C3%A9lulas-b-dlbcl-em-crian%C3%A7as>. Acesso em: 29 mar. 2025.

ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL. Linfoma Não Hodgkin em Crianças e Adolescentes. Juntos **by St. Jude**. Disponível em: <https://together.stjude.org/pt-br/sobre-o-c%C3%A2ncer-pedi%C3%A1trico/tipos/linfoma/linfoma-n%C3%A3o-hodgkin.html>. Acesso em: 30 mar. 2025.

CAPÍTULO 20



CIGARROS ELETRÔNICOS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE DA PELE

*Maria Irene Rocha Bastos Tinoco*⁵⁷

*Ana Teresa Bastos Tinoco*⁵⁸

*Maria Eduarda Bastos Tinoco*⁵⁹

“É mais fácil evitar hábitos ruins do que quebrá-los”
Benjamin Franklin

INTRODUÇÃO

Os cigarros eletrônicos (e-cigarettes) ganharam popularidade nas últimas duas décadas como uma alternativa supostamente mais segura ao tabagismo convencional. No entanto, evidências crescentes indicam que esses dispositivos apresentam riscos significativos a diversos sistemas que compõem o organismo, incluindo o sistema tegumentar. Nesse último, o prejuízo à pele se traduz principalmente em dermatites, estímulo ao envelhecimento cutâneo e comprometimento da cicatrização de feridas, cujos desencadeantes residem em substâncias químicas presentes em aerossóis liberados

57 Mestrado em Medicina - Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2019). Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (1989). Atualmente é médica da Prefeitura Municipal de Itaperuna, médica do corpo clínico do Hospital São José do Avaí, médica - Clínica Privada, médica do Centro de Saúde Dr. Raul Travassos e professora da Universidade Iguaçu. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Dermatologia. Membro da Academia Americana de Dermatologia e da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9046426890895093>

58 Graduanda do 6º período da Universidade de Iguaçu, Campus V, Itaperuna, RJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3914639045324465>

59 Graduanda do 8º período da Universidade de Iguaçu, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: 210049310@aluno.UNIG.edu.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4824585738281506>

pelo dispositivo eletrônico. O cenário se torna ainda mais desafiador uma vez que resíduos tóxicos neles contidos se depositam nas superfícies de forma a intensificar a exposição não apenas dos usuários como também da população não fumante ao redor.

Este capítulo explorará os efeitos dos cigarros eletrônicos na saúde da pele, enfatizando condições dermatológicas como dermatite de contato, envelhecimento precoce e comprometimento da cicatrização de feridas. Para isso foi realizada uma revisão da literatura, analisando estudos sobre o impacto dermatológico dos cigarros eletrônicos, seus componentes químicos e seus efeitos na produção de colágeno, reparo tecidual e irritação cutânea.

Desse modo, perante os riscos iminentes dos cigarros eletrônicos à população, este capítulo tem como objetivo cardinal a exploração dos seus efeitos dermatológicos, de forma a destacar os impactos presentes na saúde da pele e a necessidade de uma maior conscientização médica sobre o tema.

HISTÓRICO E POPULARIZAÇÃO DOS CIGARROS ELETRÔNICOS

Os cigarros eletrônicos foram inventados em 2003 pelo farmacêutico chinês Hon Lik, que buscava reduzir os danos do tabagismo tradicional após a morte de seu pai por câncer de pulmão. O dispositivo rapidamente ganhou popularidade, sendo comercializado inicialmente na China e, posteriormente, na Europa e nos Estados Unidos (Ludmann, 2020). Vale ressaltar que:

A nuvem que você exala após sugar uma caneta vape não é apenas vapor de água; ela também contém propilenoglicol e glicerina — que podem ser irritantes quando aerossolizados — e podem conter qualquer número de compostos orgânicos voláteis (VOCs), metais pesados e outros produtos químicos, dependendo do tipo de caneta ou cartucho

que você está usando. Pode não ser fumaça, por si só, mas *é* poluição (Sullivan, 2024, s/p).

No mesmo sentido, Loukou (2024, s/p) destaca que “O líquido contido nas canetas vaporizadoras, na maioria dos casos, contém nicotina, mas também pode conter diversos outros produtos químicos. Isso inclui propilenoglicol, glicerol, bem como aromatizantes e outros aditivos”. A partir de 2010, diversas variações dos dispositivos surgiram, incluindo formatos de caneta e pods, tornando-se particularmente atrativos para jovens devido aos sabores adicionados aos líquidos vaporizados (Gentry, 2022). Assim, com o aumento da popularidade, autoridades de saúde começaram a emitir alertas sobre os potenciais riscos desses dispositivos.

IMPACTOS GERAIS DOS CIGARROS ELETRÔNICOS NA SAÚDE

O uso de cigarros eletrônicos está associado a uma série de efeitos adversos sistêmicos. Entre os mais relevantes, destacam-se os efeitos respiratórios, como tosse crônica, dispneia, irritação pulmonar e aumento do risco de doenças respiratórias. Assim como, os efeitos cardiovasculares, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial devido à presença de nicotina, além de um maior risco de eventos cardiovasculares. Também é relevante destacar os efeitos metabólicos, como a desidratação e boca seca, principalmente devido ao propilenoglicol, um dos ingredientes principais dos líquidos usados nesses dispositivos (Ghosh, 2020).

Vale ressaltar que embora algumas dessas implicações possam parecer brandas em curto prazo, a exposição prolongada aos produtos químicos do cigarro eletrônico pode levar a complicações graves, inclusive ao óbito, como ocorre na lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico (EVALI) e na overdose de nicotina.

EFEITOS DOS CIGARROS ELETRÔNICOS NA PELE

Apesar dos impactos dos cigarros eletrônicos na pele serem frequentemente negligenciados, evidências sugerem que a utilização desses dispositivos acarreta danos dermatológicos significativos, os quais serão evidenciados a seguir (Jones, 2021).

No que tange a Dermatite de Contato, é necessário esclarecer que ela é uma reação inflamatória da pele que ocorre devido à exposição a substâncias irritantes ou alérgenos. Sendo assim, uma vez que um dos componentes desse dispositivo é o níquel e que esse atua como um dos principais agentes sensibilizantes do dispositivo, o uso dele, juntamente com a exposição a esse metal pesado, pode levar a reações alérgicas marcada por coceira, vermelhidão e ou descamação na região dos lábios e dedos dos usuários (Li, 2021). Sullivan (2024, s/p) destaca que “Esses ingredientes potencialmente irritantes incluem níquel — um metal pesado que pode estar presente em canetas ou cartuchos de vape — bem como ingredientes aromatizantes, como canela e mentol”. Insta mencionar que “Os cigarros eletrônicos geralmente contêm níquel, o que pode causar dermatite de contato. Se você tiver erupção cutânea nos lábios e na mão com a qual segura o cigarro eletrônico, você pode ter dermatite de contato” (Ludmann, 2020, s/p).

Em relação ao Envelhecimento Precoce da Pele, vale ressaltar que o envelhecimento cutâneo acelerado está entre os efeitos mais preocupantes do uso de cigarros eletrônicos, e está relacionado sobretudo a ação da nicotina em reduzir a produção de colágeno, o qual é uma proteína essencial para a elasticidade e firmeza da pele (Martin, 2020).

Sendo assim, como fruto dessa diminuição, usuários frequentes podem apresentar sinais como: rugas precoces; flacidez cutânea; manchas hiperpigmentadas (manchas marrons). Além do prejuízo ao metabolismo do colágeno, a redução na oxigenação dos tecidos e a ação inflamatória dos aerossóis dos cigarros eletrônicos também contribuem para a degradação da matriz extracelular da pele [9].

Os Resíduos Tóxicos presentes no cigarro eletrônico podem causar Irritação Cutânea. Visto que, os aerossóis liberados pelos cigarros eletrônicos contêm substâncias químicas que se depositam nas superfícies de forma a possibilitar e intensificar a sua absorção pela camada cutânea, o que aumenta a exposição de usuários e não usuários. Logo, esse depósito atua como um agravante ao intensificar as consequências dos aerossóis do dispositivo e ao aumentar a população por eles atingida (Schraufnagel, 2020). Dessa forma, o contato prolongado com esses resíduos depositados pode resultar em irritação, inflamação cutânea e possível absorção de nicotina pela pele, potencializando os efeitos adversos sistêmicos (Sullivan, 2024).

Outromalefícioudousedocigarroeletrônicoéocomprometimento da cicatrização de feridas. Assim como os cigarros convencionais, os cigarros eletrônicos podem prejudicar a cicatrização de feridas. Isso ocorre principalmente devido a ação da nicotina em promover vasoconstrição, reduzindo o fluxo sanguíneo para a pele e dificultando o transporte de oxigênio e nutrientes essenciais para o processo cicatricial (Loukou, 2024).

Isso posto, durante o pré-operatório deve-se desencorajar a utilização do dispositivo, pois, devido a suas propriedades químicas, ele pode aumentar o risco de infecções e comprometer a recuperação pós-operatória[13].

Ademais, além do prejuízo ao sistema cicatricial, o paciente ainda pode relatar lesões na mucosa oral, língua negra pilosa e reações liquenoides associadas ao uso desses dispositivos (XIE, 2022). Apesar de serem comercializados como uma alternativa mais segura ao tabagismo, os cigarros eletrônicos apresentam riscos dermatológicos significativos. A conscientização sobre esses efeitos é essencial para que os profissionais de saúde possam orientar seus pacientes quanto às possíveis consequências do uso desses dispositivos na saúde da pele. Pesquisas adicionais e regulamentações mais rigorosas são necessárias para mitigar esses riscos.

CONCLUSÃO

Embora vendidos como uma alternativa segura ao tabagismo convencional, os cigarros eletrônicos apresentam riscos cruciais à saúde, os quais irão abranger todo o organismo inclusive a pele, onde acarretam desde lesões de caráter mais inflamatório como reações alérgicas e dermatites até o envelhecimento precoce da pele e dificuldades na cicatrização de feridas. Assim sendo, seus efeitos no sistema tegumentar irão comprometer a manutenção de um organismo hígido e de uma barreira cutânea preservada que consiga cumprir seu papel de defesa contra microrganismos invasores, assim como também de uma senescência digna acompanhada por uma autoestima preservada.

Os achados indicam que os cigarros eletrônicos contribuem para o envelhecimento precoce da pele devido à redução da produção de colágeno induzida pela nicotina, ao aumento do estresse oxidativo e à diminuição da elasticidade cutânea. A dermatite de contato é frequentemente relatada devido à exposição ao níquel presente nos dispositivos de vape. Além disso, resíduos tóxicos provenientes dos aerossóis vaporizados se depositam em superfícies, provocando irritação cutânea. O uso prolongado de cigarros eletrônicos também pode comprometer a cicatrização de feridas, aumentando o risco de infecções em pacientes cirúrgicos.

Desse modo, é essencial a elaboração de regulamentações mais rigorosas, assim como a promoção de campanhas educativas como o objetivo de minimizar e prevenir as consequências desses dispositivos na saúde da população. Faz-se necessário que os profissionais de saúde se engajem nestas campanhas, assumindo seu papel de promotores de saúde, alertando sobre o prejuízo que implica a utilização do dispositivo, e orientando os seus pacientes, sejam eles usuários ou não, acerca dos malefícios dermatológicos e não dermatológicos da utilização do cigarro eletrônico.

REFERÊNCIAS

GENTRY, S, et al. **“Marketing Strategies of E-cigarettes: A Review.”** Journal of Public Health, 2022. Acesso em: 13 fev. 2025.

GHOSH, A, et al. **“Oral Mucosa Damage in E-cigarette Users.”** Dental Research Journal, 2020. Acesso em: 13 fev. 2025.

HUA, M, et al. **“Effects of E-cigarettes on the Skin: A Systematic Review.”** Dermatology Journal, 2021. Acesso em: 13 fev. 2025.

JONES, K. M., et al. **“Electronic Cigarettes and Wound Healing: A Clinical Perspective.”** Plastic Surgery Review, 2021. Acesso em: 13 fev. 2025.

KIM, J, et al. **“Contact Dermatitis and Nickel Exposure in Vape Devices.”** Journal of Clinical Dermatology, 2019. Acesso em: 13 fev. 2025.

LI, J, et al. **“History of E-cigarettes: Evolution and Regulatory Landscape.”** Tobacco Control, 2021. Acesso em: 13 fev. 2025.

LOUKOU, Eliza. VERDADE SEVERA Vaporizar dentro de casa deixa uma película de “lodo tóxico espesso e oleoso por toda a casa - que pode penetrar na pele”. **The Sun**, [S. l.], 27 dez. 2024. Disponível em: <https://www.thesun.co.uk/health/30704515/vaping-inside-leaves-toxic-slime-home-seep-through-skin/>. Acesso em: 14 fev. 2025.

LUDMANN, Paula. Erupção cutânea com coceira pode ser dermatite de contato. **AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY (AAD)**, [S. l.], 15 dez. 2020. Disponível em: <https://www.aad.org/public/everyday-care/itchy-skin/rash/itchy-rash-contact-dermatitis>. Acesso em: 14 fev. 2025.

MARTIN, E. M., et al. **“Nicotine and Skin Aging: Mechanisms and Clinical Implications.”** JAMA Dermatology, 2020. Acesso em: 13 fev. 2025.

National Institute on Drug Abuse. **“Health Effects of Electronic Cigarettes”**. NIDA Research Reports, 2023. Acesso em: 13 fev. 2025.

SCHRAUFNAGEL, D. E., et al. **“Electronic Cigarettes and Cardiovascular Risk.”** Circulation Research, 2020. Acesso em: 13 fev. 2025.

SULLIVAN, Jennifer G. A vaporização envelhecerá minha pele? **The CUT**, [S. l.], 2 dez. 2024. Disponível em: <https://www.thecut.com/article/is-vaping-bad-for-my-skin.html>. Acesso em: 14 fev. 2025.

World Health Organization. **“Residual Toxicity of E-cigarette Aerosols on Surfaces.”** WHO Reports, 2023. Acesso em: 13 fev. 2025.

XIE, W, et al. **“Long-Term Exposure to E-cigarette Aerosols and Skin Health.”** Toxicology Reports, 2022. Acesso em: 13 fev. 2025.

CAPÍTULO 21



FATORES DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE FÍSTULAS ANASTOMÓTICAS EM PACIENTES COLECTOMIZADOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

*Vinícius Evangelista Dias*⁶⁰

*Pedro Ivo Fonseca de Paula*⁶¹

*Homero Terra Padilha Filho*⁶²

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o quarto tipo de câncer mais diagnosticado e a segunda causa de morte por câncer nos Estados Unidos. A incidência de CCR tem aumentado entre as pessoas com menos de 65 anos, com um aumento de 1% ao ano entre aqueles com 50 a 64 anos e 2% entre os menores de 50 anos (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2021). Segundo o INCA, no Brasil, no ano de 2020, houve uma incidência de 20.540 novos casos de CCR entre homens (9,1% dos casos de câncer), com mortalidade masculina de 10.191. Entre as mulheres, 20.470 novos casos (9,2%) de CCR foram diagnosticados em 2020, com mortalidade feminina de 10.385 casos (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2021).

A fístula anastomótica (FA) é uma complicação pós-operatória de grande importância, após ressecção anterior baixa para o

60 Cirurgião Geral. Doutorado e Mestrado em Medicina pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - MG. Professor do curso de Medicina na Universidade Iguaçu, Campus V, (Itaperuna, RJ). E-mail: viniciusdiasevangelista@gmail.com - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6331127739753447>

61 Cardiologia Clínica e Professor do Curso de Medicina na Universidade Iguaçu, Campus V- E-mail: Pedroivofmed@hotmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2964052086598035>

62 Acadêmico de Medicina do 12º Período. E-mail: homeroterra@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8886707065491511>

tratamento de câncer retal baixo (KINUGASA et al. 2020)., com uma incidência que varia de 7,5 a 10,4% (ZHOU et al., 2020). FA aumentam significativamente a morbidade pós-operatória, o que requer maior tempo de internação hospitalar e, em alguns pacientes, mais procedimentos cirúrgicos, o que afeta a qualidade de vida dos pacientes (KINUGASA et al. 2020). Desse modo, percebe-se que se trata de uma complicação pós-operatória de grande relevância e frequência elevada, mostrando a necessidade de desenvolvimento de estudos sobre essa importante complicação. O conhecimento sobre fatores que predispoem os pacientes a desenvolver FA é extremamente importante para detecção precoce, decisão sobre o momento correto de intervenção cirúrgica, manejo de fatores de risco pré-operatórios e complicações pós-operatórias. Uma maneira relevante de abordar essa temática é por meio da realização de revisão sistemática e meta-análise. Portanto, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão sistemática, seguida de meta-análise, para se conhecer os fatores de risco para ocorrência de FA em pacientes colectomizados para tratamento de CCR.

MATERIAIS E MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO E REGISTRO

Trata-se de uma revisão sistemática e meta-análise, para descrição dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de FA em pacientes operados para tratamento de CCR. Para a realização da revisão sistemática, utilizou-se o protocolo do *Centre for Reviews and Dissemination da University of York* (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009), considerando as seguintes etapas: (1) Identificação da importância do estudo e preparação do protocolo e revisão; (2) Localização dos estudos na literatura; (3) Seleção dos estudos; (4) Extração dos dados; (5) Avaliação da qualidade metodológica dos estudos; (6) Síntese dos dados; e, (7) Elaboração do relatório final e recomendação.

A presente revisão sistemática e meta-análise também cumpriu as diretrizes da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (<http://www.prisma-statement.org/>) e foi registrada na plataforma *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>), com número de registro: CRD42020219325.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para realização da presente revisão sistemática e meta-análise, foram incluídos estudos que avaliaram fatores de risco para ocorrência de FA em pacientes coletomizados para tratamento de CCR, em especial estudos de coorte, caso-controle, transversais e estudos randomizados controlados.

Foram excluídos da seleção revisões de literatura, revisões sistemáticas e meta-análises, e estudos sem utilização de dados originais, além de estudos publicados em idiomas diferentes dos supracitados (inglês, português, espanhol e francês); estudos em animais; teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e resumos de eventos científicos; séries de casos e relatos de caso.

FONTES DE PESQUISA E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Foram utilizados artigos publicados em todo o mundo em inglês, português, espanhol e francês, buscados nas plataformas *PubMed* (MEDLINE) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), *Cochrane Library* (<https://www.cochranelibrary.com/>), *Scopus* (<http://www.scopus.com>), *BVS* (<https://bvsalud.org/>), *Europe PMC* (<https://europepmc.org/>) e *Web of Science* (<https://www.webofknowledge.com>), publicados em um intervalo de 15 anos a contar de 01º de Janeiro de 2005 a 19 de Outubro de 2020, com o objetivo de se identificar os fatores de risco para FA. As buscas foram conduzidas no dia 17 de

novembro de 2020. A pesquisa foi realizada a partir de estratégias de busca formuladas com descritores catalogados nas bases *Medical Heading Subjects* (MeSH) e Descritores de Ciências da Saúde (DeCS).

SELEÇÃO DE ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Na primeira fase de seleção dos artigos foi realizada a leitura dos títulos para inclusão dos trabalhos de acordo com os critérios pré-definidos, retirando-se os estudos que não estavam claramente relacionados com o tema, assim como na segunda etapa, em que foi realizada a leitura dos resumos. Na terceira fase ocorreu a avaliação dos textos completos.

Ademais, foi pesquisada a literatura cinza por meio do acesso ao *Google Scholar*, utilizando-se os termos descritos anteriormente, para publicações adicionais, a fim de evitar uma seleção inadequada ou não abrangente de estudos publicados nas bases eletrônicas indexadas, o que reduziria a representatividade dos estudos identificados ou incluídos (PAPPAS *et al.*, 2011).

ANÁLISE DOS ESTUDOS

Após a pesquisa nas plataformas previamente designadas, chegou-se a 2.400 estudos. Destes, 610 foram excluídos por duplicidade. Sendo assim, 1.790 estudos foram selecionados para leitura dos títulos. Após a leitura destes, 1.091 artigos foram excluídos, restando 699 trabalhos para leitura dos resumos. Após a etapa de leitura dos resumos, 587 foram excluídos, restando-se 112 para a leitura dos textos completos. Com a leitura dos textos completos, 48 foram excluídos, restando-se 64 artigos, eleitos para a revisão sistemática. Dois destes artigos foram separado em 2 análises cada, pois os cálculos foram realizados separadamente para cólon e reto pelos autores.

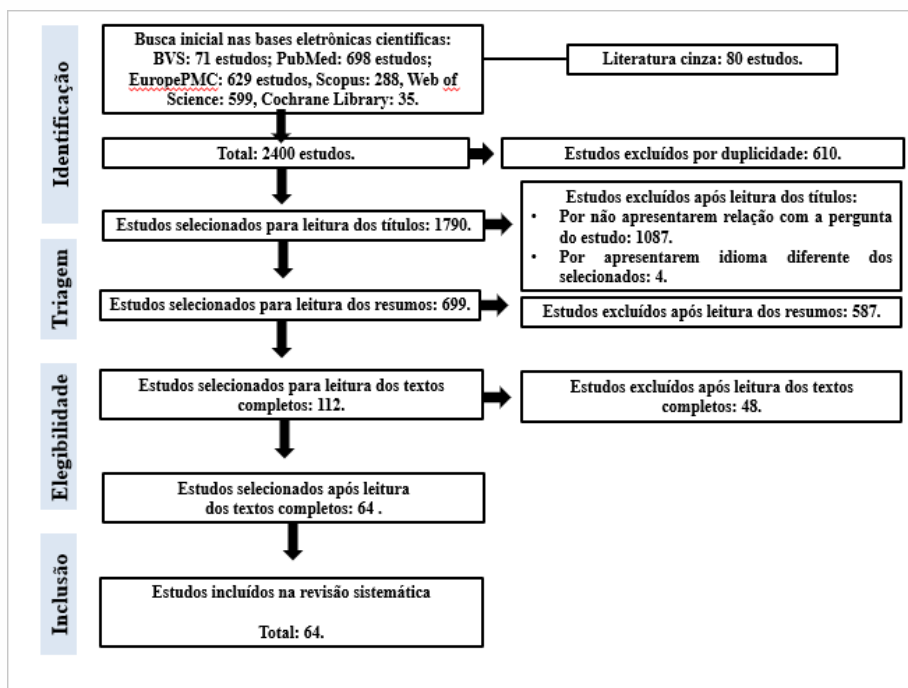


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos relacionados aos fatores de risco para FA.

AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Foi realizada a avaliação da qualidade dos estudos utilizando-se as escalas de *Newcastle-Ottawa Scale* (http://www.ohri.ca/programs/clinical_epide-miology/oxford.asp). Foram utilizadas as escalas originais para cada tipo de estudo específico (coorte, caso-controle e transversal). Para se atingir um nível satisfatório na avaliação metodológica, era necessário que os estudos, nos seus respectivos desenhos, atingissem média maior que 5 na avaliação das escalas (LUCHINI, et al. 2017). Para as escalas utilizadas, os estudos apresentaram média superior a 5 (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação da qualidade metodológica dos artigos científicos incluídos na revisão sistemática: resultados obtidos após a utilização da *Newcastle-Ottawa Scale* para estudos transversais, caso-controle e coorte (NOS, 2009).

Tipo de estudo	Número de artigos	Média
Transversal	39	5,05
Caso-controle	4	5,25
Coorte	21	6,62

Os dados obtidos dos 64 artigos selecionados foram processados no *software Review Manager 5.4*. Para a meta-análise, os artigos foram separados e analisados de acordo com o tipo de estudo (coorte, caso-controle e transversal). Em relação às variáveis analisadas na meta-análise, foram processadas apenas aquelas sobre as quais foram realizados quatro ou mais estudos de um mesmo tipo. Devido a heterogeneidade dos dados, optou-se pelo modelo de efeitos aleatórios para realização da meta-análise. Um valor de $P < 0,05$ na análise univariada foi considerado para determinação da diferença estatística entre os grupos comparados.

RESULTADOS

Esta revisão sistemática incluiu 65 artigos, com avaliação de 184.110 pacientes. O fator de risco gênero foi estudado por 19 estudos de coorte, contabilizando um total de 36.284 pacientes avaliados, sendo que 6 estudos demonstraram sexo masculino ser um fator de risco para o desenvolvimento de FA. Em relação aos estudos transversais, foram avaliados 145.509 pacientes dentro de 36 estudos em relação à variável gênero. Destes, 13 estudos demonstraram sexo masculino como fator de risco para FA. Em relação à meta-análise, encontrou-se um RR de 1.42 [1.07, 1.89] nos estudos de coorte, 1,56 [1.40, 1.75]

nos estudos transversais, e 1.28 [1.02, 1.60] nos estudos casos-controle. Deste modo, pode-se afirmar que o gênero masculino configura-se como fator de risco para a FA neste estudo.

O fator de risco tabagismo foi avaliado por nove estudos transversais, examinando-se 6268 pacientes, entretanto apenas um estudo observou diferença estatística significativa, assim, o RR foi de 1.33 [0.79, 2.25]. Além disso, outros cinco estudos coortes abordaram este aspecto; três constataram que a diferença estatística não foi ao acaso [2015 European Society of Coloproctology Collaborating Group (2020), Jannasch et al. (2015) e Nordholm-Carstensen A, Rasmussen MS, Krarup P-M. (2018)], avaliando-se, assim, 21180 pacientes. A meta-análise dos coortes estimou um RR de 1.48 [1.30, 1.69], o que fundamenta o tabagismo como fator de risco para FA.

Dezessete estudos transversais avaliaram se o paciente diabético tem maior risco de desenvolver FA, o que fez 11871 pacientes. Destes estudos, 5 observaram diferença estatística [Gong et al. (2014), Iancu et al. (2008), Maeda et al. (2015), Xu H, Kong F. (2020) e Yang et al. (2013)], a meta-análise constatou RR de 1.97 [1.44, 3.65]. Assim, infere-se que a Diabetes é fator de risco para FA.

A Quimioterapia Neoadjuvante foi avaliada como fator de risco para o desenvolvimento de FA em cinco coortes, que somaram 15610 pacientes. Destes estudos, três constataram diferença estatística significativa [2015 European Society of Coloproctology Collaborating Group (2020), Akiyoshi et al. (2011) e Reilly et al. (2014)], a meta-análise (Gráfico 6) encontrou um RR de 2.16 [1.17, 4.02], podendo-se afirmar que a quimioterapia neoadjuvante é fator de risco para FA.

O fator de risco doença pulmonar foi examinado por cinco estudos transversais, que contabilizaram 2147 pacientes. Deste exame, dois estudos constataram diferença estatística significativa [Frasson et al. (2015) e Iancu et al. (2008)]. A meta-análise encontrou um RR de 2.14 [1.21, 3.78], assim, é possível afirmar que doença pulmonar é fator de risco para FA.

O fator de risco ASA foi examinado por 17 estudos transversais, que perfizeram 35727 pacientes. Desta avaliação, sete estudos

observaram diferença estatística significativa [Bakker et al. (2014), Choi H-K, Law W-L, Ho JWC. (2006), Frasson et al. (2015), Kryzauskas et al. (2020), Lai et al. (2012), Lee et al. (2018) e Xu H., Kong F. (2020)]. A meta-análise encontrou um RR de 1.70 [1.37, 4.44], destarte, pode-se afirmar que as classificações ASA 3 e 4 são fatores de risco para FA quando comparadas às classificações 1 e 2.

O fator de risco Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica foi avaliado por seis estudos transversais, contabilizando um total de 74459 pacientes observados, sendo que um destes estudos [Kang et al. (2012)] teve um peso de 98.9% em decorrência do grande número de participantes. Em relação à meta-análise, encontrou-se um RR de 1.10 [1.04, 1.16]. Assim, pode-se afirmar que o gênero masculino configura-se como fator de risco.

O paciente ter realizado anteriormente uma cirurgia abdominal foi uma característica avaliada como fator de risco para o desenvolvimento de FA em quatro coortes, que somaram 13417 pacientes. Destes estudos, apenas um constatou diferença estatística significativa [Park et al. (2016)]; a meta-análise encontrou um RR de 1.30 [1.04, 1.64], o que se permite afirmar que a cirurgia abdominal prévia é fator de risco para FA.

Seis estudos transversais avaliaram o risco de pacientes acometidos por Doença Coronariana desenvolverem FA, totalizando 3065 pacientes. Destes estudos, somente um constatou diferença estatística [Zhou et al. (2019)], a meta-análise constatou RR de 1.61 [1.07, 2.41]. Desse modo, pode-se afirmar que a Doença Coronariana é fator de risco para FA.

A Insuficiência Renal Crônica foi avaliada como fator de risco para o desenvolvimento de FA em cinco estudos transversais, que somaram 74819 pacientes. Destes estudos, apenas um constatou diferença estatística significante [Kang et al. (2012)], além disso, devido ao tamanho da amostra, o peso dele na meta-análise foi de 99.3%. Esta por sua vez encontrou um RR de 1.34 [1.22, 1.47], permitindo-se afirmar que a insuficiência renal crônica é fator de risco para FA.

O fator de risco urgência da cirurgia foi examinado por cinco estudos transversais, que totalizaram 29546 pacientes. Desta avaliação, todos os estudos observaram diferença estatística significativa [Bakker et al. (2014), Choi H-K, Law W-L, Ho JWC. (2006), Frasson et al. (2015), Iancu et al. (2008), Krarup et al. (2012)]. A meta-análise encontrou um RR de 1.61 [1.26,2.07], assim, pode-se afirmar que as cirurgias emergenciais são fatores de risco para FA quando comparadas às eletivas.

O fator de risco alcoolismo foi examinado por nove estudos transversais, contabilizando 77567 pacientes. Desta avaliação, apenas um estudo observou diferença estatística significativa [Kang et al. (2012)]. A meta-análise encontrou um RR de 1.35 [1.21, 1.52]. Dessa forma, infere-se que o alcoolismo é fator de risco para FA.

Quatro estudos coortes avaliaram se a realização de radioterapia neoadjuvante é fator de risco para FA, somados, eles examinaram 14426 pacientes. Desta observação, três estudos encontraram diferença estatística significativa [Eriksen et al. (2005), Park et al. (2016), Reilly et al. (2014)]. A meta-análise constatou um RR de 2.36 [1.33, 4.19], a partir disso, pode-se afirmar que radioterapia neoadjuvante é fator de risco para FA.

Quimiorradioterapia neoadjuvante foi avaliada como fator de risco para FA em dez estudos transversais, que totalizaram 6902 pacientes. Deste exame, dois estudos constataram diferença estatística significativa [Lee et al. (2008), Zhou et al. (2019)]. A meta-análise encontrou um RR de 1.58 [1.06, 2.35], assim, é possível afirmar que quimiorradioterapia neoadjuvante é fator de risco para FA.

Um total de 5 estudos de coorte, avaliando 21.180 pacientes avaliaram tabagismo como fator de risco para FA. Desses 5 estudos avaliados, 3 demonstraram tabagismo como fator de risco. Em relação à meta-análise, encontrou

DISCUSSÃO

Não há uma explicação fisiopatológica específica demonstrando porque cada fator de risco pode aumentar o índice de FA em paciente operados para o tratamento de CCR, pois FA tem origem multifatorial (POMEERGAARD, et al. 2013). Entretanto algumas considerações precisam ser realizadas.

O gênero masculino demonstrou ser um fator de risco para FA na metanálise realizada com os estudos transversais, casos-controle e coortes. Isso pode ser explicado pelo fato de que os homens têm uma pelve mais estreita, o que torna a dissecação tecnicamente mais difícil e mais sujeito a complicações (KANG et al., 2012).

O cigarro foi considerado fator de risco para ocorrência de FA nesta meta-análise, assim como em vários estudos prévios (BISGARD et al., 2013; BERTHELSEN et al. 2010, RICHARDS et al. 2012; KRUSCHEWSI et al. 2007), sendo que os mecanismos que explicam a associação entre o tabagismo e FA são provavelmente complexos, mas podem envolver alterações no fluxo sanguíneo da mucosa retal (RICHARDS et al. 2011). Para ocorrência da cura, a perfusão adequada dos tecidos é extremamente importante, e isso parece ser particularmente relevante para cirurgias que realizam anastomose retal baixa (VIGNALI et al. 2000).

A anastomose deveria ser realizada utilizando-se cólon saudável, o que poderá ser um desafio para pacientes que realizaram radioterapia (MECDERMOTT et al. 2015). Radioterapia neoadjuvante é amplamente utilizada para tratamento de câncer de reto e demonstrou ser um importante fator de risco para ocorrência de FA neste estudo. A radioterapia é responsável por causar inflamação local e fibrose do tecido, prejudicando a cicatrização da ferida e aumentando o risco de FA (IYER, BALASUBRAMANIAN, 2012).

Este estudo demonstrou relação entre a quimioterapia neoadjuvante e o desenvolvimento de FA, apresentando RR de 2,16. Em coorte histórica realizada por Hamabe e colaboradores (2017), a quimioterapia neoadjuvante foi considerada um fator de risco para

FA apresentando um OR de 3,5 na análise multivariada. Em meta-análise realizada por Qu, Liu e Bi (2015), quimioterapia pré-operatória também foi considerada fator de risco (OR 1.67, IC95%: 1.10–2.55, P = 0.02). Haja vista os dados apresentados, bem como aqueles obtidos nesta meta-análise, o médico deve considerar a realização de estoma de proteção em pacientes submetidos à quimiorradioterapia neoadjuvante, radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes isoladas.

Cirurgia abdominal prévia foi considerada como fator de risco independente, neste estudo 1,30 (1,04-1,64), o que difere dos resultados encontrados por Qu, Liu e Bi (2015), em uma meta-análise (OR: 0.92 (IC 95%: 0.44–1.92. p=0.82) quando avaliaram cirurgia abdominal prévia. Cirurgias abdominais prévias podem dificultar a realização do procedimento, inserindo dificuldades técnicas, o que poderia aumentar o risco de desenvolvimento de FA. Entretanto esta temática é ainda pouco abordada em relação ao desenvolvimento de FA. Logo, mais estudos são necessários para elucidar este assunto.

Diabetes mellitus configurou-se, neste estudo, como fator de risco para FA em pacientes operados para CCR (RR 1,97). Em meta-análise realizada por Rojas-Machado e colaboradores (2015), diabetes mellitus também foi considerada fator de risco. Encontrou-se OR de 1.60 (IC: 1.12-2.13). Ainda assim este tema pode parecer controverso. Um grande estudo prospectivo que estudou pacientes submetidos à colectomia, foi incapaz de demonstrar que a presença de diabetes aumentou o índice de FA (ZIEGER et al. 2012).

Este estudo demonstrou ASA III-IV ser fator de risco para ocorrência de FA (RR 1,70; IC: 1,37-2,09). Resultado semelhante foi encontrado por Pommergaard (2014), que em meta-análise encontrou OR de 1.71 (IC: 1.09–2.67). Já Rojas-Machado e colaboradores (2015), encontraram em meta-análise OR 1,76 (IC 95%: 1,39-2,23), corroborando os achados desta pesquisa.

Doença coronariana também foi identificado como fator de risco para ocorrência de FA com RR de 1,61 (IC 95%: 1,07-2,41). Como a doença coronariana afeta a ocorrência de FA é incerto (SHINJI et al. 2018). Estudo realizado por Fawcett e colaboradores (1996) demonstrou

relação entre FA e doença microvascular na camada serosa em locais de anastomose, indicando que microcirculação defeituosa reduz o fluxo sanguíneo e leva a má cicatrização da ferida. São necessários estudos histopatológicos para corroborar estas afirmações. Entretanto, a compreensão da fisiopatologia da FA pode contribuir para a descoberta ou desenvolvimento de drogas para a prevenção da mesma (SHINJI et al. 2018).

Cirurgia de urgência foi considerada como fator de risco para ocorrência de FA nesta meta-análise com RR 1,61 (IC 95%: 1,26-2,07), assim como na realizada por Rojas-Machado e colaboradores (2015) que encontraram OR de 1.96 (IC 95%: 1.49, 2.59). Em uma cirurgia de urgência, vários podem ser os fatores relacionados ao aumento de risco de FA, como grande perda sanguínea, comorbidades, pior quadro clínico do paciente e maior dificuldade técnica, sendo que os mesmos podem estar sobrepostos num mesmo paciente.

Pacientes que consomem mais de 35 *drinks* por semana tem um risco significativamente maior desenvolver FA em comparação a pacientes que não fazem uso de bebidas alcoólicas, e as causas são provavelmente insuficiência cardíaca subclínica, imunossupressão e baixa função hemostática (MAKELA; KIVINIEMI; LAITINEN, 2003), que prejudicaria a cicatrização da ferida. Entretanto, este efeito negativo na cura da ferida não está provado (JANNASCH et al. 2015).

REFERÊNCIAS

BISGÅRD AS, NOACK MW, KLEIN M, Rosenberg J, Gogenur I. Perioperative statin therapy is not associated with reduced risk of anastomotic leakage after colorectal resection. **Dis Colon Rectum** 2013; **56**: 980–986.BVS. Disponível em: <<https://bvssalud.org/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. Systematic Reviews. **CRD's Guidance for undertaking reviews and health care**. 2009. University of York.*Cochrane Library*. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

EUROPE PMC. Disponível em: <<https://europepmc.org/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

ERIKSEN MT,Wibe A, NORSTEIN J, HAFFNER J,Wiig JN; Norwegian Rectal Cancer Group. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. **Colorectal Dis** 2005; **7**: 51–57.

FAWCETT A, SHEMAKAR M, CHURCH JS, VASHISHT R, SPRINGALL RG, Nott DM. Smoking, hypertension, and colonic anastomotic healing; **a combined clinical and histopathological** study. Gut. 1996;**38**(5):714–8.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 15 de jul. De 2021.

JANNASCH, Olof et al. Risk factors, short and long term outcome of anastomotic leaks in rectal cancer. **Oncotarget**. 2015. v. 6, n. 34. p. 3684-36893. Disponível em: <www.impactjournals.com/oncotarget>

KANG, KINUGASA, Tetsushi et al. Analysis of risk factors for anastomotic leakage after lower rectal cancer resection, including drain type: a retrospective single-center study. **BMC Gastroenterology**. P. 1-8. 2020.

LEE WS, Yun SH, ROH YN, YUN HR, LeeWY, CHO YB *et al.* Risk factors and clinical outcome for anastomotic leakage after total mesorectal excision for rectal cancer. *World J Surg* 2008; **32**: 1124–1129.

LUCHINI, C. et al. Assessing the quality of studies in meta-analyses: Advantages and limitations of the Newcastle Ottawa Scale. **World Journal of Meta-Analysis**, Estados Unidos da América, v. 5, n. 4, p. 80-123. 2017.

MAKELA, Jykri; KIVINIEMI, Heikki; LAITINEM, Seppo. Risk Factors for Anastomotic Leakage After Left-Sided Colorectal Resection With Rectal Anastomosis. 2003. **The American Society of colon and rectal surgeons**. v. 46, n.5. p. 653-660. DOI: 10.1007/s10350-004-6627-9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12792443/>>

MATTHIESSEN P, HALLBÖÖK O, ANDERSSON M, RUTEGÅRD J, SJÖDAHL R. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection of the rectum. **Colorectal Dis** 2004; **6**: 462–469.

MCDERMOTT FD, HEENEY A, KELLY ME, STEELE RJ, CARLSON GL, WINTER DC. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. **Br J Surg**. 2015;102(5):462–79. doi: 10.1002/bjs.9697.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK: Colon Cancer. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology**, 2021, v. 2. Disponível em: <www.nccn.org>. Acesso em: 15 de jul. De 2021

NEWCASTLE Ottawa. Disponível em: <http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp>. Acesso em 15 de maio De 2021

PAPPAS, C.; WILLIAMS, I. (2011). Grey Literature: Its Emerging Importance. **Journal of Hospital Librarianship**, 11(3), 228–234. doi:10.1080/15323269.2011.587100

PARK JS, CHOI GS, KIM SH, Kim HR, Kim NK, Lee KY *et al.* Multicenter analysis of risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic rectal cancer excision: the Korean laparoscopic colorectal surgery study group. **Ann Surg** 2013; **257**: 665–671.

PRISMA. Disponível em: <<http://www.prisma-statement.org/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

PROSPERO. Disponível em: <<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

PubMed (MEDLINE). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

Scopus. Disponível em: <<http://www.scopus.com>>. Acesso em 17 de nov. De 2020

RICHARDS CH, CAMPBELL V, Ho C, HAYES J, ELLIOTT T, Thompson-Fawcett M. Smoking is a major risk factor for anastomotic leak in patients undergoing low anterior resection. *Colorectal Dis* 2012; **14**: 628–633.

SHINJI, S. *et al.* Male sex and history of ischemic heart disease are major risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection in patients with rectal cancer. **BMC Gastroenterology**. 2018. p. 1-11. doi: 10.1186/s12876-018-0846-3

VIGNALI A, GIANOTTI L, BRAGA M, RADAELLI G, MALVEZZI L, Di CARLO V. Altered microperfusion at the rectal stump is predictive for rectal anastomotic leak. **Dis Colon Rectum** 2000; 43: 76–82

WARSCHKOW R, STEFFEN T, THIERBACH J, BRUCKNER T, LANGE J, TARANTINO I. Risk factors for anastomotic leakage after rectal cancer resection and reconstruction with colectostomy. A retrospective study with bootstrap analysis. *Ann Surg Oncol* 2011; **18**: 2772–2782.

ZHOU, Sicheng. Evaluating the predictive factors for anastomotic leakage after total laparoscopic resection with transrectal natural orifice specimen extraction for colorectal cancer. **American Journal of Clinical Oncology**. P. 1-7. 2020. DOI: 10.1111/ajco.13372.

CAPÍTULO 22



A TOXOPLASMOSE ASSOCIADA ÀS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO PSICOSSOCIAL DE HUMANOS INFECTADOS

Diego do Nascimento Sousa⁶³

Paula Hocayen de Paula⁶⁴

Igor Santos Fonte Bôa⁶⁵

INTRODUÇÃO

Existe uma ampla diversidade entre os parasitas do homem, e não causa surpresa que a patogênese da doença causada por protozoários e helmintos seja altamente variável. A severidade da doença causada por muitos parasitas está relacionada à dose infectante e ao número de organismos adquiridos ao longo do tempo. As infecções parasitárias frequentemente são crônicas durando meses e até anos.

Os parasitas são quase sempre exógenos ao hospedeiro humano. Dessa forma devem entrar no corpo através de ingestão ou penetração direta por barreira anatômica. Uma vez que tenham invadido o hospedeiro humano, os parasitas atacam células ou órgãos específicos, evitam a detecção imune, multiplicam-se e produzem substâncias tóxicas que destroem tecidos e causam doenças secundárias à própria

63 Graduando em Medicina. Advogado e Procurador Municipal. Especialista em Direito Civil e Constitucional. Pós-graduando em Direito Médico e Hospitalar. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4007044910240904>. E-mail: diegodonascimento.dns@gmail.com.

64 Graduada em Ciências Biológicas. Mestre em Biologia Animal. Professora da UNIG – Campus V. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4637961942457139>. E-mail: paulapaulahocayen@gmail.com.

65 Mestre em Ciências Farmacêuticas (UVV-ES). Residência Médica em Urologia e em Cirurgia Geral (HSJA). Pós-graduado em Acupuntura (ABACO). Graduado em Medicina (UVV-ES) e em Fisioterapia (UNESA). Docente do Curso de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3947048928381262>. E-mail: ifonteboa@hotmail.com.

resposta imune do hospedeiro. (Microbiología Médica. 7ª edición, 2013, pág. 722).

O diagnóstico de doenças parasitárias pode ser muito difícil, particularmente em um cenário não endêmico. Raramente as manifestações clínicas de doenças parasitárias são suficientemente específicas para que o médico faça um diagnóstico preciso e os exames laboratoriais de rotina raramente são úteis. Desse modo, o médico deve manter um alto índice de dúvida e basear-se em uma história detalhada de viagens, ingestão de alimentos, transfusão e dados socioeconômicos para considerar possibilidade de doença parasitária (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 817).

Há uma gama complexa de interações entre um patógeno e seu hospedeiro, que pode incluir a manipulação do hospedeiro para o próprio benefício do patógeno. Existem vários exemplos de vírus, como o da raiva (Lagrué C, Poulin R, 2010) e parasitas, incluindo *Acanthocephala* spp. (Lefevre T, Adamo SA, Biron DG, Misse D, Hughes D, et al., 2009) e *Toxoplasma gondii* (Berdoy M, Webster JP, Macdonald DW, 2010) que influenciam o comportamento do hospedeiro para aumentar sua eficiência de transmissão.

O Presente trabalho transcorrerá sobre o *Toxoplasma gondii*, um agente parasitário que traz potenciais efeitos patogênicos que serão detalhadamente descritos ao longo do estudo no que tange às alterações comportamentais em indivíduos humanos infectados.

O *T. gondii* é um parasita coccídeo típico do Filo Apicomplexa. É um parasita intracelular encontrado em uma ampla gama de animais, incluindo pássaros e humanos. O hospedeiro reservatório principal de *T. gondii* é o gato doméstico e outros felinos (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 847).

Durante anos, os cientistas ficaram intrigados com a associação entre a infecção por *T. gondii* e o comportamento aversivo alterado. Um dos estudos mais notáveis foi conduzido por Flegr et al. 2002, que sugeriu que a infecção por *T. gondii* poderia influenciar o comportamento de animais e até de humanos, alterando suas respostas emocionais e comportamentais.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO *T. GONDII*

A toxoplasmose, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* é uma infecção amplamente disseminada pelo mundo com taxas de prevalências que variam significativamente entre diferentes regiões de grupos populacionais.

Estima-se que aproximadamente 30% da população mundial tenha sido exposto ao *Toxoplasma gondii*. As taxas de infecção variam conforme fatores como hábitos alimentares condições sanitárias e clima. Regiões da América Latina, partes da Europa oriental e central, Oriente médio, sudeste asiático e África apresentam prevalências elevadas variando entre 20% e 80%. (Flegr J, Prandota J, Sovicková M, Israili ZH, 2014)

A prevalência da toxoplasmose é elevada em países da América Latina. No Brasil, estudos apontam que entre 50% e 76% da população geral apresenta soropositividade para *T. gondii* e varia entre diferentes regiões de grupos populacionais. Dados do instituto Adolfo Lutz indicam que uma em cada 3 pessoas no Brasil tem toxoplasmose, ressaltando a preponderância da doença no país. (Instituto Oswaldo Cruz, 2009).

Estudos indicam que a soroprevalência em gestantes varia de 31,1% em Caxias do Sul (RS) a 91,6% no Mato Grosso do Sul (Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 36 (12), 2014). No Rio Grande do Sul, por exemplo, cerca de 82% da população adulta apresenta sorologia positiva para o *Toxoplasma gondii* (Walcher, D.L., Comparsi, B., Pedroso, D., 2016). Além disso, a prevalência de anticorpos IgG na população geral varia de 54% no Centro-Oeste a 75% no Norte (Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 27 (8) , 2005).

Um estudo, que analisou óbitos relacionados à toxoplasmose no Brasil entre 2010 e 2020, encontrou predominância em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 49 anos, residentes na região Sudeste (Revista Eletrônica Casa De Makunaima, 2024). É importante destacar que, embora a infecção ocorra em ambos os sexos, mulheres em idade fértil requerem atenção especial devido ao risco de

transmissão congênita (Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024).

Estes dados destacam a importância de políticas de saúde pública voltadas para a prevenção e controle da toxoplasmose, especialmente em regiões com altas taxas de prevalência.

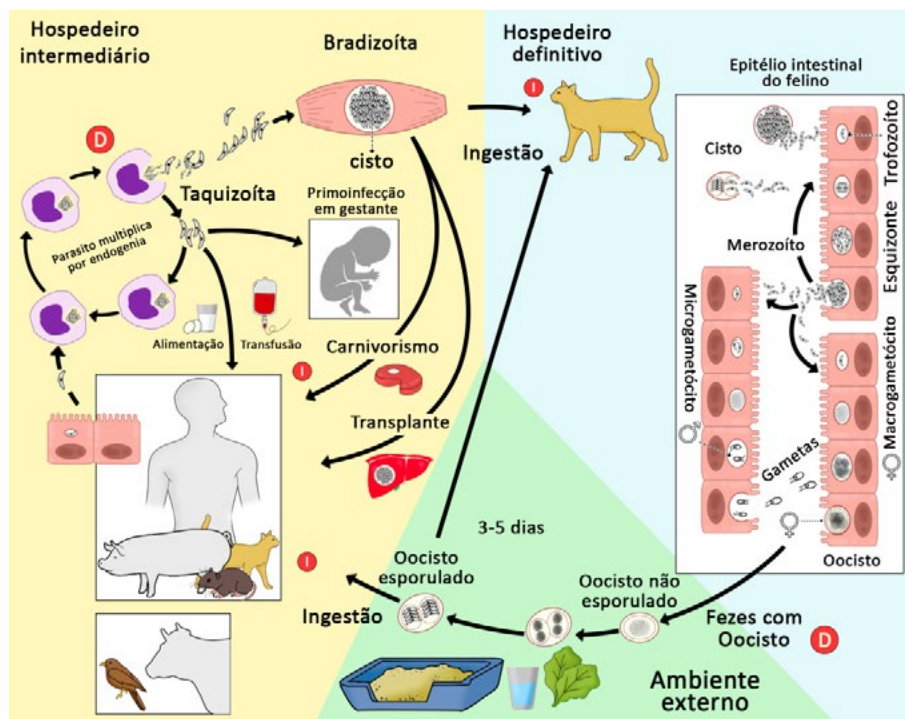
CONHECENDO O TOXOPLASMA GONDII

A obra *Microbiologia Médica de Murray, Rosenthal e Pfaller*, 5ª edição, especifica que os organismos se desenvolvem nas células intestinais do gato, bem como durante um ciclo extra intestinal com passagem para os tecidos por meio da corrente sanguínea. Os organismos do ciclo intestinal são eliminados nas fezes do gato e os cistos maduros se tornam infectantes em 3 a 4 dias no ambiente externo. Esses oocistos podem ser ingeridos por camundongos e outros animais, inclusive humanos, e produz infecção aguda e crônica de vários tecidos incluindo o cérebro. A infecção em gatos se estabelece quando há ingestão de tecidos de roedores infectados. (FIGURA 1)

As formas infectantes, presentes no oocisto, os esporozoítas, se desenvolvem como formas delgadas em forma de crescente chamados taquizoítos. Estas formas de multiplicação rápida são responsáveis pela infecção inicial e pelo dano tecidual. Formas mais curtas, de crescimento lento, chamadas bradizoítos, também se desenvolvem e formam cistos em infecções crônicas. (*Microbiologia Médica*, 5ª ed. Pág. 847). (FIGURA 1)

Os humanos se tornam infectados a partir de duas fontes: (1) ingestão de carne malcozida de animais que servem de hospedeiros intermediários; e (2) ingestão de oocistos infectantes de fezes de gato contaminadas (Jones, J. L., & Dubey, J. P. 2010 pag. 1638-1643)

FIGURA 1- CICLO DE VIDA DO *T. gondii*



FONTE: Atlas Virtual de Parasitologia

1. SINDROMES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E MEDICINA PREVENTIVA:

A maioria das infecções por *T. gondii* é benigna e assintomática, com os sintomas ocorrendo à medida que o parasita se locomove do sangue para os tecidos, onde se torna um parasita intracelular. (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 847).

Quando ocorre a doença sintomática, a infecção é caracterizada por destruição celular, reprodução de mais organismo e a consequente formação de cisto. Muitos tecidos podem ser afetados, pois o organismo

tem uma predileção especial por células do pulmão, coração, órgãos linfóides e sistema nervoso central, incluindo os olhos. Contudo, O Presente artigo se restringirá as síndromes clínicas de infecção por *Toxoplasma gondii* no sistema nervoso central permitindo maior ênfase nos aspectos comportamentais de humanos infectados. (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 847)

Os sintomas da doença aguda incluem calafrios, febre, cefaleia, mialgia, linfadenite e fadiga. Na doença crônica os sinais e sintomas incluem linfadenite e, ocasionalmente uma erupção cutânea, evidências de hepatite, encefalomielite e miocardite (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 847)

Nos diagnósticos laboratoriais, os testes sorológicos são necessários para o diagnóstico de infecção aguda ativa, que é determinado pelo crescente título de anticorpo obtido em amostras de sangue coletadas de forma serial. (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 848)

Em relação as medidas preventivas, deve-se evitar o consumo e a manipulação de carne crua ou mal-cozida e a exposição às fezes de gatos. A terapia para toxoplasmose depende da natureza do processo infeccioso e da competência imune do hospedeiro (Microbiologia Médica, 5ª ed. Pág. 849).

A taxa de infecção severa em humanos é afetada dramaticamente pelo estado imune do indivíduo. Pacientes com defeitos na imunidade celular, especialmente aqueles infectados com o vírus da Imunodeficiência humana (HIV) ou submetidos a um transplante de órgão ou a terapia imunossupressora, tem maior probabilidade de ter a doença disseminada no Sistema Nervoso Central – SNC (Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 2020).

2. MECANISMO DE AÇÃO DO *T. GONDII* NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O protozoário *Toxoplasma gondii* é um parasita intracelular obrigatório capaz de infectar o sistema nervoso central (SNC). Estudos recentes demonstram que a infecção por *T. gondii* pode influenciar neurotransmissores cerebrais, principalmente a dopamina, o que pode estar associado a mudanças comportamentais e transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia e transtornos de ansiedade e influenciando fatores de risco. (Elsevier B.V. 2024)

As principais áreas afetadas incluem:

- I. ESTRIADO (NÚCLEO ACCUMBENS E CAUDADO-PUTÂMEN): Essa região é crítica para o sistema de recompensa e controle motor. O parasita pode alterar a liberação de dopamina, contribuindo para comportamentos impulsivos e desregulação emocional (Prandovszky et al., 2011; McConkey et al., 2013).
- II. AMÍGDALA: Essencial para o processamento de emoções, a infecção por *T. gondii* pode levar a uma redução do medo inato em hospedeiros intermediários, como roedores, e potencialmente em humanos, aumentando comportamentos de risco (House et al., 2011).
- III. HIPOTÁLAMO: Envolvido na regulação do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal), a presença do parasita pode induzir alterações no estresse e na resposta hormonal, contribuindo para transtornos do humor (Xiao et al., 2018).
- IV. CÓRTEX PRÉ-FRONTAL: Associado ao controle executivo e regulação emocional, a infecção crônica pode estar relacionada a déficits cognitivos e impulsividade (Tedford & McConkey, 2017).

Embora a toxoplasmose seja frequentemente assintomática em indivíduos imunocompetentes, pesquisas sugerem que a infecção

crônica pode resultar em alterações neuroquímicas, potencialmente contribuindo para distúrbios comportamentais e psiquiátricos (Flegr, 2013, 156-163).

Estudos indicam que o parasita pode aumentar a produção e liberação de dopamina no SNC, o que pode ser atribuído à presença de genes codificadores para a enzima tirosina hidroxilase, essencial para a síntese deste neurotransmissor (Prandovszky et al., 2011). Além disso, há evidências de que a infecção altera o equilíbrio entre os sistemas glutamatérgico e GABAérgico, impactando a excitabilidade neuronal (David et al., 2016).

Indícios também mostram que este protozoário induz uma resposta inflamatória crônica no cérebro, com aumento de citocinas pró-inflamatórias, que podem estar ligadas ao desenvolvimento de transtornos neuropsiquiátricos. (Brito, R.M. et al., 2023).

Pesquisas indicam que indivíduos soropositivos para *T. gondii* apresentam maior propensão a comportamentos impulsivos e arriscados, além de uma incidência aumentada de esquizofrenia em comparação com indivíduos soronegativos (Coccaro, E.F. et al. (2016).

A relação entre *T. gondii* e transtornos psiquiátricos tem sido explorada em diversos estudos epidemiológicos e experimentais. Indivíduos soropositivos para *T. gondii* apresentam maior prevalência de esquizofrenia, sugerindo uma possível ligação entre a infecção e a disfunção dopaminérgica característica da doença (Torrell et al., 2017). Além disso, alguns estudos indicam que a infecção pode estar associada a um aumento do comportamento impulsivo e a maior propensão ao risco, características observadas em transtornos de personalidade e transtorno bipolar (Cook et al., 2015).

Dentre os mecanismos pelos quais *T. gondii* pode influenciar os transtornos psiquiátricos, destacam-se:

- I. DISFUNÇÃO DOPAMINÉRGICA: A hiperativação do sistema dopaminérgico pode levar a sintomas psicóticos e comportamentos impulsivos (Prandovszky et al., 2011).

- II. NEUROINFLAMAÇÃO: A resposta inflamatória crônica à infecção pode levar a disfunções neuroquímicas associadas a transtornos do humor (Parlog et al., 2014).
- III. ALTERAÇÃO NA PLASTICIDADE NEURAL: Mudanças nos circuitos neurais podem comprometer o processamento emocional e cognitivo (Flegr & Horáček, 2017).

Pesquisas recentes sugerem que a infecção crônica por *T. gondii* pode estar envolvida na patogênese de doenças neurodegenerativas, incluindo Alzheimer e Parkinson. Os principais mecanismos propostos incluem:

- I. NEUROINFLAMAÇÃO CRÔNICA: A infecção por *T. gondii* induz uma resposta inflamatória persistente no SNC, com aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6 e TNF- α , que contribuem para a degeneração neuronal (Kumar et al., 2021).
- II. ESTRESSE OXIDATIVO: O parasita promove um desequilíbrio na homeostase redox do cérebro, levando ao acúmulo de espécies reativas de oxigênio (ROS) e dano oxidativo a proteínas, lipídios e DNA neuronal, fatores associados à neurodegeneração (Mahmoud et al., 2022).
- III. ACÚMULO DE PROTEÍNAS NEUROTÓXICAS: Alguns estudos indicam que *T. gondii* pode contribuir para o acúmulo anormal de beta-amiloide no Alzheimer e para a disfunção mitocondrial observada na doença de Parkinson (Henriquez et al., 2020).

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E OS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO POR TOXOPLASMOSE EM HUMANOS

Como descrito anteriormente, pesquisas indicam que *T. gondii* pode influenciar o comportamento do hospedeiro humano por meio de mecanismos como a modulação da dopamina e a inflamação neurogênica (Prandovszky et al., 2011). As principais alterações comportamentais associadas à infecção compreendem:

- I. AUMENTO DA IMPULSIVIDADE E COMPORTAMENTO DE RISCO: Indivíduos infectados apresentam maior propensão a assumir riscos, possivelmente devido a alterações na amígdala e no córtex pré-frontal (Flegr et al., 2018).
- II. ALTERAÇÕES NA PERSONALIDADE: Há evidências de que a infecção pode influenciar características de personalidade, como aumento da extroversão em homens e maior neuroticismo em mulheres (Lafferty, 2006).
- III. MAIOR PREDISPOSIÇÃO A TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: Metanálises apontam uma associação significativa entre toxoplasmose e esquizofrenia, sugerindo que a neuroinflamação induzida pelo parasita pode desempenhar um papel na patogênese dessa condição (Torrell et al., 2017).

Estas alterações comportamentais associadas à toxoplasmose podem ter implicações significativas na vida social e emocional dos indivíduos infectados. Entre os principais impactos psicossociais, destacam-se:

- I. DIFICULDADES EM INTERAÇÕES SOCIAIS: Alterações na regulação emocional e no comportamento impulsivo podem prejudicar relações interpessoais, afetando a vida profissional e familiar (Kocazeybek et al., 2009).

- II. AUMENTO DO RISCO DE ACIDENTES: Estudos sugerem que motoristas infectados por *T. gondii* apresentam uma maior taxa de acidentes de trânsito, possivelmente devido ao aumento da impulsividade e da redução da percepção de risco (Yereli et al., 2006).
- III. RELAÇÃO COM TRANSTORNOS DE HUMOR: Há evidências de que a infecção pode estar associada ao desenvolvimento de depressão e ansiedade, devido à modulação inflamatória do SNC (Brooks et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A toxoplasmose tem sido amplamente estudada não apenas pelo seu impacto na saúde física, mas também por suas possíveis implicações no comportamento psicossocial de indivíduos infectados. Evidências científicas sugerem que a infecção crônica por *Toxoplasma gondii* pode influenciar processos neuroquímicos, especialmente aqueles relacionados à neurotransmissão dopaminérgica, à neuroinflamação e ao estresse oxidativo. Essas alterações podem resultar em mudanças comportamentais significativas, como aumento da impulsividade, redução da percepção de risco e predisposição a transtornos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia, depressão e ansiedade.

Além das consequências individuais, os impactos psicossociais da toxoplasmose podem afetar a qualidade de vida dos infectados, comprometendo suas interações sociais, desempenho profissional e capacidade de tomada de decisão em situações cotidianas. Estudos demonstram que a infecção pode estar associada a um aumento da taxa de acidentes de trânsito e a dificuldades no controle emocional, o que reforça a necessidade de uma abordagem mais ampla para o estudo dessa parasitose, indo além dos aspectos clínicos tradicionais (Coccaro, E.F. et al. 2016).

Diante disso, é fundamental que futuras pesquisas aprofundem o entendimento dos mecanismos pelos quais *T. gondii* altera o

comportamento humano e que sejam desenvolvidas estratégias para mitigar seus efeitos. A inclusão de exames sorológicos para toxoplasmose em investigações psiquiátricas, bem como campanhas de conscientização sobre os riscos da infecção, pode contribuir para a identificação precoce e o manejo adequado das consequências psicossociais associadas à doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA-OLIVEIRA, L. M. et al. Highly endemic, waterborne toxoplasmosis in north Rio de Janeiro state, Brazil. ***Emerging Infectious Diseases***, v. 9, p. 55-62, 2003.

BENNETT, J. E.; DOLIN, R.; BLASER, M. J. (ed.). Mandell, Douglas, and Bennett's **Principles and Practice of Infectious Diseases**. 9. ed. Elsevier, 2020.

BÓIA, M. N. et al. Seroprevalence of *Toxoplasma gondii* infection among Indian people living in Iauareté, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brazil. ***Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo***, v. 50, p. 17-20, 2008.

BRAZILIAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY AND HEALTH SCIENCES. ***Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences***, v. 6, n. 1, p. 2120-2132, 2024.

BRITO, R. M. M. et al. **Cérebro, comportamento e imunidade – saúde**. v. 30, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2023.100652>. Acesso em: 04 abr. 2025.

BROOKS, J. M.; MIAS, G. I.; GIEMZA, R. et al. *Toxoplasma gondii* infection and the immune response: implications for neuropsychiatric disorders. ***Neuroscience & Biobehavioral Reviews***, v. 55, p. 98-117, 2015.

CABRAL, A. S. G. et al. Seroprevalence of toxoplasmosis in women of reproductive age in the city of Brasilia, capital of Brazil. In: **INTERNATIONAL CONGRESS OF INFECTIOUS DISEASES**, 13., 2008, Kuala Lumpur. *Abstracts*. Kuala Lumpur, jun. 2008. p. 179.

COCCARO, E. F. et al. *Toxoplasma gondii* infection: relationship with aggression in psychiatric subjects. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 77, n. 3, p. 334-341, 2016.

COOK, T. B., BRENNER, L. A., CLONINGER, C. R., et al. “*Toxoplasma gondii* infection and increased risk of schizophrenia, bipolar disorder and suicidal behavior.” **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 7, p. 858-865, 2015.

DAVID, C. N. et al. GABAergic signaling alterations in the brain of mice infected with *Toxoplasma gondii*. **PLOS ONE**, v. 11, n. 5, e0156114, 2016. DOI: <10.36557/2674-8169.2024v6n1p2120-2132>.

DUBEY, J. P. et al. Prevalence of viable *Toxoplasma gondii* in beef, chicken, and pork from retail meat stores in the United States: risk assessment to consumers. **The Journal of Parasitology**, v. 91, p. 1.082-1.093, 2005.

ELSEVIER B.V. **Acta Tropica**, v. 256, art. 107263, ago. 2024. DOI: <10.1016/j.actatropica.2024.107263>. Epub 18 maio 2024.

FLEGR, J. How and why ***Toxoplasma makes us crazy***. , v. 29, n. 4, p. 156-163, 2013.

FLEGR, J.; HORÁČEK, J. *Toxoplasmosis*, but not latent *toxoplasmosis*, induces changes in human behavior: a systematic review and meta-analysis. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 72, p. 37-53, 2017.

FLEGR, J. et al. The role of *Toxoplasma gondii* in the alteration of the host's **behavior**. [S.l.: s.n.], 2002.

FLEGR, J.; HORÁČEK, J.; NOVOTNÁ, M. *Toxoplasmosis* and impulsivity: a systematic review and meta-analysis. **Psychoneuroendocrinology**, v. 89, p. 128-137, 2018.

HENRIQUEZ, S. A. *et al.* Neuroinflammation and *Toxoplasma gondii*: implications for Alzheimer's disease. **Frontiers in Cellular Neuroscience**, v. 14, art. 123, 2020.

HOUSE, P. K.; VYAS, A.; SAPOLSKY, R. Predation, toxoplasmosis, and neurobiology of fear. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 35, n. 7, p. 1257-1273, 2011.

JONES, J. L.; DUBEY, J. P. Foodborne transmission of *Toxoplasma gondii*: risk factors and prevention. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 236, n. 12, p. 1638-1643, 2010.

KOCAZEYBEK, B. *et al.* Higher prevalence of toxoplasmosis in victims of traffic accidents: the potential link between latent toxoplasmosis and risky behaviors. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 39, n. 2, p. 101-107, 2009.

KUMAR, A. *et al.* *Toxoplasma gondii* infection and its association with neurodegenerative diseases: role of neuroinflammation and oxidative stress. **Molecular Neurobiology**, v. 58, n. 2, p. 344-357, 2021.

LAFFERTY, K. D. Can the common brain parasite, *Toxoplasma gondii*, influence human culture? *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, v. 273, n. 1602, p. 2749-2755, 2006.

MAHMOUD, M. E.; ABOULWAFI, M. M.; ABDELAZIZ, A. I. Oxidative stress and neuroinflammation induced by *Toxoplasma gondii*: potential implications for neurodegenerative diseases. **Neuroscience Research**, v. 179, p. 14-23, 2022.

MCCONKEY, G. A. *et al.* *Toxoplasma gondii* infection and behavior—location, location, location? **Journal of Experimental Biology**, v. 216, n. 1, p. 113-119, 2013.

MONTOYA, J. G.; LIESENFELD, O. Toxoplasmosis. **The Lancet**, v. 363, n. 9425, p. 1965-1976, 2004.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. *Microbiologia Médica*. Tradução da 5. ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2006. Cap. 83, p. 847-849.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiología Médica**. 7. ed. Barcelona: Elsevier, 2013.

PAPPAS, G.; ROUSSOS, N.; FALAGAS, M. E. Toxoplasmosis snapshots: global status of *Toxoplasma gondii* seroprevalence and implications for pregnancy and congenital toxoplasmosis. **International Journal for Parasitology**, v. 39, p. 1385-1394, 2009.

PARLOG, A.; SCHLÜTER, D.; DUNAY, I. R. Toxoplasma gondii-induced neuronal alterations. **Parasite Immunology**, v. 36, n. 4, p. 159-170, 2014.

PRANDOVSZKY, E. *et al.* The neurotropic parasite *Toxoplasma gondii* increases dopamine metabolism. **PLOS ONE**, v. 6, n. 9, e23866, 2011.

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 27(8), ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000800002>. Acesso em: 04 abr. 2025.

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 36(12), dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/So100-720320140005086>. Acesso em: 04 abr. 2025.

SONNEVILLE, R.; MAGALHAES, E.; MEYFROIDT, G. Central nervous system infections in immunocompromised patients. **Current Opinion in Critical Care**, v. 23, n. 2, p. 128-133, 2017.

SVS - BOLETIM ELETRÔNICO EPIDEMIOLÓGICO. Ano 07, n. 08, 15 nov. 2007. Estudo epidemiológico dos óbitos humanos por toxoplasmose no Brasil entre 2010 a 2020. **Revista Eletrônica Casa De Makunaima**, v. 6, n. 1, p. 64-75, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.24979/makunaima.v6i1.1257>. Acesso em: 04 abr. 2025.

TEDFORD, E.; MCCONKEY, G. A. Neurophysiological changes induced by chronic *Toxoplasma gondii* infection. **Pathogens**, v. 6, n. 2, p. 19, 2017.

TORRES, H. *et al.* *Toxoplasma gondii* infection and its relationship with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 192, p. 184-191, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Toxoplasma gondii*. In: Atlas Virtual de **Parasitologia**. Disponível em: http://atlasparasitologia.sites.uff.br/?page_id=9925. Acesso em: 04 abr. 2025.

WALCHER, D. L.; COMPARSI, B.; PEDROSO, D. *Toxoplasmose gestacional: uma revisão* [**Gestational toxoplasmosis: a review**]. DOI: 10.21877/2448-3877.201600273, 2016.

XIAO, J. *et al.* *Toxoplasma gondii* and psychosis: Neuroimmune mechanisms and the state of the field. *Current Psychiatry Reports*, v. 20, n. 10, p. 87, 2018.

XIAO, J., BUKA, S. L., CANNON, T. D., *et al.* (2018). “*Toxoplasma gondii* and psychosis: Neuroimmune mechanisms and the state of the field.” **Current Psychiatry Reports**, 20(10), 87.

YERELI, K., BALCIOGLU, I. C., & OZBILGIN, A. (2006). “Is *Toxoplasma gondii* a potential risk for traffic accidents in Turkey?” **Forensic Science International**, 163(1-2), 34-37.

CAPÍTULO 23



AUTOMUTILAÇÃO: DE QUE FORMA A MEDICINA PODE INTERVIR NO RESGATE À DIGNIDADE HUMANA?

*Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral*⁶⁶

*Denise Tinoco Novaes Bedim*⁶⁷

*João Vitor Mota de Andrade*⁶⁸

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por conflitos, incertezas e questionamentos de pessoas que se encontram em grandes e rápidas transformações físicas e emocionais. Nesse contexto, alguns adolescentes podem se tornar vulneráveis em razão dos sentimentos que lhes impactam. Então, com pouca maturidade para tentar lidar com as situações com equilíbrio, passam a procurar conforto em práticas agressivas e autodestrutivas, como a automutilação, que se situa na esfera dos autoabusos, sem intenção de

66 Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes) concluído. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e da Comissão de Ética da Diretoria da SB-Rio. Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Membro fundadora de As Civilistas. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Pesquisadora. Extensionista. Orientadora de IC e TCC. Docente dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>.

67 Mestre em psicologia(Ces/jf). Especialista em Psicologia Clínica, em Psicologia Escolar/Educacional. Graduação bacharelado e licenciatura em Psicologia. Professora Universitaria de Psicologia Médica e Psicologia Geral na Univeridade Iguaçu – Campus V. E-mail: denisetnbedim1@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3759698093289541>.

68 Graduando em Medicina pela Universidade Iguaçu. Bolsista de Iniciação Científica pela Universidade Iguaçu. Master Business Administration (MBA) em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Graduado em Engenharia Florestal pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Especialização em Business Strategy pela Pearson College em Londres (UK). e-mail: jvm.andrade@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5347836428440189>.

morte, mas sim de alívio do sofrimento psíquico através da dor física (Coelho; Silva; Lindner, 2014).

De forma frequente, as razões que motivam o adolescente à adoção dessa prática lesiva a si próprio, são de ordem emocional, como desajustes e instabilidade de humor quer por não conseguir vencer os desafios diários advindos das relações familiares quer por não ter habilidade para lidar com seus compromissos escolares e de seus grupos sociais, que lhe causam pressões psicoemocionais, as quais ele não consegue elaborar. As dificuldades por ele encontradas para vencer os desafios, tornam-se sérias angústias, que o levam a sentimentos fortes quase invencíveis, que disparam o gatilho para condutas autodestrutivas.

Como a ocorrência da automutilação tem crescido de forma alarmante, tornando-se uma realidade que preocupa a Bioética, a Medicina e outras áreas que atuam na esfera da saúde humana, pesquisas têm sido desenvolvidas no sentido de buscar melhor compreensão do fenômeno e alternativas de enfrentamento, estratégias e instrumentos capazes de auxiliar a família e a escola nessa situação. Dados indicam que, de forma global, entre 13% e 23% dos adolescentes já se envolveram em algum tipo de autolesão ao longo da vida (Fonseca, 2022). No Brasil, uma pesquisa realizada com adolescentes revelou que, aproximadamente, 9,48% dos jovens entre 10 e 14 anos relataram comportamentos autolesivos nos últimos 12 meses (Fonseca, 2022). Esses números evidenciam a urgência de intervenções eficazes por parte dos profissionais de saúde e de otimização dos estudos por parte dos pesquisadores, a fim de buscar melhor compreensão do fenômeno.

A metodologia qualitativa se desenvolveu por meio de pesquisa bibliográfica, realizada a partir de coleta de dados de fontes secundárias de informação, em buscas nas bases de dados eletrônicos Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE/PUBMED) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de artigos referenciados nessas publicações. Foi utilizada ainda a

recém-publicada obra fruto do Programa de Iniciação Científica (PIC) que estudou essa temática – “Entre a dor e o cuidado: a automutilação em interfaces psico-bioético-médicas” (Cabral *et al*, 2025) – da qual esses autores participaram.

Estudos recentes têm investigado diversas abordagens terapêuticas, dentre as quais destacam-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD), para o manejo da automutilação, buscando identificar intervenções eficazes que auxiliem na redução desses comportamentos e promovam o equilíbrio emocional dos indivíduos afetados.

Nessa perspectiva, o presente capítulo visa contribuir para reflexões lúcidas a respeito do tema, capazes de levar à melhor compreensão do fenômeno e, ao mesmo tempo, positivas, no sentido de buscar efetivos caminhos para o enfrentamento, contribuindo para aprimorar as relações entre a pessoa que pratica a automutilação, seus familiares e suas redes sociais (físicas ou digitais). Assim, pretende-se investigar de que forma a Medicina pode atuar e que instrumentos pode utilizar para enfrentar a automutilação, no intento de minimizar a prática na sociedade brasileira.

AUTOMUTILAÇÃO: TENTATIVA CONCEITUAL E CONTORNOS DA PRÁTICA

A automutilação é um tipo de violência autoprovocada, com ou sem a intenção de suicídio, que consiste na realização de agressão contra seu próprio corpo (Pinheiro, 2021). Estudos sobre este comportamento se dividem em dois grupos, que se distinguem, principalmente, em função da intencionalidade do ato, sendo eles: Automutilação Deliberada, que inclui todos os métodos de automutilação, não diferenciando se é uma tentativa de suicídio ou não (Skeeg, 2005) e Automutilação Não Suicida, que diz respeito a lesões como cortes, queimaduras e arranhões, referindo-se somente à destruição do tecido na ausência da intenção de morte (Nock, 2006).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2008), a automutilação é entendida como um sintoma de alguns transtornos mentais. Entretanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), na sua quinta versão (APS, 2014), propôs que a automutilação deve ser classificada como um diagnóstico à parte, sugerindo a nomenclatura Automutilação Não Suicida (AMNS).

Cabral *et al* (2025) explicam-na da seguinte forma: automutilação é um ato deliberado de causar danos ao próprio corpo, em regra, sem intenção suicida, que se torna uma preocupação crescente no campo da saúde mental, de forma especial, entre adolescentes e jovens adultos. Estudos recentes indicam que esse comportamento pode servir como estratégia para lidar com emoções intensas, como tristeza, raiva ou ansiedade, funcionando como uma válvula de escape para o sofrimento emocional. Assim, se a pessoa não consegue lidar com suas emoções, vale-se da prática de se ferir, com a finalidade de transferir a dor de sua dimensão imaterial para a física, material (da alma para o corpo), imaginando que assim encontrará alento. Nesse sentido, explica Cuminale (2019, s/p) que

De acordo com relatos dos pacientes, a dor do corte materializa uma sensação ruim e abstrata — de vazio, tristeza, angústia ou raiva de si mesmo. Os machucados são superficiais e pequenos, em regiões que podem ser cobertas por roupas, como a parte interna dos braços e das coxas. Trata-se de um indício de que alguma coisa não vai bem na vida do adolescente — as possíveis causas incluem bullying, abuso (físico, emocional ou sexual) ou falta de suporte familiar.

A automutilação tem como fatores de risco adolescentes, principalmente do sexo feminino, que tenham sofrido violência sexual, física e/ou psicológica; deficiência no relacionamento com a família, mais especificamente com a mãe; autoestima baixa; consumo

de álcool e outras drogas; dificuldade de expressar emoções (Moreira, 2020) e aqueles que preferem a solidão e o isolamento social (Costa, 2021).

O alívio de experiências ruins, do ponto de vista emocional, de aflições familiares, de relacionamentos ou da vida cotidiana como um todo figura como a principal razão para a ocorrência desse ato entre os adolescentes (Santos, 2018). Esse mesmo público compreende o fenômeno da automutilação como doença e/ou vício, uma vez que tende a repetir o ato para conseguir refúgio dos seus próprios sentimentos (Silva, 2018).

Essa questão representa um problema de saúde pública mundial, com variação de prevalência de 10,1% a 75,9% entre adolescentes na Austrália e em Cingapura, respectivamente (Moreira, 2020). Em um Estado brasileiro, a prática foi quantificada em 83,3% dos adolescentes, entretanto, no Brasil, há um déficit de estudos capazes de quantificarem o número de adolescentes que praticam esse tipo de violência em um panorama nacional (Santos, 2018).

A automutilação pode se apresentar de diversas formas, com destaque para as seguintes condutas: arranhões na pele, lesões no tórax ou seios, rosto e genitália, bater a cabeça, queimar-se e cortar-se. Esse último é o ato mais comum entre os adolescentes (Moreira, 2020), que varia desde cortes superficiais a mais profundos, sem manifestação de angústia, inquietação ou dor, referindo-se às autolesões como recurso apaziguador frente a um momento de aflição (Pinheiro, 2021). Geralmente, os atos autolesivos são realizados em locais do corpo que são facilmente escondidos, como pulso, braço, coxa e barriga. Desse modo, evita-se que os próprios pais, ou outras pessoas, identifiquem e questionem o motivo das lesões, visto que, para os adolescentes, a descoberta da prática da automutilação representa julgamento e constrangimento (Silva, 2018).

Além da autoagressão física, há também a digital, caracterizada pelo envio de mensagens para si mesmo, autodifamando-se. De acordo com pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (Patchin, 2017), 6% dos adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos, principalmente do

sexo masculino, praticaram a automutilação digital. Entre os motivos listados estavam presentes a depressão, o bullying, a orientação sexual e o uso de drogas.

Os comportamentos adotados e as condições de vida têm um sério impacto na saúde, na construção identitária e no desenvolvimento desses jovens, com efeitos devastadores sobre sua saúde enquanto adolescentes, o que poderá refletir na vida adulta (Dick; Ferguson, 2015). Cerca de metade dos transtornos de saúde mental começa aos 14 anos, mas a maioria dos casos não é reconhecida e nem tratada, com sérias consequências para a saúde mental ao longo da vida (WHO, 2014).

Sendo assim, são multifacetadas as causas subjacentes à automutilação, e incluem fatores como transtornos mentais – depressão, transtorno de personalidade, borderline e ansiedade. Em virtude de experiências traumáticas na infância, abuso físico ou emocional e isolamento social estão fortemente associados a comportamentos autolesivos (Cabral *et al*, 2025). Além disso, a pressão social e o bullying emergem como gatilhos significativos, de forma especial, em ambientes escolares, onde adolescentes podem enfrentar desafios relacionados à aceitação e ao pertencimento (Cabral *et al*, 2025).

ENFRENTAMENTO: POSSÍVEIS INTERVENÇÕES E EFETIVIDADE

Abordagens baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD), têm demonstrado eficácia na redução de comportamentos autolesivos. Essas terapias auxiliam os pacientes a desenvolver habilidades de regulação emocional, e promovem mecanismos de enfrentamento mais saudáveis e adaptativos (Pompili *et al*, 2022).

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) destaca-se como uma intervenção promissora. Pesquisas indicam que a TCD, originalmente desenvolvida para pacientes com transtorno de personalidade

borderline, tem sido adaptada com sucesso para adolescentes que se envolvem em automutilação. Um estudo publicado no *Journal of Consulting and Clinical Psychology* demonstrou que a TCD resultou em uma redução significativa nos episódios de autolesão entre jovens, comparada a terapias mais generalizadas (Mehlum *et al.*, 2014).

Além disso, uma revisão sistemática publicada no *BJPsych Open* analisou intervenções em enfermarias psiquiátricas e encontrou que a TCD foi a intervenção terapêutica mais frequentemente implementada e eficaz, com sete dos oito estudos mostrando benefícios na redução da automutilação (Nawaz *et al.*, 2021).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) também tem sido amplamente utilizada no tratamento da automutilação. Uma revisão sistemática da literatura destacou que intervenções baseadas na TCC podem apresentar redução clinicamente significativa na ideação suicida e na sintomatologia depressiva, além de contribuir para a diminuição da frequência de autolesões não suicidas em adolescentes (Turner *et al.*, 2014).

Outra abordagem terapêutica explorada é a musicoterapia. Um estudo de intervenção realizado com adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil no Brasil investigou as possíveis contribuições da musicoterapia no tratamento de comportamentos de automutilação. Os resultados indicaram que as experiências de recriação e audição musical contribuíram efetivamente para a diminuição desses comportamentos, bem como para a redução da impulsividade. A musicoterapia surge como uma intervenção complementar promissora, ao proporcionar um espaço seguro para a expressão emocional por meio da música. Trata-se de uma abordagem que facilita a regulação emocional e a diminuição da impulsividade, que são aspectos frequentemente associados à automutilação (Silva *et al.*, 2022).

A mesma revisão sistemática mencionada anteriormente identificou que intervenções centradas na enfermaria, destinadas a melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais e o ambiente

geral, mostraram-se promissoras na redução da automutilação (Nawaz *et al.*, 2021).

No entanto, nem todas as intervenções familiares mostraram-se eficazes. Um estudo publicado no *Lancet Psychiatry* avaliou a terapia familiar sistêmica e não encontrou diferenças significativas na redução de episódios de automutilação em comparação ao tratamento convencional (Ougrin *et al.*, 2015). Como não demonstraram eficácia superior ao tratamento convencional na prevenção de novos episódios de automutilação, entende-se que abordagens focadas diretamente nas habilidades individuais de regulação emocional e enfrentamento podem ser mais benéficas (Ougrin *et al.*, 2015).

Estudos também salientam a importância de programas educacionais e preventivos. Uma pesquisa realizada na Austrália indicou que estratégias como falar sobre automutilação com colegas e amigos, encaminhamento para adultos e profissionais de saúde, maior conscientização pública sobre o tema e redução do estigma e bullying entre pares são vistas pelos adolescentes como formas eficazes de prevenção (Tang *et al.*, 2025).

A análise dos estudos recentes evidencia que a automutilação é um fenômeno complexo, cujo manejo eficaz requer abordagens multifacetadas. A TCD emerge como uma intervenção robusta, especialmente adaptada para adolescentes, demonstrando eficácia na redução de comportamentos autolesivos. Sua estrutura combina terapia individual, treinamento de habilidades em grupo e suporte telefônico e oferece um suporte abrangente aos pacientes (Mehlum *et al.*, 2014).

A TCC também apresenta resultados positivos, particularmente na diminuição da ideação suicida e sintomas depressivos associados à automutilação. Sua ênfase na reestruturação cognitiva e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis auxilia os indivíduos a lidar com emoções intensas de maneira mais adaptativa (Turner *et al.*, 2014).

Intervenções organizacionais, que visam aprimorar a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde e melhorar

o ambiente das enfermarias, também mostraram potencial na redução de incidentes de automutilação. Essas estratégias destacam a importância de um ambiente terapêutico acolhedor e seguro como parte do tratamento (Nawaz *et al.*, 2021).

Programas educacionais e preventivos desempenham um papel crucial na abordagem da automutilação. A promoção de espaços de diálogo aberto sobre o tema, aliados à redução do estigma e do bullying, são estratégias que podem prevenir o início ou a escalada desses comportamentos entre adolescentes (Tang *et al.*, 2025).

No contexto brasileiro, a pesquisa da Universidade Federal Fluminense investigou aspectos emocionais e afetivos relacionados à prática da automutilação entre adolescentes (Praia, 2024). Os resultados destacaram a necessidade de projetos de intervenção que considerem as especificidades culturais e sociais dos adolescentes locais, escuta e acolhimento para jovens que manifestam esse tipo de comportamento, além de enfatizar a importância do suporte familiar e escolar. A colaboração entre escolas, famílias e serviços de saúde é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

O tema se tornou tão importante, que no Estado do Rio de Janeiro foi promulgada a Lei nº 9.699, de 27 de maio de 2022, que dispõe sobre a campanha estadual de prevenção e combate à automutilação nas escolas da rede de ensino no estado do Rio de Janeiro.

Profissionais de saúde, particularmente aqueles em unidades de emergência, frequentemente são os primeiros a entrar em contato com indivíduos que se autolesionam. Portanto, é imperativo que estejam preparados para oferecer uma avaliação inicial adequada, identificando sinais de risco e proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para o paciente (Santos *et al.*, 2022).

Em ação conjunta com demais áreas do conhecimento que estudam a saúde humana de forma global, a Medicina deve atuar de maneira dialógica e bem articulada com outros campos do saber, como Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Educação. A resposta da Medicina à automutilação deve ser abrangente e

sensível, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores psicossociais que influenciam esses comportamentos. Essa abordagem interdisciplinar permite um cuidado mais efetivo e humanizado, promovendo estratégias terapêuticas integradas que favorecem a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, a colaboração entre diferentes profissionais possibilita um acompanhamento mais abrangente suporte emocional, orientação educacional e assistência social adequada. , que garante

Além das intervenções diretas realizadas por várias frentes de atuação e várias áreas do conhecimento humano, é importante evidenciar a educação e a prevenção como pilares fundamentais. A implementação de programas educacionais em escolas e comunidades visa aumentar a conscientização sobre os riscos da automutilação e fornecer estratégias de enfrentamento alternativas. Tais iniciativas buscam criar ambientes de apoio, onde os jovens se sintam encorajados a expressar suas emoções de maneira construtiva (Cabral *et al*, 2025).

A formação contínua dos profissionais de saúde é igualmente essencial. Capacitações específicas sobre identificação e manejo da automutilação permitem aos médicos, enfermeiros e psicólogos estarem melhor aparelhados para abordar o tema de forma eficaz e empática, garantindo intervenções precoces e apropriadas (Santos *et al.*, 2022).

A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde é vital para o sucesso das intervenções. A articulação entre a atenção básica, serviços especializados e unidades de emergência assegura um cuidado contínuo e coordenado, facilitando o acompanhamento longitudinal dos pacientes e a implementação de estratégias preventivas (Oliveira, 2021).

CONCLUSÕES

Diante do exposto, evidencia-se a automutilação como complexo fenômeno do âmbito da saúde mental, que exige abordagens

integradas e personalizadas para cada paciente. As intervenções terapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Comportamental Dialética, demonstraram-se eficazes na redução desses comportamentos e na promoção da regulação emocional (Mehlum *et al.*, 2014; Turner *et al.*, 2014).

Além disso, estratégias complementares, como a musicoterapia, e ações institucionais voltadas para a comunicação eficaz entre profissionais e pacientes também apresentaram resultados promissores (Silva *et al.*, 2022; Nawaz *et al.*, 2021). Essas abordagens reforçam a necessidade de um ambiente seguro e acolhedor no tratamento da automutilação.

Programas educacionais e preventivos também se mostraram essenciais, especialmente no contexto escolar, onde a conscientização e o suporte emocional podem ser fundamentais para reduzir a incidência da automutilação (Tang *et al.*, 2025). A colaboração entre profissionais de saúde, educadores e familiares é indispensável para garantir um acompanhamento contínuo e eficaz.

Portanto, a Medicina, ao atuar de forma complementar a outras ciências, como a Psicologia, a Psiquiatria, a Educação e a Assistência Social, fortalece a abordagem interdisciplinar no manejo da automutilação, promovendo uma intervenção mais eficaz e humanizada. Enquanto a Medicina se concentra no tratamento das lesões físicas e no manejo de possíveis comorbidades psiquiátricas, a Psicologia e a Psiquiatria contribuem com abordagens terapêuticas baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Comportamental Dialética. Já a Educação e a Assistência Social desempenham papéis fundamentais na conscientização, na prevenção e no suporte aos indivíduos em risco, facilitando o acesso a redes de apoio e reduzindo o estigma social. Essa cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento possibilita uma resposta mais abrangente e sensível ao problema, promovendo o equilíbrio emocional e a qualidade de vida dos afetados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [Internet]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p:Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> Acesso em: 13 mar. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha para prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Orientações para educadores e profissionais da saúde. Brasil, 2020. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

CABRAL, Hildeliza L.T.B. *et al.*; **Entre a dor e o cuidado**: a automutilação em interfaces psico-bioético-médicas. Campos dos Goytacazes: Encontrografia, 2025. ISBN: 978-65-5456-108-2. DOI: 10.52695/978-65-5456-108-2, 84p.

COELHO, Elza Berger Salema *et al* **Violência**: definições e tipologias. 2014. Disponível em: https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025

COSTA, R.P.O. *et al.* Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness. **J Pediatr** [Internet]; v. 97, n. 2, p. 184190, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.01.006>. Acesso em: 15 mar. 2025

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência**: definições e tipologias. 2014. Disponível em: https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 15 Mar. 2025

DICK, B.; FERGUNSON, J. B. (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, p. 3-6, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25530601/>. Acesso em: 15 mar. 2025

FONSECA, A. C. S. **Caracterização da violência autoprovocada na adolescência: notificação pública e indicadores clínicos**. Dissertação de (Mestrado em Psicologia), 2022. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS,. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/249895>. Acesso em: 15 fev. 2025

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2025

MEHLUM L. *et al.* Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated

Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 53, n. 10, p. 1082-1091, 2014, Pages ISSN 0890-8567. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>. Acesso em: 15 fev. 2025.

MOREIRA, E. S. *et al.* Self-mutilation among adolescents: an integrative review of the literature. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. v. 25, n. 10, p. 3945-3954, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>. Acesso em: 14 mar. 2025

NAWAZ, R. F. *et al.* Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. **BJPsych Open**, v. 7, n. 3, 2021; Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/interventions-to-reduce>

-selfharm-on-inpatient-wards-systematic-review/45D158CCE75BD49345BD7822A4 CA387B. Acesso em: 16 fev. 2025.

NOCK, M. K.; JOINER, T. E.; GORDON, K. H. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. **Psychiatry Research**.; v. 144, n. 1, p. 65-72, 2006. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>. Acesso em: 15 mar. 2025

OLIVEIRA, O. P. A. **A construção de uma intervenção de enfoque grupal na Atenção Básica com adolescentes praticantes de automutilação**: relato de experiência na residência multiprofissional. Universidade Federal de Uberlândia., 2021. Recuperado de <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/33188>. Disponível em: Acesso em: 15 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10** [Internet]. 8. ed. São Paulo: Edusp; 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 13 mar. 2025

OUGRIN, D. *et al.* Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 29-39, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089085671400731X>. Acesso em: 15 Fev. 2025.

PATCHIN, J.W.; HINDUJA, S. Digital self-harm among adolescents. **J Adolesc Health** [Internet]. 2017; v. 61, n. 6, p. 761-766, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.012> Acesso em: 14 mar. 2025

PINHEIRO, T. P.; WARMLING, D.; COELHO, E. B. S. Characterization of suicide attempts and self-harm by adolescents and adults notified in Santa Catarina, Brazil, 2014-2018. **Epidemiol Serv Saude** [Internet] v.

30, n. 4, e2021337, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400026>. Acesso em: 15 Mar. 2025

POMPILI, M. *et al.* **In.: Novas Tendências em Psiquiatria: Reflexões e Desafios.**

Editora Grupo A Educação, 2022. Disponível em: [https://books.google.com.br/T7penham+um+pa+pel+crucial+no+manejo+da+automutila%C3%A7%C3%A3o.+Abordagens+baseadas+em+evid%C3%A2ncias,+como+a+Terapia+Cognitivo-Comportamental+\(TCC\)+e+anepage-&q&f=false](https://books.google.com.br/T7penham+um+pa+pel+crucial+no+manejo+da+automutila%C3%A7%C3%A3o.+Abordagens+baseadas+em+evid%C3%A2ncias,+como+a+Terapia+Cognitivo-Comportamental+(TCC)+e+anepage-&q&f=false). Acesso em: 16 fev. 2025.

PRAIA, A. T. L. **Automutilação em adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa no contexto escolar.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia). 32 p. 2024. Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2024. Disponível em: <https://riu.ufam.edu.br/handle/prefix/7687>. Acesso em: 16 Fev. 2025.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 9.699, de 27 de maio de 2022. Dispõe sobre a campanha estadual de prevenção e combate a automutilação nas escolas da rede de ensino no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-9699-2022-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-a-campanha-estadual-de-prevencao-e-combate-a-automutilacao-nas-escolas-da-rede-de-ensino-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 15 mar. 2025

SANTOS, S. S. A. *et al.* Atuação da enfermagem na assistência ao paciente com lesão autoprovocada na urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e12311527702, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27702/24391/324621>. Acesso em: 15 Fev. 2025.

SANTOS, A.A.; BARROS, D.R.; LIMA, B.M. Brasileiro TC. Self-mutilation in adolescence: understanding its causes and consequences. **Rev**

Temas Saúde [Internet]. v. 18, n. 3, p. 116-142, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/213319.18.3-8>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, A. C.; BOTTI, N.C.L. An investigation on self-mutilation in a group of the social network Facebook. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog** [Internet] v. 14, n. 4, p. 203-210, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355>. Acesso em: 14 mar. 2025

SILVA, R. A.; MENDES, M. C.; CARVALHO, T. R Musicoterapia como estratégia de intervenção para adolescentes com comportamentos autolesivos. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 22, n. 3, p. 45-61. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/161>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SKEGG, K. Self-harm. **Lancet** v. 366, n. 9495, p. 1471-1483, 2005. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3). Acesso em: 14 mar. 2025

TANG, S. *et al.* Motivations for Self-Harm in Young People and Their Correlates: A Systematic Review. **Clin Child Fam Psychol Rev**. 2025. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00511-5>. Acesso em: 16 fev. 2025.

TURNER, B. J.; AUSTIN, S. B.; CHAPMAN, A. L. Treating non-suicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. **Journal of Affective Disorders**, v. 254, p. 19-30, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371405901103>. Acesso em: 15 fev. 2025.

CAPÍTULO 24



EQUILÍBRIO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NA CAPACITAÇÃO DOCENTE

Denise Tinoco Novaes Bedim⁶⁹

Sônia Maria de Souza Alves⁷⁰

Estela Stoeckli Ayala Guedes⁷¹

(RE)FLORESCER

Na senda da evolução, os professores seguem, ávidos por crescer e evoluir. E, na formação continuada, suas asas ganham saberes renovados, no eterno aprendizado, sempre a surgir.

Na estrada do conhecimento, seguem firmes, como rios que correm,

No caminho do ensino, novos horizontes almejam alcançar, voam além das fronteiras, sem hesitar.

Porém, no vazio da formação, um eco ressoa, ausência de saberes, caminhos sem escola.

Políticas públicas, sonhos que se perdem, no descuido das mentes, os horizontes se invertem.

Formação continuada, semente a florescer, mas sem solo fértil, não há o que colher. Políticas dispersas, como vento sem direção, deixam os educadores à mercê da solidão.

Na busca do conhecimento, sedentários estamos, mas sem apoio e recursos, tristes nos tornamos. Nas asas da capacitação, queremos voar,

69 Mestre em psicologia(Ces/jf). Especialista em Psicologia Clínica, em Psicologia Escolar/Educacional. Graduação bacharelado e licenciatura em Psicologia. Professora Universitária de Psicologia Médica e Psicologia Geral na Universidade Iguazu – Campus V. E-mail: denisetnbedim1@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3759698093289541>

70 Especialista em Biosynthesis Psychotherapist pelo International Foundation For Biosynthesis, Suíça(2004), Psicóloga; administradora, atualmente psicóloga da Universidade Iguazu. E-mail: sonialvespsi@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2377455764452207>

71 Graduanda Medicina. E-mail: estelaguedes2025@gmail.com

Porém, sem suporte, é difícil alcançar. Oh, governantes, ouçam o nosso clamor, Invistam na formação, Políticas efetivas, que façam a diferença, para que o futuro se escreva com esperança e crença. Na formação continuada, o ser se renova, no ímpeto de ensinar, sempre inovar, E no brilho do olhar, as sementes do futuro estão a plantar (Farina, Benvenuto, 2024).

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A capacitação docente é um convite a um processo necessariamente contínuo, tanto do ponto de vista individual (pois cada professor deve se capacitar permanentemente ao longo de sua carreira), quanto institucional, uma vez que o quadro docente é mutável, assim como o conhecimento humano e as demandas da sociedade são crescentes. Contexto esse que nos convoca a reflexões sobre aprendizagens, muitas vezes, transitórias, provisórias acerca da incompletude do ser vivo e ilumina a investigação do seu equilíbrio mental.

Nessa premissa, o presente capítulo traz a ideia de que a vida acadêmica se faz da continuidade das reflexões, da paciência para as mudanças, e da esperança de um mundo melhor com o ofegar da própria existência humana.

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOCENTE PARA O BEM-ESTAR

A educação é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento de uma sociedade, e os professores desempenham um papel essencial nesse processo. No entanto, a rotina intensa, as exigências acadêmicas e a falta de recursos adequados podem impactar diretamente a saúde mental e a qualidade de vida dos docentes. Diante desse cenário, a

capacitação continuada surge como uma estratégia essencial não apenas para aprimorar a prática pedagógica, mas também para promover o bem-estar dos profissionais da educação.

A importância de uma capacitação docente para além de meros treinamentos pontuais tem destaque na implementação da Base Nacional Comum Curricular –BNCC (Brasil, 2017), que realçou a necessidade da promoção da reflexão sobre a prática pedagógica e investigação das experiências próprias dos educadores, sendo um convite à transformação e aprimoração constantes (Farina, Benvenuti, 2024). Por meio da capacitação os docentes são encorajados não apenas a buscar novos conhecimentos pertinentes às suas disciplinas, mas também a aplicá-los de maneira consciente à realidade vivenciada em sala de aula (Avancini, 2021)

Investir na formação continuada permite que os professores desenvolvam novas competências, compreendam melhor os desafios emocionais de sua profissão e adquiram ferramentas para lidar com o estresse. Quando capacitados, os docentes se sentem mais preparados para enfrentar situações adversas, o que reduz a sobrecarga emocional e aumenta sua satisfação profissional. Assim, a capacitação se torna um fator determinante na melhoria da saúde mental e na garantia de uma educação de qualidade e representa o encontro entre saúde e educação.

A capacitação docente voltada para o mundo do trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e se desenvolve a partir dos problemas diários, levando em consideração os conhecimentos e experiências pré-existentes. Está voltada à construção dos sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação da realidade profissional. De um modo geral, o desconforto é condição *sine qua non* para que uma pessoa mude seu comportamento, é esse contato com o desconforto experimentado no cotidiano, a percepção de que a maneira vigente está insatisfatória, que embasa a capacitação docente.

Na modernidade, a necessidade de atualização constante provém do aumento crescente de informações inerentes ao ser humano e essenciais diante do dinamismo e desafios contemporâneos. De forma

que a capacitação envolve aquisições técnicas e se destina também ao desenvolvimento humano (Farina, Benvenuti, 2024).

SAÚDE MENTAL DOS DOCENTES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Abordar o tema de saúde mental dos docentes faz-se necessário diante do dinamismo esperado para o profissional que atua diretamente com experiências vivenciadas no seu cotidiano, as quais abarcam frustrações, decepções inerentes aos desafios da aprendizagem.

O ambiente escolar pode ser desafiador para os professores, especialmente, quando há pressão por resultados, turmas numerosas e falta de apoio institucional. Estudos apontam que o estresse crônico na profissão docente pode levar a síndromes como burnout (OMS, 2020), caracterizada pelo esgotamento físico e emocional, perda de interesse no trabalho e sensação de ineficácia profissional.

Entre os principais fatores de risco para a saúde mental dos docentes, segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), destacam-se:

- carga horária excessiva e falta de tempo para descanso;
- baixa remuneração em relação às responsabilidades atribuídas;
- violência e indisciplina no ambiente escolar;
- falta de reconhecimento e apoio por parte das instituições.

Em contrapartida, aos fatores de risco ressalta-se que eles podem gerar emoções transferidas para o corpo, através dos principais sinais, quais sejam, ainda de acordo com a OMS (2020):

- Insônia ou sono irregular, que não promove descanso;
- queda nos níveis de energia;
- alterações incomuns no apetite, como perda ou excesso;
- introspecção e dificuldade em levantar-se da cama;
- mau humor; irritabilidade e tristeza;
- perda de interesse em atividades que antes sentia prazer;
- incapacidade de cumprir suas obrigações de rotina;
- raciocínio lento e perda de concentração.

Esses sinais, dependendo da sua incidência costumam afetar a saúde mental do docente gerando ansiedade diante das pressões internas e externas interferindo no dinamismo pessoal e na prática docente.

Em geral, o termo Saúde Mental é utilizado para se referir a tudo que envolve o bem-estar psicológico, social e emocional de um indivíduo, fatores que afetam diretamente nossas ações, decisões e relacionamentos (Wells, *et al.* 2011). A saúde mental é um aspecto fundamental do bem-estar geral, que afeta diretamente como pensamos, sentimos e agimos no nosso dia a dia.

É importante citar que a busca pela saúde mental não é exclusividade de pessoas que sofrem de transtornos psicológicos ou mentais, assim como o cuidado com a saúde não deve ocorrer apenas quando se está doente, muito pelo contrário, cuidar da saúde mental deve ser uma prática diária do ser humano, pois reflete a qualidade de vida.

Para mitigar esses impactos, é essencial adotar estratégias que promovam a saúde mental dos professores. Algumas medidas eficazes, como sinaliza a OMS (2020), incluem:

- Programas institucionais de acompanhamento psicológico e apoio emocional;
- grupos de apoio e trocas de experiências entre docentes;
- práticas de autocuidado, como meditação, exercícios físicos e lazer;
- planejamento adequado das atividades para evitar sobrecarga.

Manter a saúde mental em dia envolve uma busca constante pela qualidade de vida através de autocuidado, relacionamentos saudáveis, hábitos estimulantes e manter uma rede de apoio sólida ao redor.

QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE ESCOLAR

A qualidade de vida no trabalho está diretamente ligada à satisfação profissional e ao bem-estar dos professores. Um ambiente

escolar saudável deve proporcionar condições adequadas de trabalho, promover a valorização profissional e incentivar a harmonia nas relações interpessoais (Damásio, Melo, Silva, 2013). Nesse sentido, conforme sublinha esse autor, para garantir um ambiente propício ao desenvolvimento docente, é necessário considerar:

- Infraestrutura adequada: espaços confortáveis para planejamento e descanso;
- gestão humanizada, lideranças que promovam o diálogo e a inclusão;
- carga de trabalho equilibrada: planejamento que permita momentos de descanso;
- programas de desenvolvimento pessoal e profissional: capacitações, palestras e incentivo ao aprimoramento contínuo.

Com uma gestão educacional focada no bem-estar dos professores, a qualidade da educação também é beneficiada, uma vez que profissionais motivados e saudáveis desempenham melhor suas funções. As instituições precisam implementar projetos articulados que mobilizem os atores envolvidos, inclusive gestores, para que haja troca e compartilhamentos de ideias, conhecimentos, experiências, problemas e soluções; o que, desta forma, possibilitará construir um caminho que transforma teoria em prática, adotando-se estratégias dialógicas que possibilitem um mundo mais humanizado e digno. (Farina, Benvenuti, 2024)

CAMINHOS PARA A TRANSFORMAÇÃO: BOAS PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES

Para transformar a realidade dos professores e melhorar sua qualidade de vida, algumas iniciativas têm demonstrado grande eficácia. Entre elas, destacam-se:

- implementação de programas de apoio psicossocial: ofertando suporte emocional e terapêutico dentro das instituições de ensino;

- capacitação voltada para gestão emocional: promovendo treinamentos sobre resiliência e saúde mental;
- flexibilização da jornada de trabalho: possibilitando melhor equilíbrio entre vida profissional e pessoal;
- valorização docente: incentivo a programas de reconhecimento e melhores condições salariais. (Brasil, 2017)

Destarte, cabe às instituições de ensino, gestores e políticos da educação adotarem medidas efetivas para garantir um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo. Além disso, os próprios professores devem estar atentos às suas necessidades e buscar apoio quando necessário.

Promover a saúde mental e a qualidade de vida dos docentes é um investimento no futuro da educação. A capacitação constante, aliada a políticas de bem-estar, pode transformar positivamente a experiência dos professores, garantindo não apenas seu desenvolvimento profissional, mas também sua felicidade e realização na carreira.

De forma sucinta, citam-se, nesta instância, algumas práticas para manter a saúde mental preservada, (Ruidiaz-Gómez, Cacante-Caballero, 2021), com vistas a o bem-estar como um todo, isto é para reduzir os níveis e efeitos do estresse no dia a dia, diminuir o risco de doenças e ter mais disposição para lidar com tarefas e responsabilidades.

Cuidar de si mesmo é o primeiro passo para cuidar dos outros, por isso, quando se pensa em cuidar de alguém, de orientar alguém mister se faz lembrar que quanto mais saudável o profissional estiver, melhor desempenhará sua função. O segredo é se apoiar em atividades simples, mas que somadas estimulam o corpo e a mente a se manterem elevados (Seidl, Zannon, 2004). Nessa perspectiva, seguindo orientações das referidas autoras, apresentam-se algumas:

1 Praticar atividades físicas

Exercícios são ótimos para fortalecer o corpo e a mente. Estudos comprovam que mesmo atividades simples, como 30 minutos de

caminhada todos os dias, ajudam a produzir serotonina, fortalecer a imunidade e melhorar a saúde como um todo.

2. Buscar uma dieta balanceada e hidratar-se.

Manter a ingestão de nutrientes em dia também contribui para ter mais disposição e colocar em prática atividades para cuidar da saúde mental. Uma dieta nutritiva e balanceada estimula os níveis de energia e disposição a se manterem elevados ao longo do dia. Também é relevante manter-se bem hidratado e limitar a ingestão de cafeína, considerando que ela bloqueia a melatonina e pode prejudicar o sono.

3. Priorizar a qualidade do sono.

De fato, para manter a saúde mental em dia é essencial dormir bem. Por isso, é de fundamental importância adotar uma rotina que facilite esse adormecer, assistir televisão usar o celular por, ao menos, 30 minutos antes de dormir e ir para a cama sempre no mesmo horário.

Dormir, no mínimo, oito horas todos os dias eleva a saúde mental e é essencial para manutenção da imunidade e disposição.

4. Explorar atividades relaxantes

Atividades relaxantes e focadas em nos tirar de uma rotina sempre estimulante e acelerada são ideais para cuidar da mente. Alongamentos, ioga, meditação e exercícios respiratórios são exemplos desses hábitos, que entregam melhores resultados quando feitos todos os dias por, ao menos, 30 minutos.

5. Cuidar bem dos relacionamentos

O relacionamento com familiares e amigos é muito importante para a saúde mental, tanto na busca por suporte quanto na motivação em cuidar do próprio bem-estar para não gerar preocupações. Mais do que isso, ser grato e ajudar os outros eleva a moral e promove uma sensação positiva para a saúde mental.

6. Valorizar a própria personalidade.

Estamos passando mais tempo olhando para nós mesmos e isso pode nos levar a focar em ditos defeitos e traços negativos. No entanto, é importante valorizar a própria personalidade, ser grato e reconhecer as próprias conquistas.

Também, é essencial sempre melhorar esses traços, buscando novos talentos, hobbies e atividades que nos elevam como pessoa e promovem a sensação de bem-estar.

7. Aprender a lidar com situações estressantes

Nem sempre é possível fugir de uma situação estressante. Porém, enfrentar o problema com uma abordagem prática, calma e relaxada pode ajudar na hora de lidar com tal contingência, focando na solução, poupando energia e cuidando de si próprio.

8. Doar-se.

O voluntariado é uma excelente maneira de dar um novo propósito à vida e estimular a saúde mental.

Doar-se e fazer algo pelos outros sem esperar nada em troca é uma situação recompensadora e estimulante, que facilita a reconhecer nossos privilégios e promove a conscientização, ao mesmo tempo que nos ajuda a conhecer pessoas novas e criar novas conexões.

9. Ter metas e objetivos realistas

Não se pressionar é importante para manter a saúde mental em dia, por isso, estabelecer metas para se estimular a desenvolver certas atividades, de forma realista, estabelecendo objetivos muito distantes ou estressantes, pois isso poderá provocar o efeito contrário.

10. Não ter receio de pedir ajuda

É preciso reconhecer que pedir ajuda é uma demonstração de coragem e força, não de fraqueza. Reconhecer que não está tudo bem faz parte do processo de cura e abre a porta para encontrar uma solução válida.

Contar com amigos e familiares para se manter de pé e não ter receio de buscar ajuda profissional quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação docente é um processo de formação continuada que deve ser contínuo e envolver o professor e a instituição num processo que aproxima a teoria e a prática pedagógica. Ela é uma das atribuições reafirmadas e asseguradas para os novos centros universitários que preconizam a excelência do ensino-aprendizagem e buscam a qualidade didática e pedagógica dos seus professores. Neste sentido, afirma-se que às Instituições de Ensino cabem dois desafios: primeiro, selecionar bons professores, que apresentem as qualidades pedagógicas e, segundo proporcionar que as competências esperadas no desafio docente sejam permanentemente renovadas e aprimoradas, refletindo não só a eficiência do docente, mas também que estimulem e garantam a vocação e o dom de ser professor; atributos esses os quais, obviamente, não podem ser ensinados, mas podem ser enaltecidos na atuação docente, podem ser melhorados cientificamente, através das capacitações qualificadas organizadas pelas Instituições de Ensino.

Por conseguinte, fica o convite para unirmos nossas vozes à continuidade das reflexões, nos abraçando com a provisoriidade, transitoriedade, incompletude do ser vivo que traz a ideia de que a vida não para e de que ela é rara e, assim, iluminarmos a esperança de um mundo melhor com o ofegar da própria existência investigativa, que busca incessantemente o equilíbrio pela saúde mental, ressignificando experiências e trocas mútuas.

REFERÊNCIAS

AVANCINI, Marta. O que muda com a Base Nacional de Formação dos Professores. **Educação**, 8 abr. 2021. Disponível em: <https://revistaeducacao.com.br/2021/04/08/base-nacional-professores/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referenciais para Formação de professores**. Brasília, DF:MEC, 2002. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48631-reformprofl&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017. Institui e orienta a implantação da Base Nacional Comum Curricular, a ser respeitada obrigatoriamente ao longo das etapas e respectivas modalidades no âmbito da Educação Básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 41-44, 22 dez. 2017. Ed. 2018. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79631-rcp002-17-pdf&category_slug=dezembro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em 20 mar. 2024.

CARVALHO Anna; BELINTANE, Claudemir. **Formação continuada de professores**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DAMÁSIO, B. F.; MELO, R. L.; SILVA, J. P. Sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em professores escolares. **Paideia**, v. 23, n. 54, p. 73-82, 2013. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/12302/pesquisa-indica-que-66-dos-professores-ja-precisaram-se-afastar-devido-a-problemas-de-saude>. Acesso em: 24 jun. 2024.

FARINA, Ione; BENVENUTTI, Dilva Bertoldi. **Formação continuada de professores: perspectiva humana e emancipatória**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2024.

MAGALHÃES, Lígia Karam Corrêa de e AZEVEDO Leny Cristina Soares Souza Formação Continuada e Suas Implicações: entre a Lei e o trabalho docente. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 35, n. 95, p. 15-36, jan.-abr., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/G7Fqdm545c6bxtK8XSF6tbq/?format=pdf>. Acesso em 10. jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Versão portuguesa. **Lisboa: Alto Comissariado da Saúde**, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Trabalhadores de saúde: um perfil global. In: **Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde**: relatório mundial da saúde, 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_chapter1_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 8 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Os impactos da docência na saúde física e mental dos profissionais da Educação Básica no cenário pós-pandêmico**, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/1686/1609/11812>. Acesso em: 06 abr. 2025.

RUIDIAZ-GÓMEZ Keydis Sulay, CACANTE-CABALLERO, Jasmin Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Rev. cienc. ciudad.**, v. 18, n. 3, p. 96-109, 2021. Disponível em :<https://doi.org/10.22463/17949831.2539>. Acesso em: 09 fev. 2025.

SEIDL Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n2/580-588/pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

TREBIEN Marlise Márcia; SILVA, Jaci Lima da **Formação Continuada de Professores: Aspectos e Desafios**. São Paulo: Dialética, 2022.

WELLS, R. H. C. *et al.* **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2011.

CAPÍTULO 25



O “ERRO MÉDICO” NA PERSPECTIVA DO STJ E OS DANOS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Hildeliza Boechat Cabral*⁷²

*Delphino Layber Neto*⁷³

*Artur José Cabral*⁷⁴

*Fábio Luiz Fully Teixeira*⁷⁵

INTRODUÇÃO

O erro médico na perspectiva do Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem sido objeto de análise aprofundada, em especial no que diz respeito ao reconhecimento dos danos decorrentes da prestação de serviços de saúde. A distinção entre erro médico e falha sistêmica tem sido fundamental para delimitar as responsabilidades individuais dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares.

O erro médico, caracterizado como um ato ilícito decorrente da violação dos padrões técnicos e éticos da profissão tem como base a culpa do profissional, seja por negligência, imprudência ou imperícia

72 Doutora e mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio pós-doutoral em Direito Processual Civil (Ufes). Pesquisadora, extensionista, orientadora de IC e docente da graduação de Direito e Medicina (UNIG-Itaperuna). Membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética, Seccional Rio de Janeiro. Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La UNLP-AR. Membro do Instituto Internacional de Los Derechos Humanos Capítulo para Las Americas (IIDH). Autora 6 obras autorais e 45 organizadas. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9871-8867> E-mail: hildeboechat@gmail.com

73 Graduando do 8º Período de Medicina da UNIG, Campus V, Itaperuna. Bacharel em Direito. Lattes: E-mail: dlayber@hotmail.com

74 Graduando do 12º Período de Medicina da UNIG, Campus V, Itaperuna. Pós-graduado em Neurociências. Mestre em Produção Animal (Uenf). Médico veterinário (UFRRJ). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5401458619273054> E-mail: arturjosecabral@ahoo.com.br

75 <http://lattes.cnpq.br/0105194195226285> <https://orcid.org/0000-0003-2614-0143> E-mail: fabiofully2024@gmail.com

(Delduque *et al.*, 2022). Já os danos decorrentes dos serviços prestados em saúde envolvem uma responsabilização mais ampla, podendo ser atribuídos às instituições de saúde ou ao Estado, especialmente, quando há falhas estruturais que comprometem a qualidade do atendimento e geram prejuízos ao paciente (Pereira *et al.*, 2021). Essa distinção promovida pelo STJ tem sido essencial para um julgamento mais justo dos casos, ao separar a responsabilidade objetiva da subjetiva e garantir uma análise mais equitativa das circunstâncias.

A questão-problema norteadora desta pesquisa é: “de que forma o Superior Tribunal de Justiça (STJ) diferencia o erro médico da falha sistêmica na prestação de serviços de saúde e quais são os impactos dessa distinção na responsabilidade civil dos profissionais e das instituições hospitalares?”.

Pretende-se demonstrar que, na medida em que o profissional age mediante existência de culpa, cabe a ele a responsabilização, entretanto, nos casos em que o dano decorre do aparelhamento, da insuficiência de leitos, escassez de insumos e outras falhas oriundas do sistema, não se pode atribuir culpa ao médico.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a motivação da evolução da jurisprudência do STJ sobre erro médico e falhas na prestação de serviços de saúde, identificando os critérios utilizados para a diferenciação dessas situações e suas implicações na responsabilidade civil dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares.

Adotou-se metodologia qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica, na qual se procedeu à análise e síntese de dados e informações previamente publicados em artigos científicos, jurisprudências, doutrinas jurídicas e livros acadêmicos pertinentes ao tema. Foram utilizadas bases de dados eletrônicas reconhecidas, como Scielo, Google Acadêmico e repositórios de jurisprudência do STJ, empregando-se palavras-chave específicas, como “erro médico”, “responsabilidade civil na saúde”, “jurisprudência STJ” e “falha sistêmica na prestação de serviços de saúde”. A seleção de materiais se norteou por critérios rigorosos de inclusão tendo em vista a relevância, a atualidade e a qualidade do material eleito, que permitiu

uma compreensão abrangente e atualizada sobre a diferenciação entre erro médico e falhas estruturais no atendimento à saúde, bem como os impactos dessa distinção na responsabilização dos agentes.

CONTORNOS TRADICIONAIS DA EXPRESSÃO “ERRO MÉDICO” NO BRASIL

De forma cotidiana e, também, no entendimento da doutrina clássica, considerava-se como erro médico todas as situações de danos experimentados pelo paciente durante um tratamento de determinada enfermidade. Entretanto, com os contornos ditados pela responsabilidade civil e a iniciativa do STJ quanto à distinção entre erro médico e danos decorrentes dos serviços, a perspectiva se atualizou para conceber a diferenciação quanto ao alcance e à abrangência dessas noções. Por esse motivo, o tema erro médico tem sido amplamente debatido no Brasil, tanto no meio acadêmico quanto no jurídico, devido às suas implicações na responsabilidade civil e penal dos profissionais de saúde.

Considerando-se que o conceito tradicional da expressão “erro médico” se refere à conduta profissional inadequada da qual resulta dano ao paciente, seja por negligência, imprudência ou imperícia, trata-se de uma definição que tem sido reavaliada para ampliar seu espectro, quando então passa por uma releitura ao longo dos anos, em especial, em razão da complexidade dos atendimentos médicos e das condições estruturais dos serviços de saúde (Mendonça; Custódio, 2016). O avanço das discussões jurídicas e doutrinárias tem levado à necessidade de uma análise mais criteriosa dos elementos que configuram o erro médico e das circunstâncias que podem atenuar ou agravar a responsabilidade de terceiros não médicos, do sistema ou mesmo do próprio paciente.

No contexto brasileiro, a responsabilidade civil decorrente do erro médico tem sido amplamente discutida nos tribunais, particularmente no Superior Tribunal de Justiça (a partir deste momento, somente STJ).

A jurisprudência tem avançado no sentido de diferenciar o erro médico, propriamente dito, das falhas sistêmicas no atendimento à saúde e promovido uma distinção essencial para o correto enquadramento dos fatos e justa repartição das responsabilidades. Essa abordagem permite que o julgamento das demandas seja realizado de forma mais justa, evitando que profissionais sejam indevidamente responsabilizados por fatos que transcendem sua atuação individual (Silva *et al.*, 2023). Além disso, essa diferenciação tem sido fundamental para fortalecer a responsabilização das instituições hospitalares e do próprio poder público nos casos em que os danos resultam de deficiências estruturais ou operacionais.

A noção de erro médico está associada a três principais categorias: os erros de diagnóstico, de tratamento e de comunicação. O erro de diagnóstico ocorre quando há uma avaliação equivocada da condição clínica do paciente, levando a tratamentos inadequados ou atrasos na intervenção necessária. O erro de tratamento refere-se à escolha ou execução inadequada de um procedimento terapêutico, resultando agravos à saúde do paciente. Já o erro de comunicação, relaciona-se à falha na transmissão de informações essenciais entre médicos, pacientes e demais profissionais de saúde, comprometendo a adesão ao tratamento e a segurança do atendimento (Delduque *et al.*, 2022). Esses diferentes tipos de erro reforçam a complexidade do tema e a necessidade de análises detalhadas em cada caso concreto.

A responsabilização do profissional de saúde por erro médico tradicionalmente se dá sob a perspectiva da culpa, o que exige a comprovação de negligência, imprudência ou imperícia. Negligência refere-se à omissão ou falta de cuidado no cumprimento do dever profissional, enquanto a imprudência caracteriza-se pela adoção de condutas arriscadas sem a devida cautela. Já a imperícia diz respeito à falta de conhecimento técnico ou habilidade para a realização de determinado procedimento (Pereira *et al.*, 2021). A análise dessas circunstâncias deve levar em consideração o contexto em que o atendimento ocorreu, incluindo a disponibilidade de recursos e a

sobrecarga do sistema de saúde, elementos que podem influenciar diretamente no desfecho do caso.

Nos últimos anos, o debate sobre erro médico no Brasil tem sido ampliado para incluir a responsabilidade objetiva das instituições de saúde. Enquanto a responsabilidade dos médicos permanece fundamentada na culpa, os hospitais e clínicas podem ser responsabilizados independentemente da comprovação de culpa, desde que fique demonstrado o nexo causal entre a falha do serviço e o dano sofrido pelo paciente (Pereira *et al.*, 2021). Essa abordagem tem sido relevante para garantir que vítimas de falhas estruturais, como falta de insumos, equipamentos inadequados ou atrasos no atendimento, possam ser devidamente indenizadas, sem que a responsabilização recaia exclusivamente sobre os profissionais de saúde.

A DECISÃO DO STJ: DISTINÇÃO ENTRE “ERRO MÉDICO” E “DANOS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE”

A jurisprudência do STJ tem evoluído no sentido de reconhecer a responsabilidade objetiva das instituições de saúde por defeitos na prestação de serviços, mesmo quando não há relação jurídica direta, como vínculo empregatício, entre o médico e o hospital. Em decisão recente, a Quarta Turma do STJ determinou que um hospital indenizasse um paciente por erro médico, destacando que a responsabilidade abrange todos os prestadores de serviços de saúde que participaram do evento, independentemente do vínculo empregatício (Brasil, 2024). Essa orientação reforça a necessidade de as instituições garantirem a qualidade e a segurança dos serviços oferecidos, assumindo a responsabilidade por eventuais falhas capazes de causar danos aos pacientes.

Além disso, o STJ tem consolidado o entendimento de que operadoras de planos de saúde também podem ter responsabilidade solidária por defeitos na prestação de serviços médicos realizados por profissionais e hospitais credenciados.

Conforme destacado no Informativo de Jurisprudência n. 666, a operadora de plano de saúde responde objetivamente pelos danos decorrentes de falhas ou erros na prestação de serviços dos estabelecimentos ou médicos conveniados (STJ, 2020).

Essa posição visa proteger o consumidor, e assegurar que todos os integrantes da cadeia de prestação de serviços de saúde sejam responsabilizados por eventuais danos causados.

Em contrapartida, o STJ também reconhece situações nas quais a responsabilidade do hospital pode ser afastada. Nos casos em que o médico não possui vínculo de emprego ou subordinação com a instituição hospitalar, apenas utilizando suas dependências para realizar procedimentos, o hospital pode não ser responsabilizado por erros cometidos pelo profissional. Essa distinção foi evidenciada em decisão da Terceira Turma do STJ, na qual se concluiu que o hospital não teria obrigação de reparar o dano do paciente, quando o erro advier de um médico sem vínculo com a entidade (STJ, 2016). Tal entendimento ressalta a importância de se analisar, em cada caso concreto, a natureza da relação entre o profissional e a instituição para a correta atribuição de responsabilidade.

A distinção entre “erro médico” e “danos decorrentes da prestação de serviços de saúde” também foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em atendimento a pleito das entidades médicas, quando alterou a Tabela Processual Unificada do Poder Judiciário, substituindo a categoria “erro médico” por “danos materiais e/ou morais decorrentes da prestação de serviços de saúde” (Brasil. CFM, 2024). A alteração visou evitar a generalização e a estigmatização dos profissionais de saúde, reconhecendo que nem todos os danos aos pacientes resultam de condutas inadequadas dos médicos, mas podem decorrer de falhas decorrentes do sistema ou deficiências estruturais das instituições de saúde.

Em suma, as decisões do STJ têm sido fundamentais para estabelecer parâmetros claros na distinção entre “erro médico” e “danos decorrentes da prestação de serviços de saúde”. Ao reconhecer as diferentes esferas de responsabilidade – individual dos profissionais

e objetiva das instituições –, o tribunal contribui para uma aplicação mais justa e equilibrada da justiça, assegurando a proteção dos pacientes e a responsabilização adequada dos agentes envolvidos na prestação de serviços de saúde.

A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DE FALHAS ADVINDAS DAS INSTITUIÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O reconhecimento de que falhas advindas das instituições, do sistema, dos serviços de saúde (por ação ou omissão desses segmentos) e de outras pessoas que não o médico, torna-se elemento essencial para a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado à população.

A complexidade dos sistemas de saúde, especialmente em países com grande demanda e infraestrutura limitada, exige uma análise criteriosa das causas dos erros e das deficiências operacionais que impactam diretamente a segurança dos pacientes. Identificar e admitir essas falhas não apenas contribui para a redução da reincidência de ocorrências dessa natureza, mas também permite a implementação de estratégias eficazes de prevenção e mitigação dos danos, bem como promove maior confiabilidade nos serviços oferecidos (Carvalho, 2024).

A responsabilização das instituições de saúde por falhas estruturais é um avanço necessário no campo da gestão hospitalar e da regulação sanitária. Hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde desempenham papel central na prestação de serviços, e a eficiência dos serviços prestados por essas instituições depende de fatores como disponibilidade de insumos, capacitação profissional, protocolos de segurança e infraestrutura adequada. Quando há deficiência nesses aspectos, os profissionais que atuam nesses espaços enfrentam dificuldades para garantir um atendimento seguro e eficaz, o que pode resultar em prejuízos irreversíveis aos pacientes (Mendonça; Custódio, 2016). Dessa forma, a identificação dessas fragilidades institucionais

é fundamental para o aprimoramento do setor e para a redução da judicialização dos casos de danos no âmbito do atendimento médico e de saúde.

A adoção de uma abordagem proativa na identificação e correção de falhas no sistema de saúde também fortalece a confiança da sociedade nos serviços prestados. A transparência na comunicação de eventos adversos e a implementação de políticas voltadas à segurança do paciente demonstram o compromisso das instituições com a prestação de um atendimento de qualidade. Além disso, o reconhecimento da responsabilidade institucional permite que medidas corretivas sejam aplicadas de maneira mais eficaz, evitando que profissionais sejam responsabilizados isoladamente por problemas que decorrem de deficiências sistêmicas (Leite, 2017). Esse entendimento é essencial para que os gestores de saúde desenvolvam mecanismos de supervisão e controle capazes de prevenir a recorrência de falhas.

A atualização da gestão hospitalar e a capacitação contínua dos profissionais são estratégias fundamentais para minimizar os impactos das falhas institucionais na prestação dos serviços de saúde. Substituição do aparelhamento obsoleto por novos, investimentos em tecnologia, informatização dos prontuários médicos e ampliação das equipes multidisciplinares são algumas medidas que podem contribuir para um atendimento mais seguro e eficiente. Além disso, a criação de canais de controle e de avaliação da qualidade dos serviços prestados pode auxiliar na detecção precoce de problemas e na implementação de soluções eficazes (Gomes *et al.*, 2017). Assim, ao reconhecer a necessidade de aprimoramento contínuo, as instituições promovem um ambiente mais seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais da saúde. Cabral (2024) assinalou a importância do consentimento livre e esclarecido no âmbito da proteção da dignidade do paciente e na esfera da responsabilização civil do médico em que destaca a essencial função para a humanização do atendimento médico-hospitalar.

A obtenção adequada desse consentimento é fundamental para garantir que o paciente compreenda plenamente os riscos e

benefícios do tratamento, reduzindo sua vulnerabilidade diante dos procedimentos médicos. A pesquisadora enfatiza que a obrigação de informar não pode ser delegada a terceiros, devendo ser cumprida pelo próprio profissional responsável pelo atendimento. Além disso, a qualidade das informações fornecidas influencia diretamente a validade do consentimento, sendo necessário que o médico esclareça detalhadamente todas as opções terapêuticas, possíveis riscos e eventuais alternativas, garantindo que a decisão do paciente seja verdadeiramente consciente e informada.

Cabral (2024) explica que manter registros da documentação acerca do consentimento desempenha um papel crucial na defesa do profissional de saúde, sendo o registro adequado, seja no prontuário médico seja no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tem-se um elemento essencial para comprovar a transparência no processo informativo. A pesquisa também evidenciou que falhas na comunicação ou omissões no dever de informar podem levar à responsabilização civil do médico, principalmente, quando o paciente sofre danos decorrentes da ausência de esclarecimento adequado. Assim, conclui-se que o consentimento livre e esclarecido não deve ser tratado apenas como uma formalidade burocrática, mas como um instrumento para fortalecer a relação de confiança entre médico e paciente, que assegure uma prática ética e transparente no âmbito da Medicina, além de consistir importante prova pré-constituída, no caso de futura demanda judicial.

CONCLUSÕES

A distinção entre erro médico e falha na prestação do serviço de saúde também impacta diretamente a responsabilização dos agentes envolvidos. Enquanto a culpa médica exige comprovação de erro na conduta do profissional, a responsabilidade hospitalar pode ser objetiva, ou seja, independente da comprovação de culpa. Dessa forma, hospitais privados e instituições públicas podem ser responsabilizados

pelos danos causados aos pacientes quando há falha no serviço, como falta de equipamentos adequados, insuficiência de insumos ou demora no atendimento (Leite, 2017). Isso fortalece o entendimento de que nem toda falha no atendimento médico pode ser atribuída ao profissional individualmente, uma vez que ele pode estar atuando em um ambiente que não oferece as condições ideais para a realização do trabalho (Silva *et al.*, 2023). Essa perspectiva do STJ tem trazido maior clareza às decisões judiciais, permitindo que a responsabilização seja aplicada de forma mais coerente e evitando a injusta penalização de médicos que atuam em situações adversas.

Assim, a análise do erro médico na perspectiva do Superior Tribunal de Justiça revelou a importância da distinção entre a responsabilidade individual do profissional de saúde e as falhas sistêmicas na prestação dos serviços de saúde. O reconhecimento dessa diferenciação tem impacto direto na forma como os danos aos pacientes são avaliados, e garante que a responsabilização seja atribuída de maneira justa e coerente com as circunstâncias de cada caso. A jurisprudência do STJ tem consolidado a compreensão de que o erro médico, caracterizado por imprudência, negligência ou imperícia, deve ser tratado sob a ótica da culpa subjetiva do profissional, enquanto os danos decorrentes da prestação de serviços de saúde podem envolver a responsabilidade objetiva das instituições hospitalares e do poder público, sobretudo quando há falhas estruturais ou organizacionais.

Essa distinção tem promovido avanços significativos na segurança jurídica, tanto para os pacientes quanto para os profissionais da área da saúde. A separação entre erro médico e falha sistêmica permite que as vítimas de atendimentos inadequados obtenham reparação sem que a responsabilidade recaia exclusivamente sobre os médicos, especialmente, em situações as quais as deficiências institucionais tiveram papel determinante no dano sofrido. Além disso, a responsabilização das instituições de saúde reforça a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura, gestão eficiente e capacitação profissional, com vistas a minimizar a ocorrência de falhas e melhorar a qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, a evolução da jurisprudência do STJ sobre o erro médico e os danos decorrentes dos serviços de saúde representa um avanço essencial para o equilíbrio das relações na área da saúde. A correta atribuição de responsabilidades favorece um sistema mais transparente e eficiente, incentivando a adoção de medidas preventivas e fortalecendo a proteção dos direitos dos pacientes. O aprimoramento das normas e das práticas jurídicas nesse contexto contribui para um ambiente de maior segurança para todos os envolvidos e garante que tanto os profissionais de saúde quanto as instituições atuem de maneira ética e responsável na prestação dos serviços.

Importante aspecto tendente a reduzir os erros médicos é a formação continuada dos profissionais da saúde, que deve ser promovida por meio de cursos de aperfeiçoamento e atualização, pois a acelerada evolução dos recursos tecnológicos inerentes aos serviços de saúde, bem como a incorporação de novas técnicas exigem estudos constantes e atualização em busca de práticas mais humanas e eficazes.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. CFM, **Conselho Federal de Medicina**. CNJ elimina categoria “erro médico” do sistema de classificação de processos. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/justica-elimina-categoria-erro-medico-do-sistema-de-classificacao-de-processos-a-pedido-de-entidades-medicas?utm_source=chatgpt.com.

BRASIL, **Migalhas**.MG. STJ determina indenização de hospital a paciente por erro médico. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/417675/stj-determina-indenizacao-de-hospital-a-paciente-por-erro-medico>.

BRASIL. STJ, **Superior Tribunal de Justiça**. Hospital não tem que indenizar paciente por erro de médico sem vínculo com a entidade. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2016/2016-12-19_08-04_Hospital-nao-tem-que-indenizar-paciente-por-erro-de-medico-sem-vinculo-com-a-entidade.aspx?utm_source=chatgpt.com.

BRASIL. STJ, Superior Tribunal de Justiça. Informativo de Jurisprudência. **Informativo nº 666 de 27 de março de 2020**. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisas=JURIDICO&utm_source=chatgpt.com.

CARVALHO, Raul Abreu Cruz. A responsabilidade civil decorrente de erro médico: uma análise dos aspectos da reparação no Brasil. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 9, p. e5835- e5835, 2024.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. A responsabilidade civil no consentimento livre e esclarecido. **Revista IBERC**, v. 7, n. 3, p. 73-98, 2024.BRASIL.

DELDUQUE, Maria Célia *et al.* O erro médico nos tribunais: uma análise das decisões do Tribunal de Justiça da capital brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e220144pt, 2022.

GOMES, Talita Rodrigues *et al.* O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero- Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 72-85, 2017.

LEITE, Júlia Campos. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 11, 2017.

MENDONÇA, Vitor Silva; CUSTÓDIO, Eda Marconi. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. **Revista Bioética**, v. 24, p. 136-146, 2016.

MENDONÇA, Vitor Silva; CUSTÓDIO, Eda Marconi. O erro médico e o respeito às vítimas. **Boletim de Psicologia**, v. 66, n. 145, p. 123-134, 2016.

PEREIRA, Arnaldo Sergio Neris; PORTO, Celmo Celeno; ALMEIDA, Rogério José de. Erro médico e seu potencial Iatrogênico: Uma revisão sistemática. **Brazilian Applied Science Review**, v. 5, n. 1, p. 190-201, 2021.

SILVA, Josafá *et al.* A Judicialização no Erro Médico no Brasil: Uma Revisão Integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 12, p. 28787-28806, 2023.

CAPÍTULO 26



DISTÚRPIO DO SONO EM DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE IGUAÇU CAMPUS V DO 1º PERÍODO E 12º PERÍODO, ITAPERUNA-RJ.

Eduardo Luís Pereira da Silva⁷⁶

Luiz Alberto Martins de Castro⁷⁷

Maria Aparecida Rodrigues de Souza⁷⁸

1 - INTRODUÇÃO

O sono é crucial para a manutenção da vida, pois durante esse período os sistemas orgânicos entram em um estado de repouso ou reduzem significativamente suas atividades para evitar a exaustão. Durante a noite de sono, ocorrem processos de revitalização e recuperação, com o objetivo de compensar os gastos energéticos ocorridos durante o período de atividade (SEVERINO, 2023).

A falta de sono pode resultar em várias consequências na vida desses indivíduos, que enfrentam situações de estresse devido à carga acadêmica imposta pela universidade, o que pode afetar diretamente seu desempenho acadêmico, saúde mental, e aumentar o risco de suicídio, insônia, hipertensão arterial, dificuldades de atenção e memória, além de transtornos mentais como depressão e ansiedade (RIBEIRO, 2022).

Distúrbios são utilizados para descrever condições patológicas somáticas. A palavra “distúrbio”, etimologicamente, refere-se à

76 Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil (2013) SP. Professor do Curso da Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna E-mail: eduardo.UNIG@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3907915891630395>

77 Especialista em ginecologia e obstetrícia hospital São José do avai Professor do Curso da Medicina da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. E-mail: drluizalbertomc@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6675322813450590>

78 Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna. E-mail: cidinhalucas2003@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5280433853893625>

alteração da ordem das coisas, interrupção, e pode resultar em impacto no estilo de vida e na rotina. Um dos problemas que podem surgir, relacionados com um padrão de sono ineficaz, é a insônia.

Esta pode ser caracterizada pela dificuldade em iniciar ou manter o sono, resultando em um sono pouco reparador ou até mesmo em despertares noturnos frequentes (SEVERINO, 2023).

O sono é um estado inconsciente que envolve mecanismos comportamentais e fisiológicos, incluindo funções hormonais, neurais e psíquicas. Essa fase, crucial para a homeostase, é dividida em dois estágios principais: o sono com movimentos rápidos dos olhos (REM) e o sono de ondas lentas (NREM). Esses estágios podem ser subdivididos em cinco fases: I, II, III, IV, e V. A integração desse sistema complexo garante um sono de qualidade, que tem um impacto direto no equilíbrio neural natural, na facilitação do aprendizado e da memória, na cognição, na eliminação dos resíduos metabólicos produzidos pela atividade nervosa cerebral durante a vigília, e na conservação da energia metabólica (OLIVEIRA et al., 2023).

A Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (CITS) categoriza as alterações do sono em seis grupos distintos: insônia, distúrbios respiratórios do sono, hipersonias de origem central, distúrbios do ritmo circadiano, parassonias e distúrbios do movimento relacionados ao sono. Queixas comuns, como insônia e sonolência excessiva diurna, são frequentemente relatadas em maior frequência. Estudantes universitários muitas vezes enfrentam padrões de sono irregulares devido a mudanças nos horários, consumo de bebidas alcoólicas, energéticas e cafeína, o que pode ter um impacto negativo em sua saúde e bem-estar geral (SANTOS, 2019).

Dado que os distúrbios do sono acarretam diversas repercussões negativas, como perda de qualidade de vida, disfunção autonômica, redução do desempenho profissional ou acadêmico, aumento da incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigília, o entendimento dos cronotipos (matutino, vespertino, indiferente) pode auxiliar na compreensão e orientação dos estudantes quanto à adaptação de horários para

suas atividades sociais (estudo, trabalho e lazer), permitindo um melhor aproveitamento, desempenho e produtividade, além de promover a melhoria da qualidade de vida (VASCONCELLOS et al., 2020).

Considerando que os estudantes universitários são propensos a mudanças em seus padrões de sono devido à sobrecarga acadêmica, que pode impactar significativamente a qualidade de vida, este estudo pretende examinar a qualidade do sono de estudantes de medicina e elucidar os elementos dessa privação na saúde dos alunos (VILAR et al., 2019).

2 - MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa proposta é de natureza exploratória e descritiva, do tipo transversal quantitativa, e será conduzida por meio de um check-list com discentes de medicina da Universidade Nova Iguaçu, Campus V, abrangendo tanto alunos do 1º período quanto do 12º período. Os sujeitos da pesquisa serão alunos que frequentam a universidade selecionada e que concordaram em participar do estudo.

O procedimento de coleta de dados será realizado por meio de um questionário autoaplicado com supervisão do pesquisador. O questionário será elaborado e preenchido com o auxílio do Google Formulários. O questionário utilizado no presente estudo foi estruturado a partir dos questionários previamente publicados pelos autores; Índice da qualidade do sono de Pittsburgh adaptado em português. Maslach Burnout Inventory (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) e adaptado por Benevides-Pereira (2001). Este questionário consiste em 18 perguntas objetivas de múltipla escolha, abordando diversas percepções relacionadas ao sono dos participantes.

As questões abordarão aspectos como idade, horário de sono, presença de ronco ou pausas na respiração, tempo para dormir, uso de medicamentos para dormir, despertar durante a noite,

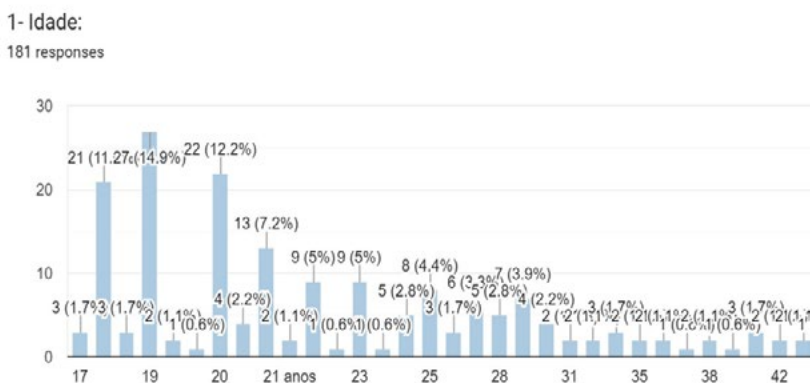
tempo acordado após despertar, horário de despertar, horas de sono em 24 horas, qualidade do sono, hábitos de consumo de álcool e tabaco, prática de atividade física regular, rotina antes de dormir, condições de saúde que possam afetar o sono, uso de medicamentos, consumo de cafeína e outros estimulantes, dificuldade em manter-se acordado durante o dia e níveis de estresse, preocupação e ansiedade.

As respostas às questões serão pontuadas separadamente, uma vez que ainda não é claro o peso de cada item no conjunto que compõe o questionário sobre a qualidade do sono dos estudantes de medicina. Esta abordagem permitirá uma análise mais detalhada e abrangente dos fatores que influenciam o sono dos participantes.

3 - RESULTADOS

Os gráficos apresentados a seguir ilustram os resultados obtidos por meio do formulário sobre distúrbios do sono, abordando questões que variam da 1ª à 18ª. É importante notar que a questão número 7 não possui gráfico, mas apresenta estatísticas relevantes: 80% dos discentes de medicina acordam às 7 horas da manhã, enquanto os outros 20% acordam às 6 horas da manhã. As perguntas do formulário contemplaram aspectos como idade, prática de atividade física, rotina diária e outros fatores relacionados à qualidade sono. E os resultados estão representados pelos gráficos a seguir

Gráfico 1. Pergunta 1. Dados sobre a idade dos participantes.



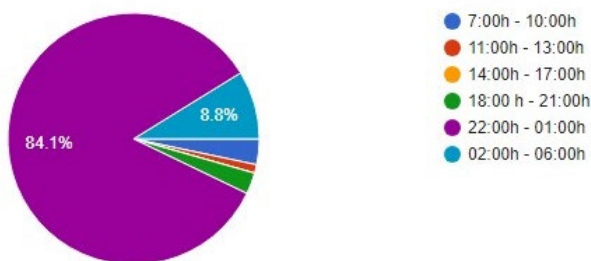
Fonte: Arquivo Pessoal.

Como pode ser apresentado nos gráficos acima, uma parcela significativa dos acadêmicos apresenta a idade jovem, o que geralmente estaria associado a uma boa qualidade de sono. No entanto, os resultados mostram que 11% dos discentes têm 18 anos, 15% têm 19 anos, e 12% têm 20 anos. Mesmo sendo relativamente jovens, muitos desses estudantes relatam dificuldades com a qualidade do sono, o que indica a presença de fatores que podem estar prejudicando seu descanso.

Gráfico 2. Pergunta 2. Dados em média, que horas o acadêmico dorme.

2- Em média, que horas você vai dormir?

182 respostas



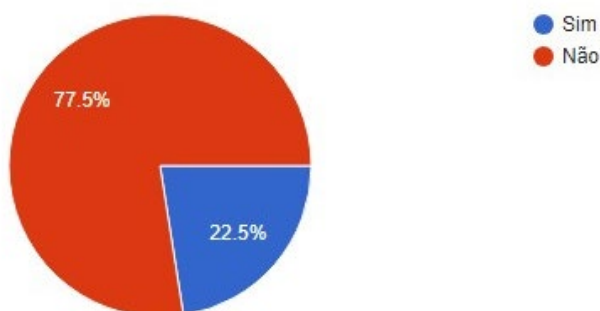
Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo gráfico apresentado acima, é possível perceber que a maior parte dos discentes de medicina dormem 84% às 22 ou 01 hora da manhã, e 9% dormem as 2 ou 6 da manhã, observa-se que a maioria se programa para descansar por noite 8 a 6 horas.

Gráfico 3. Pergunta 3. Dados sobre ronco alto ou pausas na respiração durante o sono.

3- Você tem algum ronco alto ou pausas na respiração durante o sono?

182 respostas



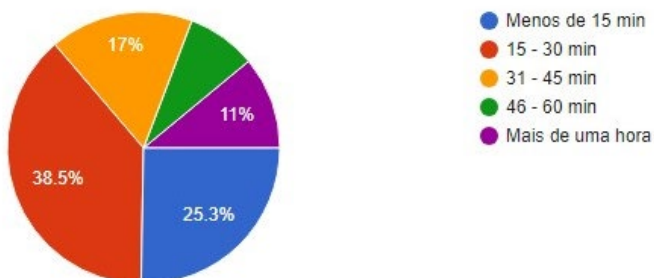
Fonte: Arquivo Pessoal.

Com o gráfico apresentado, é possível perceber que 22.5% dos estudantes roncam ou têm pausas na respiração durante o sono.

Gráfico 4. Pergunta 4. Quanto tempo demora a cair no sono quando está na cama.

4- Quanto tempo você acha que demora a cair no sono quando está na cama?

182 respostas



Fonte: Arquivo Pessoal.

Como pode perceber, 38.5% dos discentes pegam no sono entre 15 à 30 minutos, 25% menos de 15 minutos, 17% entre 31 à 45 minutos e 11% mais de 1 hora para dormir assim que se deita na cama.

Gráfico 5. Pergunta 5. Com que frequência você toma remédio para dormir.

5- Com que frequência você toma remédio para dormir?

182 respostas



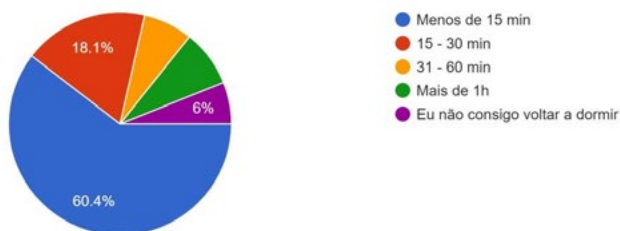
Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo gráfico é possível perceber que 59.9% dos estudantes não tomam remédio para dormir, e 26.9% raramente faz uso de medicamento.

Gráfico 6. Pergunta 6. Se você acordar no meio da noite, quanto tempo fica desperto.

6- Se você acordar no meio da noite, quanto tempo fica desperto?

182 responses



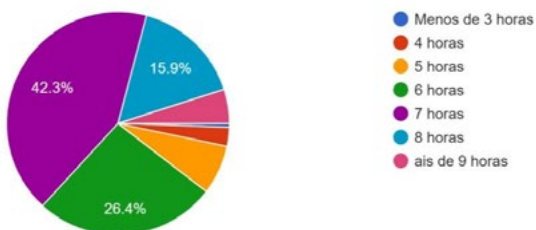
Fonte: Arquivo Pessoal

Pela exposição do gráfico pode-se perceber que 60% dos alunos analisados, demoram menos de 15 minutos para voltarem a dormir, e 18% cerca de 15 à 30 minutos, e apenas 6% não conseguem voltar a dormir.

Gráfico 8. Pergunta 8. Quantas horas (aproximadamente) de sono você tem em 24 horas.

8- Quantas horas (aproximadamente) de sono você tem em 24 horas?

182 responses



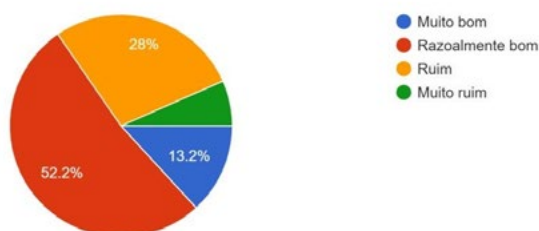
Fonte : Arquivo Pessoal.

Como se pode observar na apresentação do gráfico, as respostas dos discentes de medicina 42.3% dormem cerca de 7 horas, e 26.4% dormem em vota de 6 horas, e 15.9% dormem menos de 3 horas por dia.

Gráfico 9. Pergunta 9. Na sua opinião, como você classificaria a qualidade de seu sono.

9- Na sua opinião, como você classificaria a qualidade de seu sono?

182 responses



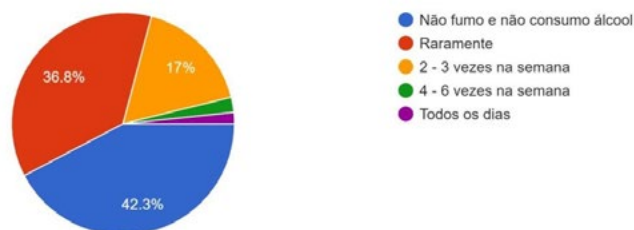
Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo que se pode perceber, na exposição do gráfico acima, a grande maioria dos estudantes de medicina classificam a qualidade do seu sono razoavelmente bom, e 28% ruim, e 13.2% muito bom.

Gráfico 10. Pergunta 10. Com que frequência você e/ou consome álcool em uma semana.

10- Com que frequência você fuma e/ou consome álcool em uma semana?

182 responses

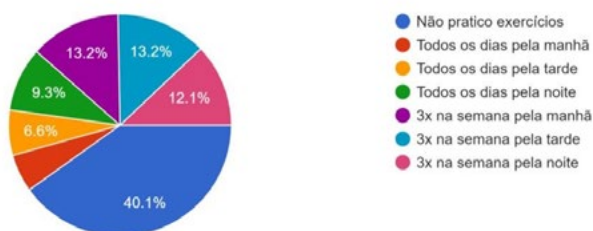


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo gráfico, o que se percebe é que 42.3% dos alunos de medicina não fuma e nem consome álcool, e 36.8% raramente faz uso, 17% faz uso 2 à 3 vezes na semana.

Gráfico 11. Pergunta 11. Você pratica atividade física regularmente?
Se sim, com que frequência e em qual horário.

11- Você pratica atividade física regularmente? Se sim, Com que frequência e em qual horário?
182 responses

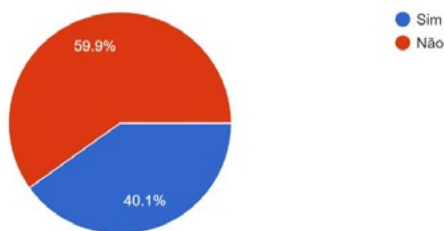


Fonte: Arquivo Pessoal.

Como se pode observar o gráfico, as respostas dos discentes estão bastante divididas e apenas 40.1% não praticam atividade física.

Gráfico 12. Pergunta 12. Você segue uma rotina antes de dormir.

12- Você segue uma rotina regular antes de dormir?
182 responses

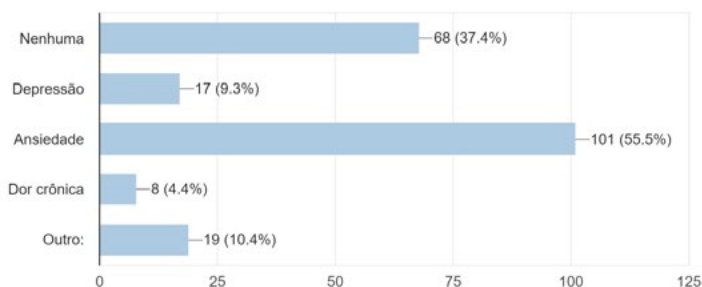


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pela exposição do gráfico pode-se perceber que 59.9% dos estudantes de medicina não têm uma rotina para dormir, e 40.1% conseguem organizar a sua rotina para dormir.

Gráfico 13. Pergunta 13. Você tem alguma condição de saúde subjacente que possa afetar o sono.

13- Você tem alguma condição de saúde subjacente que possa afetar o sono?
182 responses

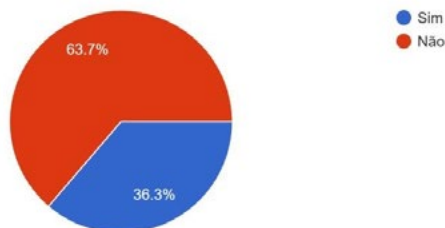


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo que se pode perceber, na exposição do gráfico acima, a grande maioria dos discentes de medicina 55.5% tem crise de ansiedade, e 37.4% não tem nenhuma condição de saúde, e 10.4% tem outras condições de saúde, e os 9.3% tem depressão, e os outros 4.4% sentem dor crônica.

Gráfico 14. Pergunta 14. Você está tomando algum medicamento.

14- Você está tomando algum medicamento?
182 responses

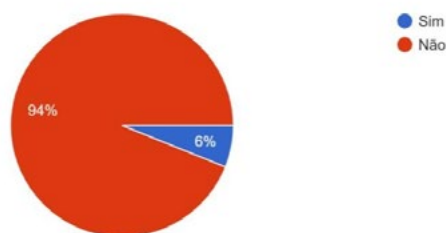


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo gráfico, o que percebe é que 63.7% dos alunos de medicina não tomam nenhum medicamento, e 36.3% fazem uso de medicamento.

Gráfico 15. Pergunta 15. Você foi diagnosticado com apneia do sono.

15- Você já foi diagnosticado com apneia do sono?
182 responses

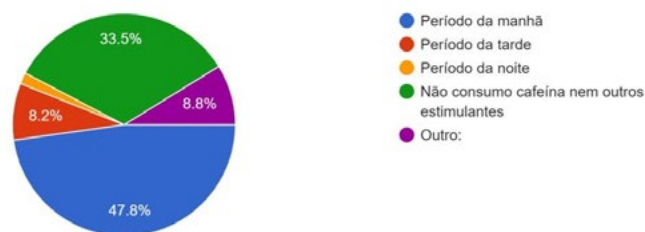


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelo gráfico, o que se percebe é que 94% dos discentes de medicina não tem apneia do sono, apenas 6% que foram diagnosticados com apneia do sono.

Gráfico 16. Pergunta 16. Com que frequência você consome cafeína ou outros estimulantes.

16- Com que frequência você consome cafeína ou outros estimulantes?
182 responses



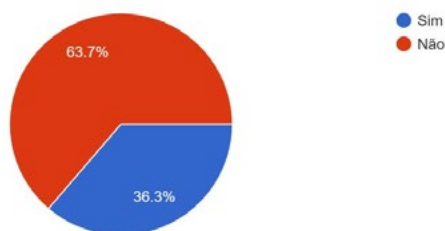
Fonte: Arquivo Pessoal.

Percebe-se, por meio da análise do gráfico, que os discentes de medicina analisados 47.8% fazem ingestão de cafeína ou outros estimulantes pelo período da manhã, e 33.5% não consome cafeína

nem outros estimulantes, 8.8% fazem uso de outros estimulantes, e os outros 8.2% pelo período da tarde faz uso de algum estimulante ou cafeína.

Gráfico 17. Pergunta 17. Você tem dificuldade para se manter acordado durante o dia.

17- Você tem dificuldade para se manter acordado durante o dia ?
182 respostas

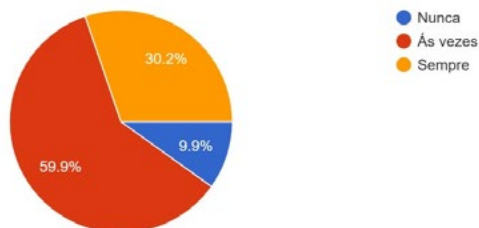


Fonte: Arquivo Pessoal.

Pelos dados apresentados no gráfico, é possível perceber que 63.7% dos estudantes de medicina não tem dificuldade de se manter acordado durante o dia, e 36.3% tem dificuldade em se manterem acordados durante o dia.

Gráfico 18. Pergunta 18. Com que frequência, tem dificuldade para adormecer porque está preocupado(a), estressado(a) ou ansioso(a).

18- Com que frequência, você tem dificuldade para adormecer porque está preocupado(a), estressado(a) ou ansioso(a)?
182 respostas



Fonte: Arquivo Pessoal.

Como se pode observar no gráfico, os alunos de medicina, no modo geral, 59.9% às vezes tem dificuldade pra dormir devido estar preocupado(a), estressado(a) ou ansioso(a), e 30.2% tem sempre dificuldade para adormecer, e apenas 9.9% não tem dificuldade nenhuma.

4 – DISCUSSÃO

A má qualidade do sono está diretamente relacionada a uma redução significativa na qualidade de vida. Estudos já demonstraram que o sono inadequado ou insuficiente pode impactar negativamente diversos aspectos da saúde física, mental e emocional, influenciando o desempenho acadêmico, o bem-estar geral e até mesmo a capacidade de lidar com o estresse diário. Diante disso, é evidente que intervenções voltadas para a melhoria da qualidade do sono podem trazer benefícios importantes para a qualidade de vida. Implementar práticas e hábitos que favoreçam um sono saudável pode não apenas melhorar o descanso, mas também promover ganhos na produtividade, humor e saúde geral (SANTOS, 2014).

A pesquisa teve como objetivo proporcionar aos acadêmicos de medicina o alívio das tensões decorrentes das atividades diárias e facilitar o processo de ensino-aprendizagem, trazendo benefícios tanto para o corpo quanto para a mente. Através de práticas voltadas para o equilíbrio e a coordenação, além do controle emocional, buscou-se aprimorar a qualidade de vida dos participantes, contribuindo para seu bem-estar físico e mental (AZEVEDO et al., 2022).

A melhora da qualidade do sono tende a proporcionar noites mais restauradoras, o que resulta em diversos benefícios para o corpo e a mente. Quando associada à prática regular de atividade física, esses efeitos podem ser potencializados, já que o exercício contribui para o aprimoramento de capacidades físicas, como a aptidão geral e a redução da frequência cardíaca em repouso. Além disso, a atividade física estimula a produção e liberação de hormônios importantes,

que também influenciam positivamente a qualidade do sono. Assim, a prática regular de exercícios traz inúmeros benefícios à saúde e ao bem-estar, melhorando tanto a condição física quanto a qualidade do sono dos praticantes (LAZAI et al., 2020).

A abordagem personalizada reconhece a importância de uma intervenção multifacetada, integrando diferentes modalidades terapêuticas para tratar os múltiplos aspectos da insônia. Isso pode incluir uma combinação de terapias cognitivo-comportamentais, intervenções farmacológicas, educação sobre higiene do sono, entre outras estratégias personalizadas, de modo a atender às necessidades específicas de cada paciente (BEZERRA et al., 2024).

A teoria da conservação de energia sugere que o aumento do gasto energético promovido pelo exercício durante a vigília eleva a necessidade de sono. Isso ocorre devido à função do sono em reduzir a taxa metabólica, quando comparado ao repouso em vigília, a fim de alcançar um balanço energético positivo (homeostase). Esse processo restaura uma condição adequada para o novo ciclo de vigília, aumentando a necessidade de sono e favorecendo a atividade anabólica do corpo (PEREIRA et al., 2018).

Mesmo uma noite com privação parcial de sono, o que é comum entre estudantes de medicina devido a estudos intensivos ou plantões noturnos, pode produzir diversos efeitos deletérios nas funções cognitivas. Estima-se que essa privação reduza o estado de alerta e atenção, além de impactar negativamente a atenção seletiva e a capacidade de concentração dos alunos. A privação crônica de sono também deve ser evitada, pois prejudica a função da memória de longo prazo. Por outro lado, estudantes que apresentam uma melhor qualidade de sono, aliada a bons hábitos antes de dormir, demonstram melhor desempenho acadêmico e menor esgotamento mental (SILVA e MUNIZ, 2022).

5 – CONCLUSÃO

A análise da qualidade do sono dos estudantes revelou resultados preocupantes. A maioria dos participantes avaliou sua qualidade de sono como razoavelmente ou ruim, o que indica um impacto significativo em seu bem-estar. Além disso, foi observado que a maioria dos estudantes não pratica atividade física regularmente, fator que pode estar contribuindo para essa baixa qualidade do sono, uma vez que a prática de exercícios físicos está associada a melhorias na regulação do sono e no bem-estar geral.

Outro ponto relevante é que todos os participantes são estudantes novos, o que pode sugerir que o processo de adaptação à vida acadêmica, somado às pressões e desafios dessa fase, está afetando negativamente seu descanso. O fato de dormirem, em média, entre 6 a 7 horas por noite também merece destaque, pois embora essa quantidade esteja próxima do mínimo recomendado, pode não ser suficiente para atender às demandas físicas e cognitivas impostas pelo ritmo acadêmico, especialmente considerando o estresse e a carga de estudos típicos dessa fase.

Esses fatores em conjunto — má qualidade do sono, falta de atividade física, adaptação à nova rotina e quantidade limitada de horas de sono — podem comprometer o desempenho acadêmico e a saúde mental desses estudantes a longo prazo. Intervenções voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, incluindo a incorporação de atividades físicas e uma educação voltada para a higiene do sono, seriam altamente recomendadas para melhorar tanto a qualidade do sono quanto o bem-estar geral.

6 – REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Yasmin Pererira; BOMFIM, Ana Clara Rubck; SOUZA, Caroline Cruvinel de; MACHADO, Gabriela Sandes; SANTOS, Livia Martins dos; LOPES, Matheus Rodrigues. A dança como instrumento de redução do estresse entre acadêmicos. **Revasf**, Pernambuco, v. 27, n. 12, p. 1-16, abr. 2022.

BEZERRA, Lucas Mainardo Rodrigues; QUINTINO, Bianca de Jesus; OLIVEIRA, Plínio Rocha; SILVA, Alvaro Fialho Oliveira Alencar da; MOREIRA, Paulo Henrique de Oliveira; TACÃO, Leticia Carvalho; ROCIO, Camila Cristina Coelho Soares; SOUSA, Elizeu Martins de. Bases fisiopatológicas e tratamento multidisciplinar da insônia: uma revisão bibliografica da literatura. **Recima21**, Parnaíba, v. 5, n. 3, p. 1-13, mar. 2024.

LAZAI, Eric; SILVA, Maicon José dos Santos; VIANA, Walter Augusto Felício; OLIVEIRA, Vivian; TERTULIANO, Ivan Wallan. Influência do exercicio aeróbico de instensidade moderada na qualidade do sono: uma revisão narrativa. **Cefe**, São Paulo -Sp, v. 18, n. 3, p. 1-9, dez. 2020.

PEREIRA, Thúlio Nilson do Nascimento; BRASILEIRA-SANTOS, Maria do Socorro; LIMA, Anna Mayrna Jaguaribe de. O treinamento aeróbico melhora o sono de estudantes universitários. **Consciente Saúde**, Recife, v. 17, n. 4, p. 1-20, 11 nov. 2018.

RIBEIRO, Victor Enabiek França. **Impacto da qualidade do sono nas escolhas alimentares de estudantes de nutrição em uma universidade pública**. 2022. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Sabti Antão, 2022.

SANTOS, Carla Adriana Ferreira dos. **Aspectos do sono e qualidade de vida de estudantes de fonoaudiologia**. 2019. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto-Se, 2019.

SANTOS, Mariana Alvina dos. **Efetividade de Intervenção Não-Farmacológica No Sono E Qualidade De Vida Relacionais da saúde de paciente com insuficiência cardíaca.** 2014. 188 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Doutor em Ciência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, João Victor Soares da; MUNIZ, Raissa Alves. **Avaliação da qualidade e efeitos do sono em estudantes de medicina.** 2022. 27 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, 2022.

SEVERINO, Leticia Seixas. **Distúrbio do sono em discentes de graduação do isblufam, no município de coari- am.** 2023. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, Coari- Am, 2023.

VASCONCELLOS, Luana Diniz Oliveira et al. **Avaliação do cronotipo associado à qualidade de sono e à sonolência diurna nos estudantes de medicina de uma faculdade de minas gerais: um estudo transversal.** Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 44-50, 2020.

VILAR, Aryele Tayná Silva et al. **Interferência da privação do sono na saúde de alunos de medicina de um centro universitário privado de maceió. In: jornada acadêmica do hospital universitário professor alberto antunes,** 4., 2019, Gepnews. IV JORNADA ACADÊMICA. Gepnews: Ebserh, 2019. p. 1-7.

CAPÍTULO 27



INCIDÊNCIA DE PÓLIPOS E CÂNCERES COLORRETAIS EM PACIENTES SINTOMÁTICOS, ACIMA E ABAIXO DE 50 ANOS DE IDADE, SUBMETIDOS A COLONOSCOPIA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 30 ANOS

*Quintino do Nascimento Cavichini*⁷⁹

*Thais Almeida Marques da Silva*⁸⁰

*Carlos Maurício de Figueiredo Antunes (in memoriam)*⁸¹

INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CCR) é um importante problema de saúde em todo o mundo, sendo o terceiro câncer mais comum e a segunda causa de morte por neoplasia maligna nos países do Ocidente (ASSIS, 2011; CASTELLS, 2015; FREITAS, 2013; GOMES, 2013; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016; MENEZES, 2016; SOARES, 2010).

Na Europa, este tumor maligno corresponde a 8% da prevalência total de câncer em ambos os gêneros e é a segunda causa de morte por câncer (SOARES, 2010; VON KARSA, 2013; ZWINK, 2017). Dados do

79 Mestre em Medicina pelo Programa de Pós-graduação e Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte MG. Professor de Clínica Cirúrgica III na Universidade Iguazu – Campus V – Itaperuna-RJ. Título de Especialista em Cirurgia Geral pelo CBC. Título de Especialista em Coloproctologia pela SBCP. Título de Especialização em Coloproctologia pela PUC-RJ. TSBCP. TCBC. E-mail: qncavichini57@gmail.com

80 Epidemiologista. Docente Pesquisadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina - Biomedicina da Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte. Mestre e Doutora em Parasitologia com ênfase em “Epidemiologia das Doenças Parasitárias” pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-doutorado em “Epidemiologia e Bioestatística” pela Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte.

81 Epidemiologista. Docente Pesquisador do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina - Biomedicina da Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte. Professor Associado do *Department of Epidemiology, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health*. Professor Titular aposentado do Departamento de Parasitologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutor em *Epidemiologia pela The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health*

Instituto Nacional do Câncer (INCA), referentes a 2006, mostram que a taxa de mortalidade do CCR, em nosso país, se encontrava entre uma das cinco maiores entre todos os tipos de neoplasias malignas, com taxa anual de aproximadamente seis óbitos a cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2013(a); BRASIL, 2013(b); BRASIL, 2010). Em 2018, foram estimados 36.360 casos novos de CCR no Brasil, sendo 17.380 em homens e 18.980 em mulheres, segundo o INCA (BRASIL, 2017). INCA fez estimativa que para o triênio 2023/2025, o Brasil deve registrar 45.630 novos casos de câncer colorretal por ano, sendo 23.660 em mulheres e 21.970 em homens (BRASIL, 2023).

Em indivíduos sintomáticos, o CCR é tratável e até mesmo curável, se for diagnosticado precocemente, ainda sem invasão local ou metástases.

A dificuldade em se fazer o diagnóstico precoce do CCR consiste principalmente no fato dos sintomas serem geralmente inespecíficos e de início insidioso, e a doença costuma estar em uma fase relativamente avançada quando consegue-se chegar ao diagnóstico, com pouca possibilidade de cura, o que contribui para uma alta taxa de mortalidade. Além disso, muitas vezes, os sinais e sintomas da enfermidade são ignorados pelos indivíduos, que postergam a procura médica para elucidação diagnóstica (BURT, 2013; FREITAS, 2013; GOMES, 2013; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016; SOARES, 2010).

Há medidas preventivas na tentativa de diminuir o risco de desenvolvimento de CCR como: mudança dos hábitos alimentares, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, consumir menos carnes vermelhas e processadas, manter o peso corporal e realizar atividade física regularmente.

Outros fatores que podem aumentar o risco de desenvolvimento do CCR são: idade acima de 50 anos, história familiar de CCR em parentes de primeiro grau, história pessoal de pólipos colorretais (PCR), história pregressa de câncer de ovário, útero ou mama (BATISTA, 2011; CASTELLS, 2015; FREITAS, 2013; GOMES, 2013; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016).

São também consideradas condições de risco para o desenvolvimento de CCR, as doenças inflamatórias intestinais (DII), como retocolite ulcerativa crônica (RCU) e doença de Crohn (DC); bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (*Familial Adenomatous Polyposis - FAP*) e câncer colorretal hereditário sem polipose (*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer - HNPCC*) (BURT, 2013; FREITAS, 2013; GOMES, 2013; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016).

A colonoscopia, que a princípio era considerada um procedimento, invasivo, agressivo e arriscado, com pouca aceitação por pacientes sintomáticos, tornou-se o procedimento “padrão-ouro” para examinar o reto, cólon e íleo-terminal, pois permite a visualização de todos esses segmentos de alças intestinais (CAPELHUCHNIK, 2009).

Além disso, a colonoscopia pode ser intervencionista, pois pode realizar biopsias, polipectomias, hemostasia de lesões hemorrágicas, mucosectomia, dilatação de estenose, colocação de endopróteses, descompressão colônica nos casos de dilatação aguda e tatuagem de lesões, seja para investigação endoscópica futura ou para demarcar a lesão a ser identificada durante procedimentos cirúrgicos. Uma das mais importantes contribuições da colonoscopia é o diagnóstico de PCR, que são os precursores do CCR, e através de polipectomias e mucosectomias, reduzir a incidência do CCR, ao impedir a evolução dos pólipos para câncer, além de possibilitar o diagnóstico precoce do CCR (CAPELHUCHNIK, 2009; GOMES, 2013).

Atualmente, a colonoscopia, tornou-se um exame com melhor aceitação entre os pacientes sintomáticos, que tem a necessidade de avaliação dos cólons, reto e do íleo terminal, mas ainda causa certa apreensão. A desvantagem desse exame é ser invasivo, necessitar de limpeza intestinal satisfatória, sedação é necessária, há risco de sangramento durante ou após o exame, assim como de perfuração colônica, e apesar dessas intercorrências terem uma incidência pequena, elas existem. Essas complicações e intercorrências tornam o procedimento pouco atrativo para os indivíduos assintomáticos com indicação de rastreio do CCR que, às vezes, argumentam se não

há um exame menos invasivo para iniciar o rastreamento (BATISTA, 2011; BRASIL, 2010; BURT, 2013; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2016; CASTELLS, 2015; CASTRO, 2013; FORMIGA, 2009; GOMES, 2013; KNUDSEN, 2016; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016; NAHAS, 2005; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2014; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2016; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2008; VON KARSA, 2013; ZWINK, 2017).

Em indivíduos assintomáticos, o diagnóstico de PCR ou CCR pode ser feito através de programas de rastreamento, o que também contribui para diminuir a morbi- mortalidade (ASSIS, 2011; BURT, 2013; CASTELLS, 2015; FREITAS, 2013; GOMES, 2013; LIEBERMAN, 2010; LIEBERMAN, 2016; MENEZES, 2016; SOARES, 2010).

Os programas de rastreamento podem ser realizados através de métodos não invasivos, como *gFOBT* (*guaiac fecal occult blood test* = sangue oculto nas fezes com guaiaco), *FIT* (*fecal immunochemical test* = teste imunoquímico fecal), *sDNA-FIT* (*the multitarget stool DNA test with fecal immunochemical test* = teste de DNA multialvo para fezes com teste imunoquímico fecal) e métodos invasivos como a colonoscopia, *FSIG* (*flexible sigmoidoscopy* = sigmoidoscopia flexível), *FSIG* com *FIT*, e teste de visualização como a *CTC* (*computed tomographic colonography* = colonografia tomográfica computadorizada ou colonoscopia virtual) (ASSOCIATION OF EUROPEAN CANCER LEAGUES, 2018; BÉNARD, 2018; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2016; COLORECTAL SCREENING IN EUROPE, 2019; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2021).

Neste contexto, acredita-se que descrever a frequência de diagnósticos endoscópicos, especialmente CCR e PCR, em pacientes sintomáticos, e verificar se existe diferença significativa em pacientes acima e abaixo de 50 anos de idade, submetidos a colonoscopias em 30 anos (1986 a 2015), poderá contribuir para o melhor conhecimento dos grupos mais susceptíveis a determinadas enfermidades e assim sugerir melhores estratégias de rastreio. Levando em consideração os sintomas, a faixa etária e os exames invasivos e/ou não invasivos.

MATERIAL E MÉTODOS

Dados registrados em prontuários físicos de colonoscopias realizadas, no Hospital São José do Avaí, Clínica São Camilo de Lélis e Hospital das Clínicas (antiga Casa de Saúde e Maternidade Santa Terezinha), em Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, durante 30 anos, entre 22/03/1986 a 15/12/2015, foram analisados. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Todas as colonoscopias foram realizadas em pacientes sintomáticos. Não houve inclusão de indivíduos assintomáticos no estudo, ou que estavam sendo submetidos a rastreamento para o CCR. Todos os exames colonoscópicos, descritos neste estudo, foram realizados por apenas um médico (autor) para evitar o viés da interpretação conflitante de diagnóstico endoscópico, que pode ocorrer, quando o exame é realizado por vários médicos distintos.

Neste estudo optou-se por dividir os indivíduos submetidos a colonoscopia em três grupos de acordo com a idade: acima e abaixo de 50 anos e o somatório desses grupos. Isto porque a idade acima de 50 anos representa um potencial fator de risco para desenvolver o CCR.

A avaliação dos dados foi realizada utilizando o software SPSS, versão 20.0. Foi feita uma análise descritiva dos dados e para avaliar a diferença entre proporções dos dois grupos (maior ou menor que 50 anos) foi utilizado o teste do qui- quadrado ou teste exato de Fisher, seguindo os pressupostos recomendados paracada um destes testes. Para estes testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%. Dessa forma, foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas, cujo valor p foi inferior a 0,05.

RESULTADOS

Um total de 2.584 exames colonoscópicos foram realizados em 2.527 pacientes, de 22/03/1986 a 15/12/2015, sendo que 1.674 colonoscopias (64,78%) foram feitas em 1.638 pacientes com idade

acima de 50 anos e 889 pacientes com idade inferior a 50 anos, foram submetidos a 910 exames (35,22%), conforme descritos na TAB. 1.

A idade dos pacientes submetidos a colonoscopia variou de 04 a 98 anos, sendo divididos em um grupo de 04 a 49 anos e outro grupo de 50 a 98 anos.

Tabela 1: Colonoscopias, pacientes e gênero dos participantes da pesquisa

	Acima de 50 anos	Abaixo de 50 anos	Total
Total de colonoscopias	1674 (64,78%)	910 (35,22%)	2584
Total de pacientes	1638 (64,82%)	889 (35,18%)	2527
2 colonoscopias	32 pacientes	18 pacientes	50 pacientes
3 colonoscopias	2 pacientes	3 pacientes	5 pacientes
Feminino	1122 (68,50%)	568 (63,90%)	1690 (66,88%)
Masculino	516 (31,50%)	321 (36,10%)	837 (33,12%)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao sexo dos pacientes submetidos ao exame colonoscópico, havia 1.690 mulheres (66,88%), maior frequência que os homens, que corresponderam a apenas 33,12% dos examinados. Nas mulheres o exame foi mais frequente em ambos os grupos, sendo 68,50% no grupo acima de 50 anos e 63,90% no outro grupo.

Um total de 50 pacientes foram submetidos ao exame por duas vezes e cinco indivíduos a três colonoscopias, durante o período do estudo. No grupo acima de 50 anos, 32 pacientes foram submetidos a dois exames colonoscópicos e 2 pacientes tiveram que fazer o exame 3 vezes. Já no grupo com menos de 50 anos, houve 18 pacientes que tiveram que fazer o exame duas vezes e 3 fizeram o exame 3 vezes (TAB. 1).

Quando iniciamos a realização de colonoscopias, os exames foram realizados através de internação hospitalar, sendo posteriormente utilizado o regime ambulatorial (day clinic) para limpeza do intestino grosso. Nos prontuários não havia registro do tipo de internação hospitalar utilizada.

Tabela 2: Tipos de colonoscópios, colonoscopias completas e incompletas, diagnósticos prévios e endoscópicos. Quantidade de colonoscopias a cada cinco anos.

Variáveis	Acima de 50 anos		Abaixo de 50 anos		Total	%	Valor p
	n	%	n	%			
Colonoscópios*							
Fujinon CF LB II (1986 a 1990)	48	2,87	72	7,91	120	4,64	<0,001
Fujinon CF 100 L (1991 a 1994)	192	11,47	179	19,67	371	14,36	
Fujinon CF 100 LR (1995 a 2011)	1136	67,86	549	60,33	1685	65,21	
Pentax EPK 1000 (2012 a 2015)	298	17,8	110	12,09	408	15,79	
Colonoscopia*							
Completa	1150	68,7	613	67,36	1763	68,23	0,486
Incompleta	524	31,3	297	32,64	821	31,77	
Diagnóstico Prévio**							
G II ... Tumores colorretais	193	31,43	31	12,6	224	26,05	<0,001
G III Pólipos colorretais	138	22,47	52	21,14	190	22,09	
G IV ... Doença diverticular dos cólons	183	29,81	8	3,25	191	22,21	
G V ... Doença intestinal inflamatória	32	5,21	106	13,09	138	16,05	
G VI Diversos	68	11,8	49	19,92	117	13,60	
Diagnóstico Endoscópico***							

G I ... Normal	548	27,65	440	45,84	988	33,59	
G II ... Tumores colorretais	139	7,01	26	2,70	165	5,61	
G III ... Pólipos colorretais	165	8,32	61	6,35	226	7,68	
G IV ... Doença diverticular dos cólons	729	36,79	55	5,73	784	26,65	<0,001
G V ... Doença intestinal inflamatória	52	2,62	152	15,84	204	6,93	
G VI ... Diversos	349	17,61	226	23,54	575	19,54	
Quantidade de colonoscopias de acordo com os anos*							
1986 a 1990	48	2,87	72	7,91	120	4,64	
1991 a 1995	203	12,13	191	20,99	394	15,25	
1996 a 2000	283	16,91	149	16,37	432	16,72	
							0,236
2001 a 2005	368	21,98	201	22,09	569	22,02	
2006 a 2010	416	24,85	167	18,35	583	22,56	
2011 a 2015	356	21,26	130	14,29	486	18,81	

*n = 1674 acima de 50 anos e n = 910 abaixo de 50 anos

**n = 614 acima de 50 anos e n = 276 abaixo de 50 anos

***n = 1982 acima de 50 anos e n = 960 abaixo de 50 anos

§: % após 30 anos Fonte:Dados Do trabalho

Na TAB. 2 é possível visualizar os modelos de colonoscópios utilizados e os períodos em que foram usados durante os 30 anos. A proporção dos tipos de colonoscópios utilizados nos pacientes com mais de 50 anos é diferente daqueles com menos de 50 anos ($p < 0,001$). Os modelos Fujinon CF LB II e CF 100L apresentam maior proporção para pacientes com menos de 50 anos e os demais modelos, maior proporção para pacientes com mais de 50 anos.

Pode-se verificar também na TAB. 2, se a colonoscopia foi completa ou incompleta, os diagnósticos prévios que os examinados já tinham, os diagnósticos endoscópicos observados durante o exame colonoscópico e a quantidade de colonoscopias realizadas de 5 em 5 anos.

A proporção de colonoscopias completas para ambos os grupos foi aproximadamente 68%, sendo semelhante nos dois grupos de idade ($p=0,486$).

Colonoscopias incompletas foram mais frequentes no início do uso dos aparelhos, devido a pouca intimidade com o exame e preparo do cólon insatisfatório. A dificuldade técnica foi a causa mais frequente da colonoscopia incompleta, em torno de 28% em ambos os grupos de pacientes, $p=0,782$.

A colonoscopia incompleta devido a doença diverticular dos cólons com sub-estenose e preparo intestinal insatisfatório apresentam maior proporção no grupo de pacientes com mais de 50 anos, $p < 0,001$ e $p = 0,0213$, respectivamente. Já devido ao reto comprometido há maior proporção para aqueles com menos de 50 anos. ($p < 0,001$).

As demais causas apresentam frequência muito baixa e, portanto, comprometem a análise estatística.

Existe associação significativa do diagnóstico prévio e a faixa de idade ($p < 0,001$). Maior proporção de diagnóstico de tumores malignos colorretais e doença diverticular dos cólons para pacientes com mais de 50 anos e maior proporção de diagnósticos de doença intestinal inflamatória para pacientes com menos de 50 anos.

Em relação ao resultado da colonoscopia, houve maior proporção de resultados normais para aqueles com menos de 50 anos (45,84%) e 27,65% para aqueles com mais de 50 anos ($p < 0,001$).

Na TAB. 3 é possível identificar quais as causas mais frequentes da não complementação das colonoscopias. Também é possível visualizar as queixas mais frequentes relatadas pelos pacientes.

Tabela 3: Relação das colonoscopias incompletas e das queixas mais comuns Acima e abaixo de 50 anos de idade

Variáveis	Acima de 50 anos		Acima de 50 anos		Valor p
	n	%	n	%	
Colonoscopias incompletas*					
Dificuldade técnica	147	28,05	86	28,96	0,7827

Doença diverticular dos cólons com sub-estenose	122	7,29	5	0,55	<0,001
Preparo insatisfatório	57	3,41	18	1,98	0,0213
Reto comprometido	36	2,15	64	7,03	<0,001
TU retal com sub-estenose	28	1,67	8	0,88	0,0747
TU sigmoide com sub-estenose	22	1,31	4	0,44	0,0249
Diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa	13	0,78	66	7,25	<0,001
Sub-estenose de anastomose co- lorretal	13	0,78	0	0,00	0,0062
TU cólon descendente com sub- estenose	12	0,72	4	0,44	0,3474
Sangue no lúmen do cólon	8	0,48	4	0,44	0,8364
Diagnóstico prévio de pólipos de sigmoide	7	0,42	2	0,22	0,3810
Diagnóstico prévio de pólipos retais	6	0,36	9	0,99	0,0526
Queixas**				%	Valor p
Dor abdominal	889	%53,11	455	50,00	0,1311
Alteração de hábitos intestinais	821	49,04	420	46,15	0,1601
Enterorragia	641	38,29	355	39,01	0,7196
Mucorréia	385	23,00	179	19,67	0,0501
Sensação de evacuação incom- pleta	149	8,90	59	6,48	0,0309
Constipação intestinal crônica	142	8,48	45	4,95	<0,001
Emagrecimento	113	6,75	118	12,97	<0,001
Diarréia mucopiossangüinolenta	59	3,52	120	13,19	<0,001
Sangue oculto nas fezes positivo	48	2,87	7	0,77	<0,001
Anemia	32	1,91	10	1,10	0,1186
Urgência fecal	22	1,31	6	0,66	0,1245
Distensão abdominal + defesa	10	0,60	10	1,10	0,1646
Diarréia	9	0,54	19	2,09	<0,001

Nota: Teste Qui-quadrado/Fisher

* n = 524 acima de 50 anos, n = 297
abaixo de 50 anos

** n = 1674 acima de 50 anos e n =
910 abaixo de 50 anos

Fonte: Dados do trabalho

As queixas mais comuns foram dor abdominal, alteração de hábitos intestinais e enterorragia. Todas com proporção semelhante em ambos os grupos. Mucorréia apresenta maior frequência para o grupo com mais de 50 anos ($p=0,050$), assim como sensação de evacuação incompleta ($p=0,030$), constipação intestinal crônica e sangue oculto nas fezes positivo ($p<0,001$). Emagrecimento, diarréia mucopiossanguinolenta e diarréia apresentam maior proporção para pacientes com menos de 50 anos ($p<0,001$).

Após a análise das enfermidades diagnosticadas endoscopicamente, evidenciamos que, em pacientes sintomáticos, acima e abaixo dos 50 anos de idade, os exames normais (33,59%) e a doença diverticular dos cólons (26,65%) foram os diagnósticos mais encontrados, seguidas pelo diagnóstico de enfermidades diversas (19,54%), pólipos do cólon e do reto (7,68%), doença intestinal inflamatória (6,93%) e finalmente os tumores malignos colorretais (5,61%), ou seja, as neoplasias malignas do cólon e do reto ocuparam o último lugar em 2.942 diagnósticos colonoscópicos. Quando agrupamos as neoplasias benignas e malignas colorretais, observamos um percentil de 13,29%, ficando acima apenas das doenças intestinais inflamatórias.

Ao avaliarmos os 1982 diagnósticos colonoscópicos dos pacientes acima de 50 anos de idade, observamos que a doença diverticular dos cólons foi diagnosticada em 36,79% dos casos, a seguir vem os diagnósticos de exames normais com 27,65%, diagnósticos diversos foram encontrados em 17,61%, pólipos colônicos e do reto foram observados em 8,32%, tumores malignos colorretais em 7,01% ocupando o 5º lugar entre os diagnósticos endoscópicos e doença intestinal inflamatória foi diagnosticada em 2,62% dos exames. O percentil do somatório do grupo II (tumores malignos colorretais) e grupo III (pólipos do cólon e do reto) nos pacientes acima de 50 anos foi de 15,33%.

Nos 960 diagnósticos endoscópicos observados nos pacientes sintomáticos abaixo de 50 anos, a proporcionalidade em ordem decrescente, foi a seguinte: (1) normal = 45,84%; (2) diversos = 23,54%;

(3) doença intestinal inflamatória = 15,84%;(4) pólipos colônicos e do reto = 6,35%; (5) doença diverticular dos cólons = 5,73% e (6) tumores malignos colorretais = 2,70%. O somatório dos grupos II e III em pacientes abaixo de 50 anos de idade foi 9,05%.

Portanto, em qualquer um dos grupos estudados, a incidência de diagnósticos colonoscópicos de pólipos e tumores malignos do cólon e reto, em pacientes sintomáticos, não foi significativa.

DISCUSSÃO

No presente estudo ressalta-se o número de laudos de colonoscopia analisados (2584), bem como o extenso período de coleta dos dados desses exames (30 anos). Optamos por avaliar os pacientes em três grupos: pacientes acima e abaixo de 50 anos de idade e a somatória desses dois grupos.

Com relação ao gênero dos participantes constatamos em nosso estudo que tanto no grupo com mais de 50 anos, quanto no grupo com menos de 50 anos, havia mais mulheres que homens, bem como na somatória dos dois grupos.

Formiga *et al* (2009) em estudo, realizado no Departamento de Cirurgia da Irmandade e da Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, citaram que no período de março a junho de 2009 foram submetidos a exame colonoscópico 170 pacientes. Havia 96 indivíduos do sexo feminino (56,47%) e 74 do sexo masculino(43,53%), o que corrobora nosso estudo, demonstrando que as mulheres fazem mais colonoscopia que os homens.

Em outro estudo realizado entre junho/2008 a maio/2009 no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte foram analisadas 504 colonoscopias, 67% foram em mulheres e 33% em homens (Oliveira *et al.* 2010).

Batista *et al* (2011) fizeram um estudo retrospectivo, revisando 493 laudos de colonoscopias realizadas em pacientes ambulatoriais e internados no Hospital Heliópolis, em São Paulo, entre janeiro de 2009

e março de 2010. Os pacientes analisados pelos autores, possuíam a idade variando entre 04 a 98 anos, semelhante aos nossos achados e havia 54% de pacientes femininos e 46% masculinos, demonstrando novamente que as mulheres realizam mais frequentemente a colonoscopia. Entretanto, discordando de nossos achados, no trabalho de Creuz *et al.* 2016, houve predominância dos homens (58,43%) ao invés de mulheres (41.5%) numa análise que levou em consideração 652 laudos de exames colonoscópicos.

Apesar da colonoscopia ser um exame com alta sensibilidade, resultados falso-negativos podem ocorrer, sendo que a não complementação do exame por dificuldade técnica é um dos principais fatores para que este fato ocorra. Além disso, a impossibilidade anatômica de visibilizar o ceco, preparo intestinal insatisfatório ou técnica e treinamento inapropriados, são outros fatores que podem contribuir para que o exame não seja completo de acordo com o estudo de Gorski *et al* (1999) (*apud* NAHAS, 2005).

Batista *et al* (2011) reportou que existem fatores que podem levar a uma maior dificuldade na realização e complementação das colonoscopias: biótipo longilíneo, mulheres (pelve larga e maior comprimento dos cólons), idosos (maior risco de depressão respiratória), lesões obstrutivas, estenoses, aderências pós-operatórias, moléstia diverticular, preparo insatisfatório do cólon e comorbidades.

Nahas *et al* (2005) relataram que, em sua pesquisa, o exame foi incompleto em 181 doentes, ou seja, 7,05% dos casos. As causas para a não complementação do exame foram: lesão intransponível (82 casos, 45,30%), preparo inadequado (45 casos, 24,86%), dor (34 casos, 18,80%), dificuldade técnica (9 casos, 4,97%), alteração do padrão respiratório do paciente (6 casos, 3,31%) e alteração do nível de consciência (5 casos, 2,76%).

Formiga *et al* (2009) não citaram em seu estudo a porcentagem de colonoscopias completas e incompletas, porém relataram que o preparo intestinal foi excelente ou bom em 65,88% dos casos e regular ou ruim em 34,12% e que “a qualidade do preparo intestinal

e a realização de procedimento endoscópico” são fatores diretamente relacionados a morbidade do exame de colonoscopia.

As colonoscopias foram completas em 445 pacientes (88%) e incompletas em 59 exames (12%), no estudo de Oliveira *et al* (2010). As causas para a não complementação dos exames foram o preparo intestinal deficiente (27 casos), dificuldade técnica (14 casos), tumor (11 casos) e estenose (7 casos).

Batista *et al* (2011) relataram que o exame colonoscópico foi completo em 75,70%, enquanto 24,30% dos exames não progrediram até ceco ou íleo terminal. Esses autores definiram também, a partir de que local no intestino grosso a progressão do aparelho terminou. Não fizemos isto em nosso estudo, apenas determinamos se o exame foi completo ou não.

Em todos os grupos avaliados (acima ou abaixo de 50 anos, ou na somatória dos grupos), a proporção de exames incompletos foi superior a 30%, maior que nos trabalhos de Batista *et al* (2011), Oliveira *et al* (2010) e Nahas *et al* (2005) em que esta proporção foi 24,30%, 12% e 7,05% respectivamente. Observamos em nosso estudo, que nos pacientes acima de 50 anos de idade, a dificuldade técnica foi responsável por 28,06% da não complementação dos exames, seguido pela DDC com sub-estenose (23,28%), preparo intestinal insatisfatório (10,88%), reto comprometido (6,88%) e câncer retal com sub-estenose (5,35%). Nos indivíduos na faixa etária abaixo dos 50 anos, a dificuldade técnica continuou sendo a maior responsável pelas colonoscopias incompletas com 29,00%, diagnóstico prévio de RCU (22,20%) foi a segunda causa, após essas vieram o reto comprometido (21,60%), preparo intestinal insatisfatório (6,10%) e diagnóstico prévio de pólipos retal (3,00%).

As duas queixas principais para indicação de colonoscopia, de nosso estudo, foram dor abdominal e alteração de hábitos intestinais, em todos os grupos analisados e sem diferença estatística entre menores e maiores que 50 anos de idade. No estudo de Nahas *et al* (2005) a alteração de hábito intestinal, também ocupou o segundo lugar na classificação.

No estudo de Formiga *et al* (2009), a alteração de hábitos intestinais ocupou a terceira colocação juntamente com os CCR. Já no estudo de Batista *et al* (2011) as indicações mais frequentes foram: (i) “seguimento oncológico” que corresponde aos pacientes em pós-operatório de cirurgia por CCR que fizeram o exame de rotina, enquanto a indicação “elevação do antígeno carcinoembrionário (CEA)” diz respeito aos pacientes em pós-operatório de cirurgia por CCR que apresentaram suspeita de recidiva da doença e (ii) “sangramento digestivo”, em que agrupou as situações de sangue oculto positivo, enterorragia, hemorragia digestiva alta e baixa e sangramento retal.

As dez principais indicações de colonoscopia, no estudo de Oliveira *et al* (2010) foram “sangramento baixo” (13%), “controle de neoplasia operada” (12%), dor abdominal (7%), sangue oculto positivo (6%), história familiar (6%), controle de doença inflamatória (6%), alteração de hábito intestinal (6%), anemia (6%), controle de pólipos (4%), diarreia (4%). Os autores relataram que colonoscopia para rastreamento do CCR foi realizada em 1% dos casos.

No total de 652 colonoscopias citadas por Creuz *et al* (2016), as cinco principais indicações para a colonoscopia foram outras indicações (17,6 %), sendo que não houve especificação destas indicações; alteração do hábito intestinal (15,8%); hemorragia digestiva baixa (enterorragia, hematoquezia, melena e sangramento retal) (15,2%); dor abdominal (9,8%) e seguimento pós-polipectomia (8,4%). Os autores relataram também que em 6,9% dos casos, o exame foi realizado para “screening” de CCR. Observaram que a hemorragia digestiva baixa apresentou maior prevalência nos pacientes com menos de 50 anos com um total de 20,58% e a alteração do hábito intestinal foi mais frequente nos pacientes com mais de 50 anos de idade, ocorrendo em 16,9% dos casos. Esses dados corroboram com os nossos, porém sem significância estatística entre a comparação dos grupos acima e abaixo de 50 anos de idade.

Com relação aos diagnósticos prévios que os pacientes citavam e os diagnósticos endoscópicos que observamos, em nossa análise, houve associação significativa entre esses diagnósticos e a faixa de

idade. Quanto ao diagnóstico prévio citado, houve maior proporção de tumores malignos do cólon e reto, e doença diverticular dos cólons em pacientes com mais de 50 anos e maior proporção de diagnósticos de doença intestinal inflamatória para pacientes em menos de 50 anos. Esses resultados demonstram o que já é bem estabelecido na literatura, que pacientes com mais de 50 anos normalmente têm enfermidades mais preocupantes, já que apresentam maior proporção de tumores em estágio mais avançados, em comparação com pacientes mais jovens. Já os pacientes mais jovens apresentaram maior proporção de doença intestinal inflamatória, que pode indicar um fator de risco prévio para CCR, ou seja, os mais jovens ainda não têm os tumores malignos, mas possuem chances de evoluir para o diagnóstico de CCR se não tratados e orientados adequadamente.

Em relação aos diagnósticos endoscópicos observados no presente estudo, houve maior proporção de resultados normais para aqueles com menos de 50 anos, indicando que indivíduos mais idosos (mais de 50 anos) são os que normalmente apresentam alterações neste exame. Sendo assim, sugere-se que não é necessário iniciar o rastreamento do CCR com métodos invasivos como colonoscopia (que pode ocasionar complicações importantes, especialmente em indivíduos mais jovens (menos de 50 anos), fato corroborado em alguns estudos (ASSOCIATION OF EUROPEAN CANCER LEAGUES, 2018; BÉNARD, 2018; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2016; COLORECTAL SCREENING IN EUROPE, 2019; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2021) e que exames não invasivos devem ser indicados e realizados antes da colonoscopia, após a comprovação de que o FIT esteja positivo.

QUADRO 1 - Diagnósticos colonoscópicos, comparação entre autores

Autor	Idade	Sinto- mas	Normal	CCR	PCR	DDC	DII	Outras (**)
Nahas <i>et al</i> 1984 a 2002 (2567 laudos)	-	Sim	1089 (42,42%)	262 (10,21%)	397 (15,47%)	330 (12,86%)	305 (11,88%)	177 (6,89%)

Batista <i>et al</i> 01/2009 a 03/2010 (493 laudos)	18 a 94 anos	Sim / Não (*)	- (52,70%)	- (17,40%)	- (14,80%)	- (15,60%)	- -	- -
Cavichini (2942 diag- nósticos) (2584 exames)	04 a 98 anos	Sim	988 (33,59%)	165 (5,61%)	226 (7,68%)	784 (26,65%)	204 (6,93%)	575 (19,54%)
Creuz <i>et al</i> 01/2003 a 02/2014 (652 laudos)	20 a > 70 anos	Sim / Não	214 (32,80%)	31 (4,80%)	216 (33,10%)	120 (18,40%)	17 (2,60%)	53 (8,12%)
Formiga <i>et al</i> 03/2009 a 06/2009 (170 pacientes)	mé- dia de 60,16 anos	Sim / Não	61 (36,53%)	22 (13,17%)	45 (26,95%)	16 (9,58%)	- -	23 (13,77%)

(*) apesar do relato de que os exames foram realizados em indivíduos sintomáticos, nas indicações de colonoscopias observamos que rastreamento do CCR foi citado em 6,3% dos casos.
(**) outras doenças

Em Itálico: resultados do presente estudo. Fonte: elaborado pelo autor.

No Quadro 1, estão descritos os diagnósticos colonoscópicos que observamos em nosso estudo comparados com outros trabalhos publicados. Algumas “adaptações” foram realizadas a fim de facilitar a comparação desses resultados. A finalidade desta comparação foi avaliarmos descritivamente a proporção de cada diagnóstico, independentemente do tempo de avaliação e do número de casos relatados por cada autor.

Em nosso estudo, observamos que nos pacientes acima de 50 anos de idade a ordem decrescente do resultado dos exames colonoscópicos foram: (1) DDC (36,79%); (2) exames normais (27,65%); (3) outras

doenças (17,61%); (4) PCR (8,32%); (5) CCR (7,01%); (6) DII (2,62%). Nos pacientes com menos de 50 anos, os diagnósticos colonoscópicos foram distribuídos na seguinte ordem (1) exames normais (45,84%); (2) outras doenças (23,54%); (3) DII (15,84%); (4) PCR (6,35%); (5) DDC (5,73%); (6) CCR (2,70%). Os diagnósticos dos exames endoscópicos após a somatória dos dois grupos foi: (1) exames normais (33,59%); (2) DDC (26,65%); (3) outras doenças (19,54%); (4) PCR (7,68%); (5) DII (6,93%); (6) CCR (5,61%).

Em seu artigo, Nahas *et al.* (2005) não dividiram os pacientes em acima e abaixo de 50 anos de idade, apresentando apenas o total de diagnósticos colonoscópicos. Citaram que o exame foi normal em 1.089 casos (42,42%); seguido pelo diagnóstico de PCR, observado em 397 casos (15,47%); a DDC foi o terceiro diagnóstico mais encontrado com 330 casos (12,86%). DII foi o diagnóstico em 305 casos (11,88%). CCR foram diagnosticados em 262 casos (10,21%). Os autores observaram outros diagnósticos em 19 casos (0,74%). Além desses diagnósticos, citaram também colite / retite em 72 casos (2,80%); 21 diagnósticos de estenose (0,82%); megacólon foi o diagnóstico em 10 casos (0,39%), nove casos de angiodisplasia (0,35%); melanose em seis casos (0,23%); três diagnósticos de lipoma (0,12%); três casos de compressão extrínseca (0,12%), um caso de hemangioma (0,04%). Os autores não inseriram a polipose adenomatosa (24 casos – 0,93%) e a polipose juvenil (nove casos – 0,35%) no grupo de pólipos colorretais. Nahas, S. C. *et al.* (2005) relataram que preparo inadequado ocorreu em sete casos (0,27%), o que dificultou o diagnóstico endoscópico.

Formiga *et al.* (2009) citaram que nos pacientes de seu estudo, houve 61 exames colonoscópicos normais (36,53%); 45 diagnósticos de PCR (26,95%); CCR foram diagnosticados em 22 pacientes (13,17%); DDC foi diagnosticada em 16 casos (9,58%). Relataram, separadamente, estenose de anastomose ou secundária a DII (sete casos = 4,19%), inflamação em oito casos (4,79%) e outros diagnósticos (angiodisplasia, lipoma e úlcera solitária) em oito casos (4,79%). Não houve relato de diagnóstico de DII neste estudo. Os autores não referiram o grupo etário em que os diagnósticos foram feitos.

Oliveira *et al* (2010) não associaram os diagnósticos colonoscópicos com a idade dos pacientes. Os achados colonoscópicos dos autores foram pólipos (28%), exame normal (26%), doença diverticular dos cólons (24%), tumor (7%), colite (6%). No estudo retrospectivo realizado por Batista *et al.*, após revisão de 493 laudos de colonoscopias realizadas em pacientes com idade entre 18 e 94 anos, citaram que os exames foram normais em 52,7% dos pacientes, e que apresentavam uma ou mais alterações em 47,3% dos casos. Houve diagnóstico de CCR (17,4%), DDC (15,6%), PCR (14,8%), Úlceras foram diagnosticadas em 3,9% e angiodisplasia em 0,4% dos casos. Em 77,91% dos cânceres e 67,18% dos pólipos, essas neoplasias estavam no reto e cólon esquerdo. Diagnóstico de DII não foi relatado.

De acordo com relato de Creuz *et al* (2016), nos pacientes acima de 50 anos de idade os diagnósticos foram normais em 22,9% dos casos, assim como em 50,0% dos pacientes com menos de 50. Na soma dos dois grupos, os diagnósticos normais, foram observados em 32,8% do total dos exames. CCR foram diagnosticados em 4,8% dos 652 exames, em 4,8% dos pacientes acima de 50 anos e em 4,6% dos exames em pacientes abaixo desta faixa etária. A prevalência de CCR foi maior nos pacientes sintomáticos com idade superior a 50 anos. A localização mais frequente dos cânceres foi no sigmoide com 8,4% e no reto com 8,1%. Os autores citaram que pólipos colorretais neoplásicos e não neoplásicos, foram diagnosticados em 33,1% dos casos. DDC foi diagnosticada em 18,4%, do total de exames realizados, sendo que em 22,1% nos pacientes acima de 50 anos de idade e em 6,70% em pacientes com menos de 50 anos. Outros diagnósticos encontrados corresponderam a 8,2% do total de exames. As DII ocuparam o último lugar sendo diagnosticadas em 2,6% do total de casos, sendo, que em 3,80% foi em pacientes com menos de 50 anos e em 1,20% nos com mais de 50. A RCU foi diagnosticada em 2,1% e a DC em 0,5%.

Entre os estudos descritos, os únicos que fizeram uma análise relacionando o diagnóstico colonoscópico com a faixa etária dos pacientes, sintomáticos, estudados (acima e abaixo de 50 anos) foi o nosso e o de Creuz *et al* (2016).

Petroianu *et al* (2009) estudaram 153 indivíduos, assintomáticos, que foram submetidos a colonoscopia, de abril de 2000 a maio de 2006 para rastreamento de afecções colorretais. Alterações colonoscópicas foram diagnosticadas em 99 indivíduos (64,28%). Em 34 indivíduos, foram encontradas mais de uma alteração no exame. PCR foram diagnosticados em 59 pacientes (38,5%). Incidência maior de PCR ocorreu nos indivíduos acima de 50 anos, quando comparada com os de idade inferior ($p = 0,018$). DDC foi diagnosticada em 28,10% do total de indivíduos. Reação inflamatória inespecífica do cólon ocorreu em 9,80% dos indivíduos. Em quatro mulheres (2,61%) houve diagnóstico de melanose colônica e alterações vasculares do tipo angiodisplasia ocorreram em outros 12 indivíduos (7,84%). Ileíte reacional inflamatória não foi observada neste estudo. Lesões adenocarcinomas também não foram diagnosticadas. Portanto, apesar de ser uma casuística pequena de indivíduos assintomáticos rastreados, nenhum tumor maligno colorretal foi diagnosticado.

Ao compararmos os diagnósticos colonoscópicos, em pacientes sintomáticos e indivíduos assintomáticos, de alguns autores, observamos que a prevalência de exames normais variou de 26% no estudo de Oliveira *et al* (2010) a 52,70% no estudo de Batista *et al* (2011). Nos nossos dados encontramos 33,59% de exames normais. O diagnóstico de CCR variou de 4,80% no estudo de Creuz *et al* (2016) a 17,40% no Batista *et al* (2011), em nosso estudo houve diagnóstico de CCR em 5,61%. PCR teve menor prevalência de diagnósticos em nosso estudo, equivalentes a 7,68%, e a maior porcentagem de diagnósticos foi 38,50% nos exames de Petroianu *et al* (2009). A DDC teve prevalência variando de 9,58% [Formiga *et al* (2009)] a 28,10% [Petroianu *et al* (2009)], em nosso estudo a prevalência foi de 26,65%. Doença intestinal inflamatória teve menor prevalência, equivalendo a 2,60% [Creuz *et al* (2016)] e a maior foi 11,88% [Nahas *et al.* (2005)], tendo sido diagnosticada em 6,93% dos exames de nosso estudo. Outras doenças foram diagnosticadas em 6,89% por Nahas *et al.* (2005) e em 19,54% dos diagnósticos de nosso estudo.

Com relação ao rastreamento do CCR, em indivíduos assintomáticos, com risco médio de desenvolver esta neoplasia maligna colorretal, acreditamos ser uma conduta muito importante, pois ajuda a diagnosticar os PCR, erradicá-los e impedir a sua evolução para CCR, e assim diminuir a incidência e a taxa de mortalidade desses cânceres. Métodos invasivos e não invasivos podem ser indicados para se iniciar o rastreamento do CCR, e observamos que há algumas controvérsias, por exemplo com que idade deve-se iniciar e terminar o rastreio, e qual método que deve ser utilizado para iniciar o programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Guideline for Colorectal Cancer Screening [online]*. 2018. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/colorectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html> Acesso em 19/10/2018.

ASSIS, Roseane Valéria Bicalho Ferreira. Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais. *GED gastroenterol. endosc.dig*, v. 30, n. 2, p. 62-74, 2011. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2011/v30n2/a2916.pdf> Acesso em 10/03/2018.

ASSOCIATION OF EUROPEAN CANCER LEAGUES. *Easy Guide to Cancer Screening in Europe. Lay version of the Cancer Screening in the EU report. December 2018*. Disponível em <https://www.cancer.eu/wp-content/uploads/ECL-Screening-Guide-2018.pdf> Acesso em 12/04/2025

BATISTA, Rodrigo Rocha *et al.* Indicações de colonoscopia versus achado de pólipos e neoplasias colorretais. *Rev Bras Coloproct*, v. 31, n. 1, p. 64-70, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n1/v31n1a09.pdf> Acesso em 21/08/2018.

BAXTER, Nancy N.; GOLDWASSER, Meredith A.; PASZAT, Lawrence F. *et al.* *Association of Colonoscopy and Death From Colorectal Cancer. American College of Physicians*, v. 150, n. 1, p.1-8, 2009. Disponível em <http://annals.org/aim/article-abstract/744171> Acesso em 24/05/2018.

BÉNARD, F. *et al.* *Systematic review of colorectal cancer screening guidelines for average-risk adults: Summarizing the current global recommendations. World J Gastroenterol* 2018 January 7; 24(1): 124-138. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29358889/> Acesso em 12/04/2025

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde PNS[online]. 2013(a). Disponível em

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm> Acesso em 22/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – INCA – SBCP. Cartilha de Prevenção do Câncer Colorretal. Câncer de Intestino [online]. 2013(b). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/prevencao_cancer_colorretal_cancer_intestino.pdf Acesso em 14/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil [online]. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> Acesso em 22/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil [online]. Rio de Janeiro: INCA, 2019 (a) . Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em 17/07/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil [online]. Rio de Janeiro: INCA, 2019 (a). Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-> Acesso em 12/04/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Outubro Rosa – 2014. Câncer de mama: é preciso falar disso [online]. 2019. Disponível em <https://www.inca.gov.br/campanhas/outubro-rosa/2014/cancer-de-mama-e-preciso-falar-disso> Acesso em 14/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Primária, n. 29. Rastreamento Brasília DF, 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf Acesso em 08/07/2018.

BRASIL. Prefeitura de São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 9, 2017: Rastreamento de Câncer colorretal. São Paulo, 2017. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CC.pdf Acesso em 22/12/2019

BURT, Randall W. *et al. Colorectal Cancer Screening Clinical Practice Guidelines in Oncology*. JNCCN - Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 11, n. 12, p. 1538 – 1575, 2013. Disponível em <http://www.jnccn.org/content/11/12/1538.full.pdf+html> Acesso em 03/09/2017.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE CTFPHC. *Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care*. CMAJ, v. 188, n. 5 p. 340-348, 2016. Disponível em <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/188/5/340.full.pdf> Acesso em 21/10/2018.

CAPELHUCHNIK, Peretz. Colonoscopia: passado, presente e futuro. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, v. 54, n. 3, p. 134-135, 2009. Disponível em http://fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2009/54_3/vlm54n3_9.pdf. Acesso em 19/03/2017.

CASTELLS, Antoni. *Choosing the optimal method in programmatic colorectal cancer screening: current evidence and controversies*. Ther Adv Gastroenterol, v. 8, n. 4, p. 221– 233, 2015 Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480573/pdf/10.1177_1756283X15578610.pdf Acesso em 23/06/2018.

CASTRO, Georgina *et al. Outpatient Colonoscopy Complications in the CDC's Colorectal Cancer Screening Demonstration Program. A Prospective Analysis*. Cancer, v. 119, n. 15, p. 2849-2854, 2013. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.28159>. Acesso em 08/07/2018

CAVICHINI, Q. N. Estudo retrospectivo de 30 anos: frequência de pólipos e cânceres colorretais em pacientes sintomáticos, acima e abaixo de 50 anos de idade, submetidos a colonoscopia por diferentes aparelhos. *30-year retrospective study: frequency of polyps and colorectal cancers in symptomatic patients, over and under 50 years of age, undergoing colonoscopy with different devices*. Orientador: Prof. Dr. Carlos Mauricio Figueiredo Antunes. Coorientadora: Profa. Dr^a. Thais Almeida M. da Silva. 2020. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação e Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2020.

COLORECTAL SCREENING IN EUROPE. *Saving Lives & Saving Money. Digestive Cancers Europe*. Disponível em <https://www.digestivecancers.eu/wp-content/uploads/2020/02/466-DiCEWhitePaper2019.pdf> Acesso em 12/04/2025

COSER, Roger Beltrati *et al.* Complicações em colonoscopia: experiência uni- institucional com 8968 pacientes. *Colonoscopy complications: experience with 8968 consecutive patients in a single institution*. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n4/0100-6991-rcbc-45-04-e1858.pdf>. Acesso em 23/12/2019

CREUZ, Débora *et al.* Análise comparativa das indicações e achados colonoscópicos em pacientes menores e maiores de 50 anos. *Arq. Catarin Med*, v. 45, n. 1, p. 37-47, 2016. Disponível em <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/60/83> Acesso em 24/07/2018.

FINNEY RUTTEN, Lila J. *et al.* *Early Adoption of a Multitarget Stool DNA Test for Colorectal Cancer Screening*. 2017. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619617301155> Acesso em 23/12/2019

FORMIGA, Fernanda Bellotti *et al.* Colonoscopia: Morbidade Negligenciada. *Rev bras Coloproct.*, v. 29, n. 3, p. 345 – 350, Julho/

Setembro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v29n3/a08v29n3> Acesso em 08/07/2018.

FREITAS, Bianca Rosa Viana. Pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método imunoquímico: comparação com os achados da colonoscopia na detecção de adenomas avançados e do câncer colorretal. 2013. 81 f. Tese (Mestrado em Ciências - Área de Concentração em Clínica Médica) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas, SP, 2013. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/310798> Acesso em 27/07/2018.

GOMES, Clara Isis Maria Ribeiro *et al.* Estudo sobre a acurácia da colonoscopia na detecção do câncer colorretal. *Rev Med Minas Gerais*, v. 23, n. 3, p. 307-310, 2013. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/213> Acesso em 21/08/2018.

KATSOULA, A. *et al.* *Diagnostic Accuracy of Fecal Immunochemical Test in Patients at Increased Risk for Colorectal Cancer. A Meta-analysis.* *JAMA Intern Med*, v. 177, n. 8, p. 1110-1118, 2017. Disponível <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28628706/> Acesso em 11/08/2018.

KNUDSEN, A.B. *et al.* *Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies. Modeling Study for the US Preventive Services Task Force.* *JAMA*, v. 315, n. 23, 2595-2609, Jun, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=27305518> Acesso em 23/06/2018.

LIEBERMAN, David *et al.* *Screening for Colorectal Cancer and Evolving Issues for Physicians and Patients.* *JAMA*, v. 316, n. 20, p. 22-29, 2016.

LIEBERMAN, David. *Progress and Challenges in Colorectal Cancer Screening and Surveillance.* *Gastroenterology*, v. 138, p. 2115-2126,

2010. Disponível em [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(10\)00178-2/pdf](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(10)00178-2/pdf) Acesso em 03/09/2017.

MENEZES, Camila Costa Santos de *et al.* Câncer colorretal na População Brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 2, p. 172-179, 2016. Disponível em <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4261/pdf> Acesso em 18/07/2018.

NAHAS, Sergio Carlos *et al.* Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do Intestino grosso: análise de 2.567 exames. *Arq Gastroenterol*, v. 42, n. 2, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ag/v42n2/a03v42n2.pdf> Acesso em 01/11/2018.

OLIVEIRA, Rodrigo Guimarães *et al.* Análise Retrospectiva de 504 colonoscopias realizadas no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(2):175-182. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a08.pdf> Acesso em 23/12/2019

PETROIANU, Andy *et al.* Achados colonoscópicos em pessoas sem quadro clínico de doença colorretal. *Arq. Gastroenterol*, v. 46, n. 3, p. 173 – 178, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032009000300006 Acesso em 19/03/2018.

PICKHARDT, Perry J. *et al.* *Colorectal Cancer. CT Colonography and Colonoscopy for Detection: Systematic Review and Meta-Analysis.* *Radiology*, v. 259, n. 2, 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079122/pdf/101887.pdf> Acesso em 04/01/2019.

SARASTE, Deborah *et al.* *Complications after colonoscopy and surgery in a population- based colorectal cancer screening programme.* *Journal of Medical Screening*, v. 23, n. 3, 2016. Disponível em <http://journals.>

sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969141315625701?journalCode=msca
Acesso em 08/07/2018.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force [online].* 2014. Disponível em <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf> Acesso em 02/08/2018.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). *Final Recommendation Statement: Colorectal Cancer: Screening.* U.S. Preventive Services Task Force [online]. 2016. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/colorectal-cancer-screening2> Acesso em 22/10/2018.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). *Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement.* *Ann Intern Med*, v. 149, n.9, p. 627-637, 2008. Disponível em <http://annals.org/aim/fullarticle/743535/screening-colorectal-cancer-u-s-preventive-services-task-force-recommendation> Acesso em 09/11/2018.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Screening for colorectal cancer. Recommendation Statement.* *JAMA* May 18, 2021 Volume 325, Number 19. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779985> Acesso em 12/04/2025 VON

KARSA, L. *et al.* *European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full. Supplement publication.* *Endoscopy*, v. 45, n. 1, p. 51-59, 2013. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4482205/pdf/nihms701694.pdf> Acesso em 23/10/2018.

ZWINK, Nadine *et al.* *Complication Rates in Colonoscopy Screening for Cancer. A Prospective Cohort Study of Complications Arising During the Procedure and in the Ensuing Four Weeks.* *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 114, p. 321–327, 2017. Disponível em <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=188338> Acesso em 08/07/2018.

CAPÍTULO 28



PAULO FREIRE, CÉLESTIN FREINET, THEODOR ADORNO E BELL HOOKS INCORPORADOS NO ENSINO DE MEDICINA

*Eduardo Silva Aglio Junior*⁸²

*Táís Sepúlveda da Cruz*⁸³

*Luiza Maria Pereira*⁸⁴

*“As pessoas que nos ensinam algo retêm um lugar particularmente vívido em nossas memórias”
(Maggie O’Farrell)*

UMA PEDAGOGIA DE ATIVIDADE, COOPERAÇÃO E REFLEXÃO NA FORMAÇÃO DE NOVOS MÉDICOS

Até aqui, o que foi pontuado acerca da formação médica tem relação direta com sociedade na qual vivemos e às suas demandas. Não há mais tanto espaço para profissionais engessados e distantes de seus pacientes. O movimento é exatamente o de se tornar a relação médico-paciente mais humana e integralizadora.

O médico profissional que o século XXI exige é aquele que busca instrumentalizar-se para desenvolver as habilidades relacionais, comunicacionais e que tenham abordagens mais didáticas, mais pedagógicas com seus pacientes, tratando-os com o devido respeito e reconhecendo que eles não são as suas doenças e que precisam e

82 Médico Intensivista, Professor Universitário nas disciplinas de Farmacologia II e Semiologia II na Universidade Iguaçu-Campus V.

E-mail: eduardoaglio@hotmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8190462832083657>

83 Especialista em Hematologia, Hemoterapia e Clínica Médica. Pós Graduada em Docência do Ensino Superior. Professora Universitária nas disciplinas de Hematologia e Semiologia na Universidade Iguaçu-Campus V.

E-mail: taisddacruz@gmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8642403790525870>

84 Graduada em Medicina, Universidade Iguaçu, Vínculo: EST. PESQUISADORA VOLUNTÁRIA, Enquadramento funcional: EST. PEQUISADORA VOLUTÁRIA

E-mail: luiza-m-p@hotmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7005920823785882>

merecem fazer parte de todo o contexto médico: do diagnóstico às investigações, da possibilidade de cura à necessidade de se conhecer e aplicar os Cuidados Paliativos, do completo retabecimento ao processo digno da morte e um fim de vida tranquilo e indolor.

É, portanto, sob essa visão que se torna necessário que os graduandos em Medicina e/ou outros cursos da área da saúde sejam englobados ativamente em seus processos formativos: o exemplo da formação será, mais tarde, incorporado em suas práticas profissionais. Esse é um processo de se rever as metodologias de ensino da área da Medicina e demais cursos da área da saúde que podem se valer de pesadores como Paulo Freire, Célestin Freinet, Theodor Adorno e Bell Hooks, estabelecendo-se olhares mais amplos e que se baseiem em três pilares.

O primeiro deriva de Paulo Freire e tem relação com a participação ativa do educando em sua formação. O segundo pilar, evoca Célestin Freinet e passa pela inserção direta do alunado em meios formativos voltado para a realidade profissional, aliados a Adorno, que traz a necessidade de desenvolver o senso crítico e as tomadas de decisão e reflexão a partir de seu meio e suas demandas.

Por fim, Bell Hooks traz a sua noção de entusiasmo e de mudança completa de paradigmas acerca do processo de ensinar e, conseqüentemente, de aprender, propondo uma liberdade e uma construção coletiva nessa atividade, de modo que representa exatamente a virada metodológica pela qual os cursos de Medicina precisam passar.

Quando esse trabalho se propôs, a partir da observação informal, refletir o que um professor conseguia perceber e como poderia melhorar a sua relação com a formação de futuros profissionais, o viés de uma nova metodologia de ensino se apresentava como único caminho.

Evocar um dos maiores pensadores da Educação no Brasil, Paulo Freire, é considerar que é possível a construção de saberes e de aplicações de seu método de forma adaptada para que possamos contribuir para a formação de uma classe médica menos elitista, menos imersa em um patamar divino, de curadores, e aproximá-lo de seus

pacientes, de toda a sociedade que, mais dia, menos dia, estará diante de muitos desses profissionais em busca de cura ou de paliativos, mas, sobretudo, a fim de garantir tratamentos humanizados, justos e dignos às suas condições e que prezem pela sua autonomia e qualidade de vida.

Ouvir o que Paulo Freire tem a dizer e trazer a sua base para o ensino médico é lembrar e corroborar o que Junqueira e Kovács (2008) já haviam assinalado: o modelo ideal de Educação para a Morte, plenamente formativo precisa englobar as bases teóricas e práticas associadas, gerando debates, críticas e reflexões, de modo que uma ruptura de paradigma não se dá instantaneamente, sendo gradual.

Aqui, o exercício parte da mudança de pensamento dos professores a partir de autoreflexões e autocríticas, de modo que passe a considerar que “o educador já não seria o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 2016 b, p. 23).

Essa nova forma de se perceber, já tão amplamente difundida em cursos de licenciatura, é e que se tornará o diferencial dos professores-formadores de novos médicos, e que será reverberada em sua forma de trabalho para, então, resultar em profissionais formados com novos olhares.

A seguir, cada um dos pensadores que foram escolhidos para a elaboração dessa proposta metodológica será apresentado e analisado para, só então, ser descrita a proposta de trabalho mais imersiva, mais crítica e mais questionadora.

PROPOSTAS DE MUDANÇAS CURRICULARES: O CONVITE DE PAULO FREIRE

Ao trabalhar com uma proposta de mudanças curriculares para a formação da educação médica é fundamental se considerar o docente como um mediador da aprendizagem.

Aos moldes do que Freire aponta, tem-se que “a questão da formação docente ao lado da reflexão sobre a prática educativo-pregressista em favor da autonomia do ser dos educandos [...] através da análise de saberes fundamentais” (Freire, 2016, p.15) conduz para uma autonomia e uma preparação para as tomadas de decisão no âmbito de vida e, também, profissional.

O papel do professor de medicina precisa ser encarado como o de um agente de transformação e formação e, utilizando referenciais teóricos de Paulo Freire, fazendo do ato de formar um momento de despertar as habiidade e capacitar para o desenvolvimento do pensamento crítico, é possível ampliar as estratégias metodológicas.

Nesse sentido, o pensador brasileiro, em sua Pedagogia da Autonomia (2016), quando levanta a necessidade de se trabalhar a ética, pode ser conntextualizado às práticas médicas e ao movimento de se enxergar os pacientes como sujeitos-agentes, pois, quando se apresenta uma postura puramete técnica, reduz-se esse paciente à sua doença e à necessidade única da cura. É nesse ponto que a ética, pela ótica de Freire, é resgatada: para o educador, a ética é contrária a tudo aquilo que subjulga e diminui o outro.

Ao trazer Paulo Freire para o ensino médico, relembra-se os elementos básicos e intrínsecos ao papel do professor no exercício de sua função como agente transformador e construtor de saberes, que é baseado na valorização do pensamento crítico, fundamentado nas Ciências, sem desviar-se, no entanto, dos valores éticos, do respeito aos sujeitos e aos seus direitos e às análises conjunturais conscientes e coerentes.

Com esses elementos, o professor formará, pelo exemplo, futuros profissinais semelhantes e capazes de ter o discernimento necessário para se estabelecer uma relação amigável, sólida e de confiança com os seus futuros pacientes, em uma atuação mais condizente com a sociedade contemporânea, com um atendimento integralizador, revolucionário e humanizado.

Em linhas gerais, as bases do pensamento freiriano que podem ser adotadas nas metodologias de ensino médico conseguem ser traduzidas em um esquema simples:

Esquema 1 – Pensamentos freirianos incorporados ao ensino de medicina



Fonte – próprio autor em anotações de estudos

A adoção de Freire como teórico norteador das metodologias de ensino na Medicina e, em especial, pensando em uma Educação para a Morte, se sustenta no fato de que, pelo viés da Pedagogia da Autonomia, prioriza-se a construção de saberes de forma estimulante, crítica e, naturalmente, revolucionária e libertária, já que ajudará diretamente na quebra dos tabus relacionados à morte, ao processo de morrer e, também, aos Cuidados Paliativos.

Do ponto de vista da mudança da percepção de si, o professor dos cursos de medicina precisa se posicionar como um analista de seu tempo e também como um rebelde e um revolucionário, já que

A rebeldia é o ponto de partida indispensável, é deflagração da justa ira, mas não é suficiente. A rebeldia enquanto denúncia precisa se alongar até uma posição mais radical e crítica, a revolucionária. A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho (Freire, 2016, p.76-77).

É um convite ao que o próprio autor chama de Curiosidade Epistemológica (Freire, 2016, p.27), que é aquela desenvolvida com base na vontade de aprender, de buscar o conhecimento, usando o senso crítico e a força de vontade para se construir os saberes, construindo para o desenvolvimento do indivíduo de forma ampla e não apenas técnica, afinal,

A educação é gnosiológica, é diretiva, por isso política, é artística e moral, serve-se de meios, de técnicas, envolve frustrações medos, desejos. Exige de mim, como professor, uma competência geral, um saber de sua natureza e saberes especiais, ligados à minha atividade docente (Freire, 2016, p. 68).

É também, a partir de Paulo Freire que é possível um desperar dos docentes para o seu papel transformador na vida dos estudantes quando se percebe que

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências (Freire, 2016, p.74-75).

O ensino médico, assim como todas as áreas de ensino precisa estar em constante avaliação em observação das demandas da sociedade que são os elementos que delineiam os perfis profissionais que precisam ser formados.

Ao observar o ensino médico atual, há ainda lacunas a serem preenchidas do ponto de vista de adequações e experiências

pedagógicas, didáticas e conceituais que concorram para uma formação mais ampla dos profissionais médicos.

Dentro desse escopo, pode-se enumerar não só o perfil do profissional, mas os aspectos técnicos formativos que são desenvolvidos nas graduações em Medicina e nas áreas de saúde com matrizes curriculares⁸⁵ muito específicas para as ações diagnósticas e as terapias curativas, em detrimento de disciplinas que considerem as potencialidades do futuro médico no que diz respeito a uma Educação para a Morte, ou seja, que o prepare para o contato direto com os pacientes no âmbito relacional, comunicacional e de Cuidados Paliativos.

PRÁXIS X FORMAÇÃO: EM BUSCA DE UM EQUILÍBRIO TRANSGRESSOR

Se por um momento observarmos o perfil do médico-professor, responsável pela formação dos futuros profissionais, em geral, vamos encontrar um profissional capacitado e de grande destaque em sua área de atuação, com formação específica nessa área, mas sem uma base pedagógica consolidada, ou seja, não se exige, especificamente, que esse profissional detenha as metodologias de ensino, típicas dos cursos de graduação.

Embora haja aqui uma generalização, é importante frisar que há muitos colegas médico-professores que se especializaram em Ensino e, de fato, exercem um trabalho mais didático e abrangente, mas o foco são exatamente aqueles formadores cuja base didático-pedagógica vem sendo adquirida dentro da própria sala de aula, no exercício do magistério.

Esse médico-professor assim o é porque se forja na práxis e, então, atua diretamente em um viés de repassar os seus conhecimentos,

⁸⁵ Como exemplo, em anexo, está disposta a grade curricular do curso de Medicina da UNIG, de modo que se possa perceber a valorização de um ensino mais diagnóstico, técnico e curativo em detrimento de disciplinas que considerem as potencialidades do futuro médico no âmbito relacional, comunicacional e de Cuidados Paliativos.

estabelecendo uma relação de ensino-aprendizagem que tange o que Freire chamou de Educação Bancária e que Bell Hooks complementa e vai além ao tocar a questão dos jogos de poder e autoridade e da comunicabilidade também:

a grande maioria dos nossos professores não dispunham de habilidades básicas de comunicação. Não eram autoatualizados e frequentemente usavam a sala de aula para executar rituais de controle e exercício do poder. [...] O sistema da educação bancária (baseado no pressuposto de que a memorização de informações e sua posterior regurgitação representam uma aquisição de conhecimentos que podem ser depositados, guardados e usados numa data futura) (Hooks, 2017, p. 14).

Eis aqui o motivo de, talvez, a Educação Médica ainda persistir com sua grade curricular tão amarrada em quesitos mais técnicos: ela vem do ensino da profissão em seu dia a dia, no que mais a aproxima do arquétipo do médico-curandeiro ou do médico-curador.

A análise das disciplinas ofertadas na grade curricular deixa essa questão muito explícita: há espaço para diagnósticos, doenças e curas. Há pouca referência ao paciente-agente. Há rara oportunidade de se pensar a comunidade, a sociedade e há igualmente pouco espaço para se discutir as políticas públicas.

A situação se agrava quando pensamos na possibilidade desse profissional médico se tornar formador: não há sequer uma disciplina optativa que o dê alguma base para a carreira de magistério no futuro.

É nesse ponto que surge a necessidade de se pensar não só a questão do médico-professor, que só se especializa por vontade própria, que só se enxergará como o agente transformador e, em certa medida transgressor se em algum momento progresso tiver tido esse *insight*, o contato com uma pedagogia mais libertária. Do contrário, teremos a reprodução do mesmo esquema tradicional que perpassa,

inclusive pelos valores simbólicos e culturais que Bourdieu (2009) elenca e que servem tão bem para se manter as tradições inventadas nas quais a Medicina, o médico e a busca pela cura e evitar a morte estão inseridas.

Hooks aponta a necessidade de se lecionar de um modo diferente, no qual

O primeiro paradigma [...] é a ideia de que a sala de aula deve ser um lugar de entusiasmos, nunca de tédio. E, caso o tédio prevalecesse, seriam necessárias estratégias pedagógicas que intervissem e alterassem a atmosfera e até mesmo a perturbassem (Hooks, 2017, p.16)

O pensamento de Hooks está diretamente vinculado, nesse caso, ao que já foi apontado através dos apontamentos de Paulo Freire: é preciso que haja a mudança de pensamento primeiro do médico-professor. Só a partir do momento que esse profissional formador se reconhecer como motivador, impulsionador, como responsável por trazer o entusiasmo para a sala de aula é que se iniciarão as mudanças na relação professor-aluno na graduação de Medicina.

Não se trata aqui, mais uma vez, de um pensamento inovador, mas pouco discutido dentro da formação médica e claramente refletido na grade curricular e na metodologia de ensino.

Ainda segundo essa autora,

Não seria possível gerar o entusiasmo sem reconhecer plenamente que as práticas didáticas **não poderiam ser regidas por um esquema fixo e absoluto**. Os esquemas teriam de ser flexíveis, teriam de levar em conta a possibilidade de mudanças espontâneas de direção. Os alunos teriam de ser vistos de acordo com as suas particularidades individuais (Hooks, 2017, p.17, grifo nosso).

Trata-se tanto de uma valorização do aluno como um agente construtor do saber quanto de percebê-lo como direcionador das linhas de estudos. O ensino torna-se fluido em sua metodologia, mas sem distanciar-se do núcleo-duro de sua teoria.

Uma disciplina de Pneumologia, por exemplo, não deixaria, em absoluto, de tratar de seus temas fundamentais, mas a forma de como chegar até eles não seguiria um modelo fixo, não teríamos que seguir uma sequência de um Tratado, capítulos de um livro ou apostilas. As demandas dos alunos ditariam o tom das aulas, as sequências didáticas, os envolvimento, as habilidades comunicacionais entre alunos, entre professor e alunos e, posteriormente, entre médicos e pacientes.

O ensino, a relação de aprendizagem se tornaria significativa, afetiva e, conseqüentemente, se enraizaria nos sujeitos-estudantes, de modo a estar presente em suas atuações futuras justamente porque alcançaria níveis mais profundos de significados em sua formação. É o que Hooks chama de Pedagogia Engajada, que atua diretamente em busca da liberdade de construção:

Quando a educação é a prática da liberdade, os alunos não são os únicos chamados a partilhar, a confessar. A pedagogia engajada não busca simplesmente fortalecer e capacitar os alunos. Toda sala de aula será também [...] um local de crescimento para o professor, que será fortalecido e capacitado por esse processo (Hooks, 2017, p.35).

É importante ressaltar essa necessidade de se revolucionar as metodologias de ensino, porque, cada vez mais, os cursos de Medicina vêm se tornando espaços mais democráticos, sejam pelos já consolidados sistemas de cotas, especialmente nas Universidade públicas, sejam pelos programas de apoio formativo com financiamentos, voltados para o ensino privado, que recebem uma diversidade de alunos, cada um de um contexto social.

ROMPER COM AS AMARRAS DA MASSIFICAÇÃO: ADORNO E A FORMAÇÃO CRÍTICA DOS MÉDICOS

O filósofo e sociólogo alemão Theodor Adorno, da chamada Escola de Frankfurt, dedicou-se aos estudos relacionados à compreensão dos processos de formação do homem na sociedade, diretamente vinculado aos modos de como a teoria e prática poderia interagir entre si, possibilitando uma transformação social.

Adorno é um observador e pensador das relações humanas e, por isso, ao tratar-se de um novo olhar sobre a metodologia de ensino da Medicina seus olhares são indispensáveis. Para esse pensador, a educação precisa instrumentalizar os indivíduos de modo que possa criar e manter uma sociedade baseada na dignidade e no respeito às diferenças.

Ao aproximar-se de valores como a dignidade e o respeito às diferenças, não os inserimos apenas ao contexto das salas de aula, cada vez mais diversificadas, mas, também na construção dos saberes e de como eles são transmitidos e discutidos e, posteriormente, em como serão aplicados nas ações e posturas profissionais diante de necessidades como a dos Cuidados Paliativos.

O autor convida ao desenvolvimento de metodologias de ensino e aprendizagem que requerem a participação ativa dos docentes, no papel de mediadores da, semelhante ao que fora proposto por Paulo Freire. Se, tradicionalmente, o médico-professor da graduação em Medicina é um profissional de destaque na carreira médica, sem maiores aprofundamentos na área da Educação, tem-se uma lacuna metodológica que precisa ser analisada.

Nesse ponto, Paulo Freire e Theodor Adorno sugerem que o viés ideal é pensar a formação de um indivíduo culto, com conhecimentos científicos, humanos e artísticos, plenamente preparado para uma experiência democrática seja na sala de aula, seja em seus consultórios médicos.

Para Adorno a educação é dotada de uma grande capacidade de transformação das relações sociais, sendo a única chance de emancipar

o homem. Nessa linha, o autor defende a educação como um processo que precisa estimular um pensamento crítico permanente.

De acordo com o pensamento de Adorno, é preciso promover mudanças nas teorias educacionais tradicionais, promovendo emancipação através da inflexão em direção ao sujeito, reforçando a sua autoconsciência e por essa via também o seu eu (Adorno, 2003).

Ao enquadrar o pensamento de Adorno na sociedade atual, assim como Byung Chul-Han (2021), fica explícita a crítica da construção da cultura da sociedade capitalista contemporânea, que impõe nos indivíduos a vontade de terceiros, impedindo a sua emancipação na formação, além de fazer do homem um ser igual ao coletivo, perdendo a sua individualidade.

Adorno, então, enquadra-se também no pensamento de Bell Hooks, quando assinala que na atual conjuntura, o indivíduo perde a sua capacidade de pensar, criticar e agir por conta própria, deixando de ser solidário e de respeitar o próximo, havendo a necessidade de se romper com esse modelo estrutural.

Dessa forma, se Adorno coloca que o papel da escola é fundamental para a emancipação dotando seus alunos do potencial de autonomia e de resistência ao processo de massificação e de adaptação estabelecida pelos jogos de poder da sociedade (Bourdieu, 2009), a conscientização humana perpassa diretamente pela atuação do professor.

É fundamental que se deixe de ver os homens considerando apenas a técnica como sendo algo em si mesma, um fim em si mesmo, uma força própria, esquecendo que ela é a extensão do braço do homem (Adorno, 2003).

Através das leituras Adorno, percebe-se que a formação acadêmica pode promover a libertação, a emancipação do homem, quando relacionada com a amplitude humanística.

O ensino deve ser entendido como uma forma de resistência à indústria cultural, formando a consciência crítica, permitindo que o indivíduo enxergue as contradições da coletividade, despertando o interesse pelos problemas da vida e suas soluções.

Mais uma vez, Adorno se aproxima de Hooks quando assinala que a vontade de aprender deve ser uma prática do docente e um exemplo para os estudantes. Analisar as teorias de Adorno a partir do cenário do ensino de medicina é perceber que, por exemplo, na grade curricular analisada⁸⁶, a maioria esmagadora das disciplinas preza pelo conhecimento técnico, cabendo apenas aos primeiros períodos formativos um contato com disciplinas mais críticas.

EXTRAPOLAR A SALA DE AULA: ENTUSIASMO E VIVÊNCIAS NO PROCESSO FORMATIVO

Uma vez que se compreende, pelo pensamento de Bell Hooks (2017) que o entusiasmo move o processo de ensino e aprendizagem, resgatando um olhar filosófico no qual é preciso o espanto – a curiosidade – para que se desperte o interesse pelo saber, a aproximação com as teorias de Célestin Freinet sugere uma nova possibilidade de metodologia de ensino.

O pensador francês faz uma análise do método tradicional de ensino, baseando-se no fato de que os estudantes de seu tempo parecem não se interessarem pela escola, justamente porque a escola “não se inscreve em seu mundo” (Freinet, 1975, p. 11).

Quando o pensador afirma isso, faz uma crítica sinalizando que a escola não pode estacionar no tempo e precisa absorver o seu contexto e transformar-se para atrair e agregar os alunos. Embora o cenário seja o onde escolas de ensino fundamental, é possível adaptá-lo ao quadro da formação médica.

Para Freinet, uma das necessidades é a tentativa de

modernizar os utensílios da escola, melhorar as suas técnicas, para modificar progressivamente as relações entre a Escola e a Vida, entre as crianças e os professores, de maneira a adaptar ou a readaptar

86 Disponível no anexo 3 desse trabalho

a escola ao meio, para obter um melhor rendimento
(Freinet, 1975, p. 12)

A proposta freinetiana é a de observar o seu público, fazer uma leitura das necessidades tanto dos alunos quanto da sociedade em que estão inseridos para que se possa construir uma metodologia mais atraente e mais eficaz nos bancos escolares.

Essa preocupação formativa se dá não só no que tange a construção ou absorção dos conteúdos, mas em suas futuras aplicabilidades na sociedade, considerando-se o contexto histórico, cultural e social no qual o processo educativo se desenvolve.

Para Freinet, a Educação jamais pode se pretender extática ou puramente tecnicista. Ela precisa respeitar tanto os movimentos de democratização do acesso quanto a expansão da diversidade em seu seio, incluindo olhares mais integralizadores e globais sobre temas cada vez mais humanos. A Educação, para Freinet é dialética: ela é transformada pelas demandas da sociedade e, ao mesmo tempo, ajuda a modificar a sua estrutura de poder enraizada. A Educação pode e deve ser disruptiva.

Para que haja um movimento modificador do pensamento é necessário que se tenham professores envolvidos nesse mesmo sentimento e, para tal, perpassa-se a discussão pela necessidade de se melhorar as condições de trabalho dos docentes.

No caso de se pretender a inserção de novas metodologias de ensino, essa valorização do trabalho docente também está relacionada às demandas formativas: possibilitar que os médicos-professores se capacitem e se tornem professores-transformadores é o primeiro passo.

Uma das análises de Freinet com relação à formação dos estudantes está no fato de que muitas vezes os conteúdos são descolados ou da vida e do meio dos estudantes ou pouco aplicáveis no seu futuro cotidiano profissional. Eis aqui um dos pontos chave: quando se pensa na atuação médica contemporânea, os futuros

profissionais precisarão, sistematicamente, serem mais relacionais, mais comunicacionais, mas abertos, mais humanos, de modo que se posicionem mais próximos de seus pacientes.

É essa a realidade que Freinet levanta e que pode ser adaptada às realidades da Educação Médica atual: é em busca de uma formação mais voltada para a atuação que o tema tanto da Educação para a Morte quanto dos Cuidados Paliativos se insere.

Através do que Freinet chama de método natural de ensino, ouvir os alunos, saber as suas áreas de interesse é um ponto de partida que valoriza a autonomia dos educandos, considera seus anseios e abre espaço para outros locais de saberes serem evocados.

É aqui que pode ser inserida a teoria das aulas-passeio de Freinet, que valoriza não só a inserção do estudante em outros meios de aprendizagem, mas recruta a experiência, a vivência. Para o autor

Nenhuma, absolutamente nenhuma, das grandes aquisições vitais se faz por processos de aprendizagem científicos. É a caminhar que a criança aprende a andar; é a falar que aprende a falar; é a desenhar que aprende a desenhar (Freinet, 1977, p.14)

Freinet e seu conceito de aula-passeio podem ser encarados como uma prática pedagógica enriquecedora no Ensino Médico, cooperando com a formação humanizadora dos estudantes. Outros princípios da pedagogia freinetiana como o tateio experimental, a cooperação, a livre expressão, a autonomia, a reflexão individual, a educação para o trabalho e a coletividade, surgiram nessa pesquisa também através dos olhares de outros autores, mas o que parece mais característico e inovador para a graduação em Medicina é a prática pedagógica que abarque:

[...] a experimentação, sempre que isso for possível, que pode ser tanto observação, comparação, controle, quanto prova, pelo material escolar, dos problemas

que a mente se formula e das leis que ela supõe ou imagina. A criação, que, partindo do real, dos conhecimentos instintivos ou formais gerados pela experimentação consciente ou inconsciente, se alça, com a ajuda da imaginação, a uma concepção ideal do devir a que ela serve. Enfim, completando-as, apoiando-as e reforçando-as, a documentação – a busca da informação desejada em diferentes fontes – que é como uma tomada de consciência da experiência realizada, no tempo e no espaço, por outros homens, outras raças, outras gerações. (Freinet, 1998, p. 354-355).

Dessa forma, Freinet (1977, p. 13) pontua que “a experiência pessoal é o primeiro passo para a pesquisa científica”, sendo a aula-passeio, enquanto vivência em variados espaços culturais favorece aprendizagens em diferentes áreas.

Em uma livre adaptação, quando busca-se inserir o graduando de Medicina em espaços diferentes da sala de aula como laboratórios de vivência de luto, grupos de Cuidados Paliativos, áreas de pacientes em fase terminal, abrem-se as possibilidades para que cada aluno contrua a sua própria leitura do cenário, tire suas conclusões e apresente ao grupo suas ponderações, tornando aquela experiência significativa ao ponto de lhe valer como experiência formativa para a sua futura atuação.

A aproximação de Freinet com o ensino superior nesse viés é uma alternativa inovadora, já que campo buscado serão hospitais, clínicas, hospices e laboratórios e grupos de estudos que exigirão de cada educando uma postura diferenciada da sala de aula, ativa e de cooperação em seu processo de inserção no espaço, já que o comartilhamento das experiências faz parte do processo e estimula a comunicação, a livre expressão e a autonomia.

Freinet, ao ser adaptado para o ensino médico representa inúmeras possibilidades de se experienciar o cotidiano profissional,

garantindo uma formação mais ampla e voltada para as questões da sociedade.

OUSAR PARA ENSINAR

Refletir, portanto, sobre o papel do professor de um curso de graduação em Medicina, é perceber que há uma série de lacunas sociais que precisam ser sanadas para que os futuros médicos tenham uma atuação em consonância com as demandas sociais que o primeiro quarto do século XXI exigem.

Agora, depois de refletir sobre cada um dos pensadores que norteiam uma educação mais emancipadora, é possível pensar que, se passar por uma reforma curricular dentro de uma instituição de ensino superior possa ser um entrave, trabalhar com a capacitação e a (in)formação dos médicos-professores em atividade seja o caminho imediato mais viável.

Nesse sentido, esse trabalho propõe que os médicos-professores sejam convidados a refletir e a participar de momentos imersivos e formativos que podem ser organizados sob a forma de seminários, de grupos de trabalhos e de capacitações de formações continuadas com especialistas da área da educação que possam motivá-los a serem profissionais transformadores.

Embora a ideia inicial possa parecer clichê, só a partir do momento em que esses médicos-professores se enxergarem como agentes transformadores e que a demanda da sociedade se modificou ao longo das décadas e que precisa ser atendida é que teremos profissionais mais habilidosos nas relações humanas e, portanto, mais eficientes.

O que se desenha a seguir é uma opção de trabalho (in)formativo para médicos-professores, funcionando como atividade interna de uma instituição de ensino superior que recrutaria os seus professores a apresentarem suas atividades e a se prepararem para uma relação de ensino-aprendizagem mais próxima de seus alunos.

Não se trata de um modelo engessado, mas, de uma proposta de trabalho simples de ser executada, demandando apenas a vontade pela mudança, o desejo de se entregar profissionais mais qualificados e humanos para atuarem na sociedade e com habilidades mais focadas nas relações sociais e na comunicação entre seus pares e pacientes.

A tabela a seguir é um exemplo de minicurso que pode ser trabalho internamente na instituição de ensino como formação continuada:

Atividade	Objetivo	Autores sugeridos
Médico-pro- fessor X Pro- fessor de Me- dicina	Trabalhar a diferença entre ser um mé- dico-professor, atrelados às metodologias de ensino próximas à Educação Bancária e a de um profissional que se atualiza e atende as necessidades da sociedade (4 encontros).	Paulo Freire: Pedagogia do Oprimido; Pedagogia da Autonomia
A Educação como prática da liberdade	Trabalhar o papel do professor como um construtor de saberes e a importância da participação dos alunos no processo de formação (6 encontros).	Bell Hooks: A educação como prática de liberdade Theodor Adorno: Pedago- gia da Emancipação
A Educação Transgressora	Trabalhar o papel do professor construtor de saberes e a importância de se traba- lhar com a ideia do entusiasmo no proces- so formativo (4 encontros).	Bell Hooks: A educação como prática de liberdade
Explorando outros espa- ços de apren- dizagem	Trabalhar a importância de se desvincu- lar os métodos de ensino exclusivamente das salas de aula (4 encontros).	Célestin Freinet: As técni- cas Freinet da Escola Mo- derna
E d u c a ç ã o para a Morte	Trabalhar a necessidade de se romper pa- radigmas e tabus sobre a morte e o mor- rer (8 encontros).	Elizabeth Kübler-Ross: So- bre a morte e o morrer. Maria Júlia Kovács: Pen- sando a morte e a forma- ção de profissionais de saúde; Educação para a morte temas e reflexões. Kathryn Mannix: Precisa- mos falar sobre a morte.

A Comunica- ção médico- -paciente	Ressaltar a necessidade de se desenvolver melhor as relações humanas e, em especial a comunicabilidade entre médicos e pacientes (3 encontros).	Vittorio Lingiardi: Diagnóstico e Destino
Estratégias e métodos de Ensino	Produzir textos acadêmicos que possam ser apresentados em um Seminário interno e/ou compor um livro sobre	Professores participantes do curso

A proposta trata-se de uma oportunidade de se ter contato com autores que pensam a Educação e a relação de ensino-aprendizagem da sociedade contemporânea para capacitar os médicos-professores a se tornarem professores-transformadores tanto de suas metodologias quanto das práticas de seus alunos no futuro, em uma tentativa de “fazer da sala de aula um contexto democrático onde todos sintam a responsabilidade de contribuir” (Hooks, 2017, p.56), de acordo com a pedagogia transformadora.

É um fato que a sociedade anseia por médicos competentes, bem formados, humanos e capazes de solucionar problemas que, por vezes, escapam de suas habilidades puramente técnicas.

Também é sabido que já há uma sinalização para essas mudanças tanto curriculares quanto formativas de acordo com o CNEM e que as adequações e mudanças nos projetos pedagógicos caminham a passos lentos, mas é papel de cada médico-professor se esforçar, buscar estratégias e métodos para se converter em um professor-transformador e valer-se de uma pedagogia emancipadora, para a liberdade e, nesse sentido, a proposta aqui desenhada é uma das possibilidades rumo à quebra de paradigmas.

A ruptura dessa perspectiva tecnicista, privilegiando a organização do currículo a uma orientação restrita à atividade técnica, que exclui a reflexão crítica precisa acontecer, mas uma revolução, às vezes, ocorre de maneira lenta.

Há de se promover um esforço de valorização da organização de um currículo que esteja em acordo com o contexto da sociedade contemporânea, suas demandas sociais, políticas e econômicas, direcionado para desenvolver a habilidade de uma leitura do

mundo e construção da autonomia tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

O médico-professor torna-se limitado quando, na graduação de Medicina, se restringe aos ensinamentos apenas dos conhecimentos médicos. Ele precisa se atualizar e compreender a necessidade das mudanças e desejar formar um novo perfil de médicos, que é desejado pela sociedade.

A demanda, hoje, é por um profissional humanista, ético, capacitado para trabalhar em equipes multiprofissionais, multidisciplinares, consciente da importância da educação continuada, como a que foi proposta nesse trabalho.

A formação desse novo perfil de médico passa pela exigência de um professor-transformador e, não mais de um médico-professor. É fundamental e necessária uma educação mais dialógica, que reconheça a atividade e interatividade dos homens entre si, que explique e intervenha no mundo através da relação médico-paciente também, afinal,

a escola e os professores não podem mais se contentar em comunicar conhecimentos, exigindo somente compreensão e memorização;; devem proporcionar a tentativa experimental em todos os domínios, o que supõe atitude totalmente diferente, uma verdadeira reeducação (Elias, 1997, p.60)

Deve-se, ainda discutir muito a urgência e o sentido das necessidades das inovações dos projetos pedagógicos que considerem, sim, as novas metodologias tecnológicas, mas principalmente, as possibilidades de novas experiências que levem à emancipação do sujeito de aprendizagem.

Não se pode negar que as mudanças no processo formativo dos médicos tenham muitos desafios, uma vez que a ruptura de modelos de ensino tradicionais pautadas em estruturas já tidas como clássicas implicam em sair da zona de conforto e encarar uma seara que,

embora já aplicada em cursos de licenciatura, são novas do ponto de vista da área da saúde e da Medicina.

Desvincular-se de um currículo que é tecnicista e que apresenta hoje como disciplinas obrigatórias de um tronco mais humanista os créditos de Ciência Sociais e da Saúde (Sociologia, Antropologia e Meio Ambiente); Ética e Bioética e Psicologia médica: relação médico paciente, e, como optativas apenas os créditos de Espiritualidade e saúde e Políticas públicas e Sistemas de saúde é, de fato, algo que demandará grande esforço, mas que, ao ser trabalhado na mentalidade dos professores como na proposta apresentada nessa pesquisa, encontra-se em um terreno fértil e nos rumos das necessidades atuais.

Por fim, discutir a necessidade de se ter um perfil diferente entre os professores do Ensino Médico é, também, trazer novos olhares para os temas relativos à Educação para a Morte, de morte a dirimir os impactos sócio culturais do tabu que permeia a morte e, claro, levantar discussões acerca dos Cuidados Paliativos que, ainda nesse momento, são pouco compreendidos por algumas áreas da Medicina que têm pouco ou nenhum contato com casos em que eles se aplicam.

É dessa forma que encerra-se, portanto essa pesquisa: semeando a necessidade de se apresentar novos olhares e metodologias de ensino na graduação de Medicina. Convidando os colegas médicos-professores a serem professores-transformadores. Ressaltando que a morte é e precisa ser (re)admitida no ciclo natural da existência do ser humano. Reafirmando a importância das relações sociais, especialmente entre médico e paciente e a clareza nas informações através de um discurso simples, objetivo e abrangente. Sugestionando a imersão dos futuros médicos em Ligas Acadêmicas e em laboratórios de práticas médicas desde o início da graduação, afim de que percebam o cotidiano de se lidar com a morte, o morrer e a necessidade de saber se colocar em uma conversa sobre esse assunto. E, por fim, que é crucial compreender que os Cuidados Paliativos não sinalizam, em si, a morte, mas um Direito Humano de garantia de qualidade de vida e dignidade para os pacientes.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor. **Educação e Emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 2003

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ELIAS, Marisa Del Cioppo. **Célestin Freinet: uma pedagogia de atividade e cooperação**. Petrópolis: Vozes, 1997

FREINET, Celestin. **As técnicas Freinet da Escola Moderna** Lisboa: Estampa, 1975

_____. **O método natural**. Volumes I, II e III. Lisboa: Editorial Estampa, 1977

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues. KOVACS, Maria Júlia. Alunos de psicologia e a educação para a morte. **Psicologia, Ciência e Profissão**. , [online]. Brasília, v.28, n.3, p. 506-519. 2008.

ANEXO

GRADE CURRICULAR

UNIG - UNIVERSIDADE IGUAÇU
GRADE CURRICULAR: G301418
CURSO: MEDICINA

PÁGINA: 1

01º PERÍODO		
9132	ANATOMIA HUMANA I	0120
9133	BIOFÍSICA	0060
6614	BIOQUÍMICA MÉDICA	0080
9134	CITOLOGIA/HISTOLOGIA	0100
9135	EMBRIOLOGIA	0040
9136	METODOLOGIA DA PESQUISA	0040
9137	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE I	0040
9138	SEMINÁRIO INTEGRADOR I	0020
02º PERÍODO		
9139	ANATOMIA HUMANA II	0120
9140	CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE (SOCIOLOGIA, ANTROPOLOGIA E MEIO AMBIENTE)	0060
9141	EDUCAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	0040
9142	ÉTICA E BIOÉTICA	0020
9143	FISIOLOGIA HUMANA I	0060
9144	MICROBIOLOGIA	0040
9145	NEUROANATOMIA	0060
9146	PSICOLOGIA MÉDICA: RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	0060
9147	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE II	0040
9148	SEMINÁRIO INTEGRADOR II	0020
03º PERÍODO		
9149	FARMACOLOGIA I	0060
9150	FISIOLOGIA HUMANA II	0060
9151	GENÉTICA	0040
9152	PATOLOGIA GERAL	0100
9153	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE III	0040
9154	SEMINÁRIO INTEGRADOR III	0020
9155	SEMILOGIA MÉDICA I	0160
04º PERÍODO		
9156	FARMACOLOGIA II	0060
9157	IMUNOLOGIA	0040
9158	PARASITOLOGIA	0080
9159	PATOLOGIA MÉDICA	0100
9160	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE IV	0040
9161	SEMINÁRIO INTEGRADOR IV	0020
9162	SEMILOGIA MÉDICA II	0160
05º PERÍODO		
9163	CLÍNICA CIRÚRGICA I (FUNDAMENTOS DA TÉCNICA CIRÚRGICA E ANESTESIOLOGIA)	0120
9164	CLÍNICA MÉDICA I (ENDOCRINOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E PNEUMOLOGIA)	0180
9165	EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA	0040
9166	IMAGINOLOGIA I	0040
6669	PATOLOGIA FORENSE	0040
9167	PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE I	0040
9168	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE V	0040
9169	SAÚDE MENTAL	0020
06º PERÍODO		
9170	CLÍNICA CIRÚRGICA II	0080
9171	CLÍNICA MÉDICA II (CARDIOLOGIA, HEMATOLOGIA, NEFROLOGIA)	0140
9172	GINECOLOGIA	0100
9173	IMAGINOLOGIA II	0040
9174	PEDIATRIA I	0100
9175	PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE II	0040
9176	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE VI	0040
07º PERÍODO		
8001	CLÍNICA CIRÚRGICA III	0080
9177	CLÍNICA MÉDICA III (ANGIOLOGIA, DERMATOLOGIA, NEUROLOGIA, REUMATOLOGIA)	0160
9178	OBSTETRICIA	0100
9179	PEDIATRIA II	0100
9180	PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE III	0040
6658	PSIQUIATRIA	0040
9181	SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE VII	0040
8380	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA I	0040
08º PERÍODO		
9182	CLÍNICA CIRÚRGICA IV (OPTALMO, OTORRINO, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, UROLOGIA)	0160
9183	CLÍNICA MÉDICA IV (DIP, GERIATRIA, ONCOLOGIA)	0160
9184	PEDIATRIA III	0100

9185	PROGRAMA INTEGRADOR E DE EXTENSAO A SAUDE DA COMUNIDADE IV	0040
9186	SAUDE DA FAMILIA E COMUNIDADE VIII	0040
8381	URGENCIA E EMERGENCIA II	0040
INTERNATO		
9189	ESTAGIO SUPERVISIONADO - ATENCAO BASICA I	0110
9195	ESTAGIO SUPERVISIONADO - ATENCAO BASICA II	0110
9201	ESTAGIO SUPERVISIONADO - ATENCAO BASICA III	0110
9207	ESTAGIO SUPERVISIONADO - ATENCAO BASICA IV	0110
9187	ESTAGIO SUPERVISIONADO - CLINICA CIRURGICA I	0198
9199	ESTAGIO SUPERVISIONADO - CLINICA CIRURGICA II	0198
9193	ESTAGIO SUPERVISIONADO - CLINICA MEDICA I	0198
9205	ESTAGIO SUPERVISIONADO - CLINICA MEDICA II	0198
9194	ESTAGIO SUPERVISIONADO - GINECOLOGIA E OBSTETRICIA I	0198
9206	ESTAGIO SUPERVISIONADO - GINECOLOGIA E OBSTETRICIA II	0198
9188	ESTAGIO SUPERVISIONADO - PEDIATRIA I	0198
9200	ESTAGIO SUPERVISIONADO - PEDIATRIA II	0198
9190	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE COLETIVA I	0066
9196	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE COLETIVA II	0066
9202	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE COLETIVA III	0066
9208	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE COLETIVA IV	0066
9191	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE MENTAL I	0066
9197	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE MENTAL II	0066
9203	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE MENTAL III	0066
9209	ESTAGIO SUPERVISIONADO - SAUDE MENTAL IV	0066
9192	ESTAGIO SUPERVISIONADO - URGENCIA E EMERGENCIA I	0110
9198	ESTAGIO SUPERVISIONADO - URGENCIA E EMERGENCIA II	0110
9204	ESTAGIO SUPERVISIONADO - URGENCIA E EMERGENCIA III	0110
9210	ESTAGIO SUPERVISIONADO - URGENCIA E EMERGENCIA IV	0110
OPTATIVAS		
8016	ANTIBIOTICOTERAPIA	0040
6732	DIREITO EM SAUDE	0040
6729	ECOLOGIA HUMANA	0040
8463	ESPIRITUALIDADE E SAUDE	0040
6728	FUNDAMENTOS FILOSOFICOS	0040
6725	HISTORIA DA MEDICINA	0040
8012	INFORMATICA APLICADA A SAUDE	0040
6726	INGLES MEDICO	0040
8013	INICIACAO CIENTIFICA I	0040
8014	INICIACAO CIENTIFICA II	0040
8374	INTRODUCAO AS CIENCIAS MEDICAS	0040
5744	LIBRAS	0040
6588	MEDICINA BASEADA EM EVIDENCIAS	0040
8017	MEDICINA DESPORTIVA	0040
8015	MEDICINA ESTETICA	0040
8059	POLITICAS PUBLICAS E SISTEMAS DE SAUDE	0040
6730	PRODUCAO DE TEXTOS CIENTIFICOS	0040
6727	RACIOCINIO LOGICO	0040
5750	RECURSOS TECNOLOGICOS EM PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES	0040
8382	TOPICOS ESPECIAIS EM GENETICA E BIOQUIMICA	0040
5753	TRAUMA	0040