

tricto
ensu
Editora

CIÊNCIAS DA SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: INTERDISCIPLINARIDADE 1



ISBN:978-65-86283-32-7

Organizador:
Igor Sombra Silva

2020

Igor Sombra Silva

(Organizador)

Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: Interdisciplinaridade 1

Rio Branco, Acre

Stricto Sensu Editora

CNPJ: 32.249.055/001-26

Prefixos Editorial: ISBN: 80261 – 86283 / DOI: 10.35170

Editora Geral: Profa. Dra. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

Editor Científico: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

Bibliotecária: Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

Capa: Elaborada por Led Camargo dos Santos (ledcamargo.s@gmail.com)

Avaliação: Foi realizada avaliação por pares, por pareceristas *ad hoc*

Revisão: Realizada pelos autores e organizador

Conselho Editorial

Prof^a. Dr^a. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto (Universidade Federal de Goiás – UFG)

Prof. Dr. Edson da Silva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

Prof^a. Dr^a. Denise Jovê Cesar (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Msc. Herley da Luz Brasil (Juiz Federal – Acre)

Prof. Dr. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Araraquara)

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos (Universidade Federal do Piauí – UFPI)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof^a. Dr^a. Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal de Goiás)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569

Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo:
Interdisciplinaridade 1 / Igor Sombra Silva (org.). – Rio
Branco: Stricto Sensu, 2020.

336 p.: il.

ISBN: 978-65-86283-32-7

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327

1. Saúde. 2. Medicina. 3. Epidemiologia. I. Silva, Igor
Sombra. II. Título.

CDD 22. ed.: 614.4

Bibliotecária Responsável: Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e a editora, não sendo permitido à alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.sseditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Durante muito tempo, a saúde foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. A percepção do conceito de qualidade de vida também tem muitos pontos em comum com a definição de saúde. Desse modo, percebe-se a necessidade de analisar o corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido para conceituar melhor o estado de saúde. Ciências da saúde referem-se ao estudo da saúde pública e da comunidade que focam na manutenção e na melhoria da saúde para o indivíduo e comunidades que englobam áreas da medicina humana, a biologia, a medicina veterinária, a biomedicina, a enfermagem, a fonoaudiologia, a farmácia, a educação física, a odontologia, a psicologia, a terapia ocupacional, a nutrição, a fisioterapia.

O livro “ Ciências da Saúde no Mundo Contemporâneo: Interdisciplinaridade 1” é composto por 26 capítulos com autores de varias áreas da saúde e de diferentes instituições das regiões brasileiras com a finalidade de agregar conhecimentos e analisar a saúde em seus diversos aspectos com experiências relatadas em suas pesquisas.

Desejo uma boa leitura a todos.

Igor Sombra Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO. 1.....14

TUBERCULOSE DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO

Vanessa Mariano (Secretaria Municipal de Saúde de Sinop)

Priscilla Magalhães Oliveira Deliberador Mickosz (Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Claro)

Diogo Rios de Ávila (Universidade Federal de Mato Grosso)

Allana Campos Alves (Universidade Federal de Mato Grosso)

Viviane Macedo Moura Dias Martins (Universidade Federal de Mato Grosso)

Carla Luciana Preza Borges Correa (Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.01

CAPÍTULO. 2.....21

TRIAGEM DE DOENÇAS INFECCIOSAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Clyslorrana Nunes Aiache (Centro Universitário UNINORTE)

Janaira Teles de Oliveira (Centro Universitário UNINORTE)

Laís Alice Duarte de Albuquerque (Centro Universitário UNINORTE)

Alice Arlen Amorim Albuquerque (Centro Universitário UNINORTE)

Tiffany Nicolly de Oliveira Merenciano (Centro Universitário UNINORTE)

Ycaro Nathan de Souza Ferreira (Centro Universitário UNINORTE)

Kétly Sabrina Silva de Souza (Centro Universitário UNINORTE)

Juliana Silva dos Santos (Centro Universitário UNINORTE)

Bianca Neris Gonzaga (Centro Universitário UNINORTE)

Eder Ferreira de Arruda (Centro Universitário UNINORTE)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.02

CAPÍTULO. 3.....37

TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DO BAIXO AMAZONAS, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Brenda dos Santos Coutinho (Universidade do Estado do Pará)

Andreza Dantas Ribeiro (Universidade do Estado do Pará)

Marlyara Vanessa Sampaio Marinho (Universidade do Estado do Pará)
Françoise Gisela Gato Lopes (Universidade do Estado do Pará)
Victor de Lima Dias (Universidade do Estado do Pará)
Audelaine Miranda da Cruz (Secretaria de Saúde do Estado do Pará)
Adjanny Estela Santos de Souza (Universidade do Estado do Pará)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.03

CAPÍTULO. 4.....48

**CARACTERIZAÇÃO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: UM OLHAR CRITERIOSO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE - REVISÃO DA LITERATURA**

Kethonny Telles De Oliveira (Universidade Nilton Lins)
Michelli Domingos Da Silva (Universidad De Ciencias Empresariales Y Sociales)
Ana Márcia Lopes Dos Santos (Universidade Nilton Lins)
Ana Paula de Melo Lima (Universidade Nilton Lins)
Bruna Azedo Guimarães (Universidade Nilton Lins)
Dara Luiza De Oliveira (Faculdade Estácio de Sá)
Giovanna Ribas Chicre (Universidade Nilton Lins)
Jamilly Cristina Pessoa Najjar (Faculdade Estácio de Sá)
Lino Rodrigues Da Silva (Universidade Nilton Lins)
Mailla Brenda Maia da Silva Reis (Universidade Nilton Lins)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.04

CAPÍTULO. 5.....65

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE A SÍFILIS

Kétly Sabrina Silva de Souza (Centro Universitário UNINORTE)
Juliana Silva dos Santos (Centro Universitário UNINORTE)
Bianca Neris Gonzaga (Centro Universitário UNINORTE)
Clyslorrama Nunes Aiache (Centro Universitário UNINORTE)
Janaira Teles de Oliveira (Centro Universitário UNINORTE)
Laís Alice Duarte de Albuquerque (Centro Universitário UNINORTE)
Alice Arlen Amorim Albuquerque (Centro Universitário UNINORTE)
Tiffany Nicolly de Oliveira Merenciano (Centro Universitário UNINORTE)

Ycaro Nathan de Souza Ferreira (Centro Universitário UNINORTE)

Eder Ferreira de Arruda (Centro Universitário UNINORTE)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.05

CAPÍTULO. 6.....78

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Amanda Thais Lima (Universidade Federal do Paraná)

Bruna da Costa Bueno (Universidade Federal do Paraná)

Everly Maltaca Pypcak (Universidade Federal do Paraná)

Amanda Khetleen Gusso (Universidade Federal do Paraná)

Daiana Kloh Khalaf (Universidade Federal do Paraná)

Dulce Dirclair Huf Bais (Universidade Federal do Paraná)

Shirley Boller (Universidade Federal do Paraná)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.06

CAPÍTULO. 7.....92

A MULHER GESTANTE E FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Anne Grace Andrade da Cunha Marques (Universidade Federal do Acre)

Ana Paula da Silva Gomes (Universidade Federal do Acre)

Antônia Daiana Costa da Silva (Universidade Federal do Acre)

Camilla Lima de Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Dayan de Araujo Marques (Universidade Federal do Acre)

Luana dos Santos Braga (Universidade Federal do Acre)

Tainã de Oliveira Mendonça Borges (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.07

CAPÍTULO. 8.....108

ALGUMAS NOTAS SOBRE A METODOLOGIA DE PESQUISA EM PSICANÁLISE A PARTIR DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Amanda Wecker (Universidade Feevale)

Ane Lisie Schaefer (Universidade Feevale)

Camila Backes dos Santos (Universidade Feevale)
Lisiane Machado de Oliveira-Menegotto (Universidade Feevale)
Fábia Daniela Schneider Lumertz (Universidade Feevale)
Aline Cristiane Kohlrausch Pires da Silva (Universidade Feevale)
Fernanda Momberger (Universidade Feevale)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.08

CAPÍTULO. 9.....125

ANÁLISE DOS REGISTROS TRANSFUSIONAIS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DA AMAZONIA BRASILEIRA

Sonia Rejane de Senna Frantz (Universidade do Estado do Amazonas)
Mainã Costa (Universidade do Estado do Amazonas)
Elielza Guerreiro Menezes (Universidade do Estado do Amazonas)
Maria Luiza Carvalho de Oliveira (Universidade do Estado do Amazonas)
Adriany da Rocha Pimentão (Universidade do Estado do Amazonas)
Thiago Queiroz de Souza (Universidade do Estado do Amazonas)
Francisca Félix da Rocha (Universidade do Estado do Amazonas)
Nathalia Siqueira Duarte (Universidade do Estado do Amazonas)
Nathalie Rezende Batalha Gomes (Universidade do Estado do Amazonas)
Naiara Teixeira de Souza (Universidade do Estado do Amazonas)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.09

CAPÍTULO. 10.....133

ATIVIDADES INTEGRATIVAS NO AUXÍLIO À SAÚDE DO IDOSO E MELHORA DA AUTOESTIMA

Luisa Dardengo Ramalho (Centro Universitário do Espírito Santo)
Luiza Zuccon Côco (Centro Universitário do Espírito Santo)
Tássia Faller Tetemann (Centro Universitário do Espírito Santo)
Kelly Cristina Mota Braga Chiepe (Centro Universitário do Espírito Santo)
Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro (Centro Universitário do Espírito Santo)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.10

CAPÍTULO. 11.....142

BENEFÍCIOS DA AURICULOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM UM AMBULATÓRIO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS

[Daiane Luzia Pacheco dos Santos \(Universidade do Grande Rio\)](#)

[Sandra Lúcia Alves Martins da Silva \(Universidade do Grande Rio\)](#)

[Margarete Bernardo Tavares da Silva \(Universidade do Grande Rio\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.11

CAPÍTULO. 12.....159

DESAFIOS NO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM

[Thandara Rejane Santos Ferreira Andrade \(Universidade Tiradentes\)](#)

[Ianka Heloisa Alencar Santos \(Universidade Tiradentes\)](#)

[Erivelton Cunha Torres \(Universidade Tiradentes\)](#)

[Sávio Menezes Fárias \(Universidade Tiradentes\)](#)

[Grayce Ellen Souza Rezende \(Universidade Tiradentes\)](#)

[Yasmim Anayr Costa Ferrari \(Universidade Tiradentes\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.12

CAPÍTULO. 13.....169

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PARASITOSE INTESTINAIS COM IDOSOS DO PROGRAMA HIPERDIA

[Kelem Bianca Costa Barros \(Universidade Federal do Pará\)](#)

[Flávia Rodrigues Neiva \(Centro Universitário do Pará\)](#)

[Ana Rosa Botelho Pontes \(Universidade Federal do Pará\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.13

CAPÍTULO. 14.....175

ESTUDO DAS CAUSAS DE MORTES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ACRE, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

[Déborah de Oliveira Togneri Pastro \(Centro Universitário do Norte\)](#)

[Caroline Nolasco de Melo \(Hospital das Clínicas do Acre\)](#)

[Jesiane Rocha da Silva Maia \(Centro Universitário do Norte\)](#)

Maria Amélia de Jesus Ramos Albuquerque (Centro Universitário do Norte)

Tayna Feltrin Dourado (Centro Universitário do Norte)

Vyctor Mont'Alverne Napoleão Carneiro⁴

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.14

CAPÍTULO. 15.....188

FATORES QUE INFLUENCIAM NA SOBREVIVÊNCIA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Ruth Canuto Bezerra (Centro Universitário Uninorte)

Jesiane Rocha da Silva Maia (Centro Universitário Uninorte)

Barbara Roque (Centro Universitário Uninorte)

Andrielle Scariote (Centro Universitário Uninorte)

Eryckson Araújo Nunes (Centro Universitário Uninorte)

Ruth Silva Lima da Costa (Secretaria Estadual de Saúde do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.15

CAPÍTULO. 16.....198

INSTRUMENTOS EDUCATIVOS EM PRIMEIROS SOCORROS APLICADOS EM UMA VIRADA SUSTENTÁVEL

Ana Paula de Negreiros Araújo (Cruz Vermelha)

Fernanda Feijó Martins (Cruz Vermelha)

Glenda Caroline Pereira do Nascimento (Centro Universitário do Norte)

Glenda Patrícia Viera da Silva (Universidade Estadual do Amazonas)

Gledson Cavalcante de Araújo (Universidade Estadual do Amazonas)

Led Daianna Fernandes de Figueiredo (Universidade Federal do Amazonas)

Wanderson Araújo Nobre (Cruz Vermelha)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.16

CAPÍTULO. 17.....206

VARIAÇÕES GENÔMICAS EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS DE UMA POPULAÇÃO DO NORTE DO BRASIL

Leopoldo Silva de Moraes (Universidade Federal do Pará)

Carlos Alberto Machado da Rocha (Instituto Federal do Pará)

Plínio Cerqueira dos Santos Cardoso (Universidade Federal do Pará)
Vanessa Luane Alves de Moraes (Universidade da Amazônia)
Brenda Samara de Freitas Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal)
Gerlyda Meireles da Costa (Hospital Adventista de Belém)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.17

CAPÍTULO. 18.....225

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2018

Bianca Onofre Ferreira da Silva (Centro Universitário Uninorte)
Milena de Souza Borges (Centro Universitário Uninorte)
Thauan Melo da Cunha (Centro Universitário Uninorte)
Eufrasia Santos Cadorin (Centro Universitário Uninorte)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.18

CAPÍTULO. 19.....240

OCORRÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Adjanny Estela Santos de Souza (Universidade do Estado do Pará)
Andreza Dantas Ribeiro (Universidade do Estado do Pará)
Audelaine Miranda da Cruz (Secretaria de Saúde do Estado do Pará)
Brenda dos Santos Coutinho (Universidade do Estado do Pará)
Françoise Gisela Gato Lopes (Universidade do Estado do Pará)
Marlyara Sampaio Marinho (Universidade do Estado do Pará)
Victor de Lima Dias (Universidade do Estado do Pará)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.19

CAPÍTULO. 20.....251

PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PÚBLICAS NO ESTADO DO ACRE

Eliana Sombra de Farias (Universidade Federal do Acre)
Simone Perufo Opitz (Universidade Federal do Acre)
Patrícia Rezende do Prado (Universidade Federal do Acre)
Marcos Vinicius Malveira de Lima (Secretaria de Estado de Saúde do Acre)

Suleima Pedroza Vasconcelos (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.20

CAPÍTULO. 21.....267

USO DE APP EM DISPOSITIVOS MÓVEIS ENTRE ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ana Laura Miranda Campanha (União Educacional do Vale do Aço)

Ana Paula de Castro Gomes Gervásio (União Educacional do Vale do Aço)

Laura Maria Pouzas Torres (União Educacional do Vale do Aço)

Lurianny Dias Ferreira (União Educacional do Vale do Aço)

Mariana Oliveira Axer (União Educacional do Vale do Aço)

Renata Silva Ferreira (União Educacional do Vale do Aço)

Thainá Vivan Figueiredo (União Educacional do Vale do Aço)

Natan Lopes De Macedo (Universidade Federal Dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira (União Educacional do Vale do Aço)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.21

CAPÍTULO. 22.....280

PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIOS NO INTERIOR DO MARANHÃO, BRASIL

Mayanne de Cassia Souza Melo (Faculdade Supremo Redentor)

Rafaela Martins Cordeiro (Faculdade Supremo Redentor)

Waléria Abreu do Nascimento (Faculdade Supremo Redentor)

Jaqueline Diniz Pinho (Universidade Estadual do Maranhão)

Matheus Silva Alves (Faculdade Supremo Redentor)

Valéria Pacheco Dias (Universidade Federal do Amazonas)

Sâmia Amélia Mendes Silva (Faculdade Supremo Redentor)

Kassia Cristhine Nogueira Gusmão (Instituto de Ensino Superior Franciscano)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.22

CAPÍTULO. 23.....290

PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA OS PACIENTES E ACOMPANHANTES DE UMA INSTITUIÇÃO PEDIÁTRICA EM MANAUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Chrystianne da Silva Oliveira (Centro Universitário do Norte)
Darliany Marques Meireles (Centro Universitário do Norte)
Francisca Magda de Sousa Pinto Xavier (Centro Universitário do Norte)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.23

CAPÍTULO. 24.....296

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONHECENDO A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL DE UMA POLICLÍNICA DE RIO BRANCO, ACRE

Efraim Ferraz de Araújo Domingos (Universidade Federal do Acre)
Hignês Sena Cordeiro Filgueiras (Universidade Federal do Acre)
Sulamitta da Silva Lima Guedes (Universidade Federal do Acre)
André Ricardo Maia da Costa de Faro (Universidade Federal do Acre)
Andréia Moreira de Andrade (Universidade Federal do Acre)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.24

CAPÍTULO. 25.....309

REVISÃO NARRATIVA DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

André Ricardo Maia da Costa de Faro (Universidade Federal do Acre)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.25

CAPÍTULO. 26.....325

TECIDO MAMÁRIO AXILAR BILATERAL ASSOCIADO À SAÍDA DE SECREÇÃO LÁCTEA NO PUERPÉRIO

Vanessa Mariano (Secretaria Municipal de Saúde de Sinop)
Ana Emília Finamor Chiaradia (Universidade Federal de Mato Grosso)
Viviane Macedo Moura Dias Martins (Universidade Federal de Mato Grosso)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327.26

ORGANIZADOR.....332

ÍNDICE REMISSIVO333

TUBERCULOSE DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO

Vanessa Mariano¹, Priscilla Magalhães Oliveira Deliberador Mickosz², Diogo Rios de Ávila³, Allana Campos Alves³, Viviane Macedo Moura Dias Martins³ e Carla Luciana Preza Borges Correa⁴

1. Secretaria Municipal de Saúde de Sinop, Sinop, Mato Grosso, Brasil;
2. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Claro, São José do Rio Claro, Mato Grosso, Brasil;
3. Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop, Mato Grosso, Brasil.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

RESUMO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* com registros há 6.000 anos. É um importante tema de saúde pública, responsável pelo óbito de milhões de pessoas anualmente em todo o mundo. Embora a TB pulmonar seja mais comum, sua apresentação extrapulmonar é um importante problema associado aos diversos sistemas do organismo. A TB de vesícula biliar quando se manifesta clinicamente, pode facilmente ser confundida com outras patologias como neoplasias, colangite e colecistite. O acompanhamento conjunto entre a atenção especializada e básica é de suma importância neste contexto. Dessa forma, a cirurgia assume papel importante na investigação desta condição, visto que muitas vezes o diagnóstico se dá com anatomopatológico e o médico generalista na presunção clínica da TB com disseminação extrapulmonar. Em revisão realizada no Pubmed, foi encontrada apenas uma documentação de tuberculose de vesícula biliar em paciente na fase AIDS. Este trabalho tem como objetivo revisar dados acerca do tema, bem como expor um relato da doença supracitada em paciente HIV positivo.

Palavras-chave: Tuberculose, Vesícula biliar e Sorodiagnóstico de HIV.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* that was registered 6,000 years ago. It is an important public health issue, responsible for the deaths of millions of people annually worldwide. Although pulmonary TB is more common, its extrapulmonary presentation is an important problem associated with the various systems of the body. Gallbladder TB, when clinically manifested, can easily be confused with other pathologies such as neoplasms, cholangitis and cholecystitis. Joint monitoring between specialized and basic care is of paramount importance in this context. Thus, surgery assumes an important role in the investigation of this condition, since the diagnosis is often made with anatomopathological and the general practitioner in the clinical presumption of TB with extrapulmonary dissemination. In a review conducted at Pubmed, only documentation of

gallbladder tuberculosis was found in a patient in the AIDS phase. This paper aims to review data on the topic, as well as exposing a report of the aforementioned disease in an HIV positive patient.

Keywords: Tuberculosis, Gallbladder and AIDS Serodiagnosis

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose de vesícula biliar (TVB) é uma doença rara, descrita pela primeira vez em 1871 por Gaucher (XU; YU; QIU, 2011). O diagnóstico dessa patologia é quase sempre negligenciado, a menos que haja um alto índice de suspeita, já que não há apresentação patognomônica (KUMAR et al., 2000). A maioria dos pacientes mimetizam sintomas de colecistite ou tumor de vesícula biliar, apresentando icterícia obstrutiva devido a linfonodos adjacentes ao colédoco aumentados ou, mais raramente, devido à estenose biliar (INAL et al., 2000) e sintomas sistêmicos inespecíficos, como dor abdominal, perda de peso, febre baixa, anorexia, vômitos e massa abdominal (ABU-ZIDAN; ZAYAT, 1999). O diagnóstico pré-operatório de TVB é difícil, principalmente na colecistite com cálculo associado, pois os sintomas são atribuídos isoladamente a colelítase (REJAB et al., 2013).

Segundo Iwai et al. (2006), a tuberculose (TB) hepatobiliar pode ser causada por três diferentes maneiras: disseminação portal de material caseoso pelos ductos biliares (mais comum); secundário a adenite periportal tuberculosa; e disseminação de material caseoso através da ampola de Vater, ascendendo ao longo da árvore biliar. Deste modo, ela ainda pode ser classificada em três tipos: TB hepática miliar, tuberculoma hepático e TB biliar.

Entre 1996 e 2010 Govindasamy et al. (2011) conduziram uma pesquisa na qual operaram 209 pacientes com diagnóstico de neoplasia do trato biliar no Departamento de Gastroenterologia Cirúrgica e Transplantação no Hospital Sir Ganga Ram, em Nova Déli, na Índia. Sete dos duzentos e nove pacientes tinham tuberculose biliar, sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade média de 54 anos. A clínica foi variada, podendo apresentar febre, vômitos, prurido e principalmente icterícia e dor abdominal. Nenhum destes pacientes apresentou TB isolada. Faz-se importante salientar que nenhum dos sete pacientes foi diagnosticado com TB biliar no pré-operatório. O diagnóstico final foi baseado no histopatológico pós-operatório com granulomas de revestimento, enfatizando a importância da cirurgia no diagnóstico e condução dos casos. Stemmerman (1941) descreveu uma série de casos de 1.500 autópsias de pacientes com TB, em que relataram uma incidência de 3% de TB biliar.

Em julho de 2010, Sobnach et al. (2010), descreveram o caso de uma paciente do sexo feminino, 37 anos, HIV positivo sem acompanhamento, com contagem de CD4 de 14 células/ml, que deu entrada em seu serviço com hematêmese. Ao exame físico, encontrava-se anictérica, pálida e sem peritonismo. A gastroscopia mostrou duas úlceras pré-pilóricas antigas e uma perfurada no duodeno. Realizada laparotomia, que evidenciou gangrena em vesícula biliar e ducto biliar comum necrótico, com extravasamento de bile e pús. Até então não sabiam condição tuberculosa da paciente. A úlcera foi tratada cirurgicamente e também foi realizada colecistectomia, com hepatico-jejunostomia em Y de Roux e enteroenterostomia. O diagnóstico de TVB foi feito a partir de confirmação histopatológica.

A TB primária de vesícula biliar é muito rara e pouco descrita em pacientes HIV positivos. Sobnach et al. (2010) citam que um dos fatores responsáveis por essa infrequência seria a inibição do crescimento de micobactérias em alta concentração de ácidos biliares. Já Gupta et al. (2018) explicam esse fato pela natureza alcalina da bile. Jain et al. (2017) abrangem também a loja hepática e argumentam que o fígado não é adequado para a *Mycobacterium tuberculosis* pela sua baixa tensão de oxigênio no tecido.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar o caso de um paciente de 37 anos, HIV positivo, com diagnóstico anatomopatológico de TVB. As informações nele contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro dos exames complementares diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

3. RELATO DE CASO

L.A.M.M., masculino, 37 anos, ex-presidiário, natural e procedente de Cuiabá-MT, nega comorbidades pré-existentes conhecidas.

Paciente foi à consulta em Unidade Saúde da Família (USF) na cidade de Cuiabá, para seguimento pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica e tratamento de tuberculose, diagnosticada por meio de exame anatomopatológico de vesícula biliar.

O enfermo narrou ao médico da USF que iniciou quadro de dor em abdome superior com irradiação para dorso, associada à diarreia e recebeu atendimento médico inicial em Unidade de Pronto Atendimento onde foram solicitados exames complementares: Endoscopia Digestiva Alta (laudo 1) e Ultrassonografia de abdome total (laudo 2). Relatou ainda que foi submetido à colecistectomia em caráter de urgência com encaminhamento da peça cirúrgica para estudo anatomopatológico (laudo 3). Após alta hospitalar, usuário foi encaminhado à Atenção Básica para seguimento e tratamento de tuberculose, nesta consulta foi solicitada sorologia para HIV. Em consulta de retorno na USF paciente portava resultado do teste de HIV positivo (laudo 4) e foi encaminhado ao Pronto Socorro Municipal de Cuiabá para internação, devido a mal estado geral.

Exames:

- *Laudo 1* - Endoscopia Digestiva Alta: gastrite de antro enantematosa de leve intensidade e estase biliar gástrica, negativo para *H. pylori*.
- *Laudo 2* - Ultrassonografia de abdome total: compatível com cistopatia litíásica e baço com dimensões acima da normalidade.
- *Laudo 3* - anatomopatológico: 1) Vesícula biliar: **colecistite crônica calculosa e ulcerada**, caracterizada por focos de solução de continuidade do epitélio mucoso e infiltrado inflamatório linfocítico, contendo granulomas epitelióides, por vezes **com focos de necrose**, em córion da mucosa e da camada muscular, **compatível com etiologia tuberculosa**. Ausência de neoplasia. 2) Linfonodo mesentérico: **Linfadenite granulomatosa de etiologia tuberculosa**, com extensas áreas de necrose. 3) Linfonodo satélite: **Linfadenite granulomatosa de origem tuberculosa**. **Observação:** A pesquisa de BAAR por coloração de Ziehl-Neelsen mostrou a **presença de BAAR íntegros (2+/4+)**. Ausência de fungos pela coloração especial Grocott.
- *Laudo 4* - Anti-HIV 1 e 2: positivo.

Deve-se solicitar sorologia para HIV a todo paciente com diagnóstico de Tuberculose e caso seja confirmada a coinfeção HIV/TB, este deve ser encaminhado para tratamento em Unidade de Referência (BRASIL, 2002).

O tratamento da tuberculose na coinfeção HIV/TB é o mesmo da população geral e independente da apresentação clínica deve-se realizar a contagem de linfócitos T CD4+ antes do início de Terapia antirretroviral (TARV). O esquema de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde consiste na combinação de Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida por

dois meses, seguidos de quatro meses de Rifampicina e Isoniazida, totalizando seis meses de tratamento (BRASIL, 2007 e 2008).

A colelitíase e obstrução do ducto cístico são os fatores mais importantes no desenvolvimento de TVB, com colelitíase presente em 70% dos casos. Possui disseminação pela via hematogênica ou pelos nódulos linfáticos adjacentes (LAKHEY et al., 2006). Estudos sugerem que os bacilos da tuberculose, quando atingem as vias biliares, propiciam a formação de cálculos (KAPOOR et al., 2006).

A TVB possui apresentação clínica relativamente inespecífica, sendo mais comum em mulheres com mais de 30 anos de idade (ABU-ZIDAN; ZAYAT, 1999 – (DUAN; LIU; CHEN, 1992). Seu diagnóstico pré-operatório é difícil, principalmente nos pacientes com litíase biliar, porque a maioria dos sintomas é atribuída aos cálculos biliares. Portanto, o diagnóstico da TVB geralmente é feito por meio de exame histológico da peça cirúrgica após colecistectomia ou pós-morte (HENRIQUEZ et al., 1992; MISHRA et al., 2017).

Como a colecistite tuberculosa é de difícil diagnóstico, todos os espécimes de colecistectomia ressecados devem ser enviados para exame histopatológico, especialmente em pacientes imunodeprimidos. A consideração pré-operatória de Tuberculose é imperativa, pois esta patologia pode ser tratada clinicamente (DUAN; LIU; CHEN, 1992).

4. CONCLUSÃO

A TVB representa 1% dos casos de TB abdominal (ABU-ZIDAN; ZAYAT, 1999). A colelitíase e a obstrução do ducto cístico são os fatores mais importantes para o seu desenvolvimento (JAIN et al., 1995; HAHN et al., 1995; ABU-ZIDAN; ZAYAT, 1999; KUMAR et al., 2000; ROUAS et al., 2003). Esta infecção geralmente se dissemina por via hematogênica ou pelos nódulos linfáticos adjacentes (ABU-ZIDAN; ZAYAT, 1999; LIU; YU, 2002). Pode ter apresentação clínica inespecífica cursando com dor abdominal, perda de peso, febre baixa, anorexia, vômitos e massa abdominal.

Diante disso, a realização do exame histopatológico em todas as colecistectomias, associada ao conhecimento sobre a patologia, são imprescindíveis para o aumento do seu índice diagnóstico, pois devido à escassez de casos, é difícil estabelecer critérios diagnósticos pré-operatório. O paciente relatado teve o diagnóstico de coinfeção por HIV

durante seguimento pós-operatório na ESF, com isso, conclui-se ainda que a referência e contra referência entre atenção Primária e Secundária é de suma importância para o conhecimento, gerenciamento e investigação de possíveis comorbidades por meio do seguimento longitudinal e global dos pacientes

5. REFERÊNCIAS

ABU-ZIDAN, F.M.; ZAYAT, I. Gallbladder tuberculosis (case report and review of the literature). **Hepatogastroenterol**, v. 46, p. 2804–2806, 1999.

BRASIL. **Caderno de atenção básica, manual técnico para controle da tuberculose**, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**, Documento preliminar. Brasília, 2007/2008.

DUAN, J.G.; LIU C.L.; CHEN, Y. One case of gallbladder tuberculosis. **Chin J Radiol**, v. 26, p. 379, 1992.

GOVINDASAMY, M.; SRINIVASAN, T.; VARMA, V.; MEHTA, N.; YADAV, A.; KUMARAN, V.; et al. Biliary Tract Tuberculosis—a Diagnostic Dilemma. **J Gastrointest Surg**, v. 15, p. 2172–2177, 2011.

GUPTA, A.; GUPTA, A.; ANJUM, R.; AGRAWAL, S.; MALLIK, D.; A comprehensive review on Primary gallbladder tuberculosis; **Pol Przegl Chir**, v. 90, n. 2, p. 10-12, 2018.

HAHN, S.T.; PARK, S.H.; SHIN, W.S.; KIM, C.Y.; SHINN, K.S. Gallbladder tuberculosis with perforation and intrahepatic biloma. **J Clin Gastroenterol**, v. 20, p. 84–86, 1995.

HENRIQUEZ, M.; TREJO, C.; OJEDA, M.; BENAVIDES, A. Tuberculosis of the pancreas, an anatomoclinical case. **Rev Med Chil**, v. 120, p. 1153–1157, 1992.

INAL, M.; AKSUNGUR, E.; AKGUL, E.; DEMIRBAS, O.; OGUZ, M.; ERKOÇAK, E. Biliary Tuberculosis Mimicking Cholangiocarcinoma: Treatment With Metallic Biliary Endoprosthesis. Case report. **Am. J. Gastroenterol**, v. 95, n. 4, p. 1069-1071, 2000.

IWAI, T.; KIDA, M.; KIDA, Y.; SHIKAMA, N.; SHIBUYA, A.; SAIGENJI, K. Biliary tuberculosis causing cicatricial stenosis after oral antituberculosis therapy. **World J Gastroenterol**, v. 12, n. 30, p. 4914-4917, 2006.

JAIN, A.; CHATURVERDI, R.; KANTHARIA, C.; JOSHI, A.; LONDHE, M.; KEKAN, M. Secondary sclerosing cholangitis in localized hepatobiliary tuberculosis simulating cholangiocarcinoma: a rare case report. **BMC Gastroenterology**, v. 17, p. 126, 2017.

JAIN, R.; SAWHNEY, S.; BHARGAVA, D.; BERRY, M. Gallbladder tuberculosis: sonographic appearance. **J Clin Ultrasound**, v. 23, p. 327–329, 1995.

KAPOOR, S.; SEWKANI, A.; NAIK, S.; SHARMA, S.; JAIN, A.; VARSHNEY, S. Myriad presentations of gall bladder tuberculosis. **Indian J Gastroenterol**, v. 25, p. 103-104, 2006.

- KUMAR, K.; AVUB, M.; KUMAR, M.; KESWANI, N.K.; SHUKLA, H.S. Tuberculosis of the gallbladder. **HPB Surg**, v. 11, p. 401-404, 2000.
- LAKHEY, P.; SHRESHTHA, M.L.; SAVAMI, G.; KHAKUREL, M.P. Gall bladder tuberculosis: A rare entity. **J Inst Med**, v. 28, p. 53-54, 2006.
- MISHRA, A.; GUPTA, P.; VERMA, N.; YADAV, S. Tuberculosis of the Gallbladder: A Case Report and Review. **MAMC J MedSci**, v. 3, p. 45-47, 2017.
- REJAB, H.; GUIRAT, A.; ELLOUZE, S.; TRIGUI, A.; MIZOUNI, A.; TRIKI, H. et al. Primitive gallbladder tuberculosis: A case report with review of the literature. **Ann Ital Chir**, v. 84, p. 1-3, 2013.
- ROUAS, L.; MANSOURI, F.; JAHID, A.; ZOUAIDIA, F.; SAIDI, H.; NABIH, N. et al. Gallbladder tuberculosis associated with cholelithiasis. **Rev Med Liege**, v. 58, p. 757-760, 2003.
- SOBNACH, S.; VAN DER LINDE, G.D.; KAHN, D.; BHYAT, A. Primary tuberculosis of the gallbladder in an HIV-positive patient. **Kimberley Hospital**. Cidade do Cabo. 2010.
- STEMMERMAN M. Bile duct tuberculosis. **Q Bull Sea View Hosp**, v. 6, p. 316-324, 1941.
- XU, X.F.; YU R.S.; QIU, L.L. Gallbladder tuberculosis: CT findings with histopathologic correlation. **Korean J Radiol**, v. 12, p. 196-202, 2011.
- YU R., LIU Y. Gallbladder tuberculosis: Case report. **China Med J**, v. 115, p. 1259-1261, 2002

TRIAGEM DE DOENÇAS INFECCIOSAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Clyslorrama Nunes Aiache¹, Janaira Teles de Oliveira¹, Laís Alice Duarte de Albuquerque¹, Alice Arlen Amorim Albuquerque¹, Tiffany Nicolly de Oliveira Merenciano¹, Ycaro Nathan de Souza Ferreira¹, Kétly Sabrina Silva de Souza¹, Juliana Silva dos Santos¹, Bianca Neris Gonzaga¹ e Eder Ferreira de Arruda¹

1. Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a realização da triagem de Hepatite B, Rubéola, HIV, Toxoplasmose e Sífilis durante a assistência pré-natal em uma unidade de saúde de Rio Branco-Acre. Para tanto, desenvolveu-se um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa envolvendo 86 gestantes que foi realizado por meio da aplicação de um questionário com perguntas sobre as características sociodemográficas, gineco-obstétricas, da assistência pré-natal e acerca da triagem pré-natal das infecções. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 20.0, no qual foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. Observou-se que 53,5% das gestantes tinham entre 18 e 24 anos de idade, 64,0% eram da cor parda, 55,8% das grávidas possuíam ensino médio, 79,1% das gestantes não exerciam atividade remunerada, 84,9% das entrevistadas residiam na zona urbana, sendo que a maioria era não fumante (96,5%) e não etilista (91,9%). Destas, 66,3% tiveram início da vida sexual com mais 15 anos de idade, 50,0% eram múltiparas, 66,3% negaram infecções prévias a gestação, 60,5% estavam no primeiro trimestre gestacional, 19,8% referiram ter sofrido algum tipo de aborto, 88,4% receberam orientações sobre IST durante o acompanhamento pré-natal. No primeiro trimestre gestacional, 93,0% das grávidas tiveram os exames de triagem solicitados, 79,0% realizaram os testes e apenas 74,4% tiveram acesso e apresentaram os resultados. Todavia, entre as gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional houve reduções na frequência de todos os indicadores da triagem de infecções. Dessa forma, a maioria das gestantes teve seus exames de triagem solicitados durante as primeiras consultas de pré-natal. Porém, houve um déficit e declínio na frequência da realização dos testes, acesso e apresentação dos resultados em todos os trimestres gestacionais avaliados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Complicações Infecciosas na Gravidez e Testes Sorológicos.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the screening performance for hepatitis B, rubella, HIV, toxoplasmosis and syphilis during prenatal care at a health unit in Rio Branco-Acre. To this end, a descriptive, cross-sectional observational study was developed, with a quantitative approach, involving 86 pregnant women, which were carried out through the application of a questionnaire with questions about sociodemographic, gynecological and obstetric characteristics, and prenatal care and about prenatal screening for infections. The data were analyzed using the statistical program SPSS, version 20.0, in which the absolute and relative frequencies of the variables of interest were calculated. It was observed that 53.5% of pregnant women were between 18 and 24 years old, 64.0% were brown, 55.8% of pregnant women had completed high school, 79.1% of pregnant women did not exercise paid activity, 84, 9% of the interviewees lived in the urban area, the majority being non-smokers (96.5%) and non-alcoholics (91.9%). Of these, 66.3% initiated sexual life at age 15, 50.0% were multiparous, 66.3% denied infections before pregnancy, 60.5% were in the first gestational trimester, 19.8% reported having suffered some type of abortion, 88.4% received STI guidance during prenatal care. In the first gestational trimester, 93.0% of pregnant women had the screening tests requested, 79.0% underwent the tests and only 74.4% accessed and presented the results. However, among pregnant women who were in the third trimester of pregnancy, there was a reduction in the frequency of all infection screening indicators. Thus, most pregnant women had their screening tests requested in the first prenatal consultations. However, there was a deficit and a decline in the frequency of exams, access and presentation of results in all evaluated gestational quarters.

Keywords: Primary Health Care, Infectious Complications in Pregnancy and Serological tests.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase complexa e seu desfecho favorável depende, principalmente, da atenção em saúde durante as consultas de pré-natal no intuito de promover a detecção precoce de doenças e situações de risco para o binômio mãe/filho (SARAIVA; SILVA FILHO, 2017).

Nesta perspectiva, a assistência pré-natal de qualidade destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para possíveis complicações para a saúde da mulher e do concepto (NUNES et al., 2016).

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza que o acompanhamento pré-natal deve seguir regras e protocolos para uma assistência eficaz, devendo os profissionais de saúde ficar atentos a todos os sinais e sintomas relatados pelas gestantes, além da solicitação regular dos exames, interpretá-los adequadamente e

intervir, buscando, assim, a prevenção de doenças e promoção da saúde da mãe e concepto (BRASIL, 2002).

A realização de exames de rotina para a triagem de infecções durante a gestação (Hepatite B, Rubéola, HIV, Toxoplasmose e Sífilis), estabelecida por meio do protocolo do Ministério da Saúde para acompanhamento pré-natal, é essencial para garantir assistência adequada, e assim, proporcionar a prevenção de agravos e tratamento em tempo oportuno, resultando na redução das taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, prevenção, identificação e correção das anormalidades que possam afetar a gestante e seu concepto e produzir estratégias para tratamentos de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; SÃO PEDRO et al., 2019).

Neste contexto, o adequado cumprimento do protocolo de triagem de doenças durante a assistência pré-natal é uma relevante estratégia de atenção à saúde da grávida e do concepto. Dessa forma, é necessário conhecer como ele tem sido executado durante a rotina das unidades de saúde no intuito de estabelecer medidas e ações eficazes de ampliação e melhoria dos serviços ofertados durante o período gestacional.

Diante ao exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a realização da triagem de Hepatite B, Rubéola, HIV, Toxoplasmose e Sífilis durante a assistência pré-natal em uma unidade de saúde de Rio Branco-Acre.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Foi realizado em uma unidade de saúde de Rio Branco-AC, Brasil, composta por uma equipe multidisciplinar e que possui uma ampla área de abrangência no território adscrito.

O município de Rio Branco, capital do estado do Acre, está localizado na Amazônia Sul Ocidental (latitude: 9°58'26"S; longitude: 67°48'27"O), possui uma área territorial de 8.834,942 km² e população estimada em 407.319 habitantes no ano de 2019 (IBGE, 2020).

Para o cálculo amostral foi considerada a média mensal de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal durante o primeiro semestre de 2019, cuja média de atendimentos foi de 100 gestantes ao mês, sendo considerado um intervalo de confiança de

95% e um percentual de margem de erro de 5%, o que determinou uma amostragem mínima de 86 gestantes que foram convidadas para participarem do estudo.

Foram incluídas, por conveniência, as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, em acompanhamento pré-natal na referida unidade, em qualquer trimestre gestacional e que voluntariamente aceitaram participar das atividades e ações propostas, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Por sua vez, foram excluídas as que não tiveram condições físicas ou psicológicas para responderem o questionário.

A coleta de dados foi realizada na própria unidade de saúde no momento da procura por atendimento, nos meses de janeiro a fevereiro de 2020, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas sobre as características sociodemográficas, gestacionais e sobre a triagem pré-natal para infecções.

Os dados foram digitados e revisados no programa *Microsoft® Office Excel* 2016 e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINORTE e aprovado com CAAE 24103619.4.0000.8028 e parecer número 3.777.821.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Tabela 1, a maioria das gestantes tinha entre 18 e 24 anos de idade (53,5%). De forma diferente, na pesquisa realizada no estado do Piauí a maioria das participantes estava na faixa etária de 26 a 32 anos, com 30,0% (AMORIM et al., 2017). Assim como, em outro estudo realizado no Rio de Janeiro em que a maior parte de gestantes tinha idade entre 20 e 35 anos (59,6%) e as demais se dividiam entre adolescentes e mulheres em idade materna avançada (NUNES et al., 2018).

No que se refere à cor ou raça, 64,0% das participantes se autodeclararam como pardas (Tabela 1). De igual modo, na pesquisa sobre perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidas no serviço de pré-natal em Rio Branco (AC) houve predomínio de gestantes de cor parda, com 78,5% (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Concernente à escolaridade, 55,8% das grávidas possuíam ensino médio (Tabela 1). O estudo realizado no estado de Rio Grande do Sul apresenta o índice de 50,6% de mulheres

com apenas o ensino fundamental completo (JANTSCH et al., 2017). No trabalho desenvolvido sobre assistência pré-natal em uma maternidade pública do estado do Maranhão foi identificado que a maioria das pacientes tinha apenas ensino médio completo, com 65,0% (SILVA et al., 2018).

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes submetidas à assistência pré-natal em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
Faixa etária (anos)		
18-24	46	53,5
25-29	20	23,3
35-40	18	20,9
>40	02	2,3
Cor/ Raça		
Parda	55	64,0
Negra	05	5,8
Branca	14	16,2
Amarela	12	14,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	16,3
Ensino Médio	48	55,8
Ensino Superior	24	27,9
Atividade remunerada		
Sim	18	20,9
Não	68	79,1
Renda familiar mensal*		
Sem renda	26	30,2
Até 1 SM	42	48,9
2 - 3 SM	16	18,6
≥ 4 SM	02	2,3
Local de moradia		
Zona urbana	73	84,9
Zona rural	13	15,1
Total	86	100,0

Notas: Valor do Salário Mínimo (SM) em 2020 = R\$ 1.045,00.

O baixo nível de instrução está relacionado à possibilidade dos indivíduos de obter poucas informações acerca dos cuidados sobre sua própria saúde, se tornando vulnerável a desenvolver determinadas doenças, sendo considerado como um fator de risco gestacional (BRASIL, 2013; SBARDELOTTO et al., 2018).

Neste contexto, a baixa escolaridade materna merece atenção especial dos gestores e profissionais de saúde, pois pode interferir no processo de assistência pré-natal e está associada a desfechos gestacionais desfavoráveis (PASTRO et al., 2019).

No que se refere à situação econômica, 79,1% das gestantes não exerciam atividade remunerada e 48,9% tinham renda familiar mensal de até um salário mínimo (Tabela 1). Infere-se que as gestantes vivem em condição de inferioridade econômica e social, constituindo um fator de risco para a vulnerabilidade das mulheres mantendo relação direta com as limitações de suas relações pessoais¹⁵. Um estudo entre gestantes em Ibotirama (BA) evidenciou que a maioria das gestantes tinha renda familiar de até um salário mínimo, com 60,0% (FERREIRA; ALMEIDA, 2017). Corroborando com o presente estudo, uma pesquisa na cidade de Gurupi (TO), mostrou que quase metade das gestantes (46,4%) não tinha profissão (SILVA et al., 2015).

A baixa renda é um fator que predispõe nitidamente com alguns riscos reprodutivos, pois implica no menor acesso aos serviços de saúde e aumenta à vulnerabilidade das mulheres as doenças (XAVIER et al., 2013).

Com relação ao local de moradia, 84,9% das entrevistadas residiam na zona urbana e 15,1% na zona rural (Tabela 1). Assim como, em outro estudo na cidade de Gurupi (TO) 93,3% das gestantes residiam na zona urbana (SILVA et al., 2015). Alguns fatores, existentes tanto na zona urbana quanto na zona rural, podem influenciar no acesso e adesão das gestantes à assistência pré-natal, tais como: dificuldade de transporte, baixa renda familiar, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, idade materna (adolescência e idade mais avançadas), não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas na gravidez, multiparidade (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014). Todavia, na zona rural esses fatores são mais presentes, assim favorecendo as menores frequências nas consultas de pré-natal e na adesão aos exames de primeira rotina (MARTINELLI et al., 2014).

Conforme a Tabela 2, a maioria das gestantes não era fumante (96,5%) e não etilistas (91,9%). De igual modo, em um estudo realizado no município de Chapecó (SC) no qual se identificou que 94,4% das participantes não eram tabagistas¹³. Assim como, em outra pesquisa desenvolvida em Teresina (PI) se verificou que 67,2% das gestantes não fumavam (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017). Da mesma forma, a minoria das gestantes no município de Belém (PA) era etilista (18,08%) e tabagista, com 14,43% (PAES et al., 2017).

Porém, os resultados deste estudo divergem dos encontrados em Botucatu (SP) no qual a maioria fazia consumo de cigarro, sendo 40,9% fumantes ativas e 72,0% consideradas fumantes passivas (BERTANI et al., 2015) e dos resultados observados em uma pesquisa desenvolvida em Porto Alegre no qual 42,0% das gestantes mantiveram o uso do cigarro durante a gravidez (HENDGES, 2019).

Tabela 2. Comportamento, características ginecológicas, obstétricas e da assistência pré-natal de gestantes de uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
Tabagista		
Sim	03	3,5
Não	83	96,5
Etilista		
Sim	07	8,1
Não	79	91,9
Sexarca (idade)		
< 15 anos	29	33,7
≥ 15 anos	57	66,3
Número de gestações		
Primípara	43	50,0
Múltipara	43	50,0
Histórico de aborto		
Sim	17	19,8
Não	69	80,2
Histórico de IST*		
Sim	12	14,0
Não	67	66,3
Não sabe	07	8,1
Trimestre gestacional		
Primeiro	52	60,5
Segundo	22	25,6
Terceiro	12	13,9
Número de consultas de pré-natal		
1 – 2	36	41,9
3 – 4	17	19,8
5 – 6	18	20,9
> 6	15	17,4
Orientações sobre IST durante as consultas de pré-natal		
Sim	76	88,4
Não	10	11,6
Total	86	100,0

Nota: *Infecções Sexualmente Transmissíveis

O tabagismo pode influenciar diretamente na saúde da gestante e do concepto, sendo um importante fator de risco para desfechos gestacionais desfavoráveis. As complicações neonatais mais comuns podem ser retardo no crescimento intrauterino, diminuição do peso fetal, síndrome da angústia respiratória, retardo no crescimento fetal, icterícia neonatal, além disso, o peso dos recém-nascidos de mães fumantes tem uma redução de 150 a 250g, que variam de acordo com o número de cigarros consumidos (SILVA et al., 2018).

O uso exagerado das bebidas alcoólicas durante a gravidez e os efeitos negativos que este comportamento pode ter sobre os recém-nascidos são bem conhecidos. No primeiro mês de gestação, o consumo de álcool pode ocasionar danos pré-natais como alterações cromossômicas, malformações e dimorfismo facial. Na segunda e terceira semana da gestação, pode aumentar as chances de ocorrer um aborto espontâneo, lesão dos tecidos do sistema nervoso e complicações referentes ao parto (PENA et al., 2017).

No que se refere a sexarca, 66,3% das entrevistadas tiveram início da vida sexual com 15 anos ou mais de idade (Tabela 2). De forma similar, em um estudo realizado em Teresina (PI) 38,6% das gestantes tiveram sua primeira relação sexual acima de 15 anos (MARANHÃO et al., 2017). O início da vida sexual precoce favorece a ocorrência de gravidez na adolescência e aumenta o risco de contaminação por IST. Normalmente, gestantes adolescentes apresentam dificuldade na assistência e triagem pré-natal, muitas vezes o desconforto moral em assumir uma gestação em uma idade jovial (PEIXOTO et al., 2012), principalmente pelas dificuldades em aceitar a gestação, condições de vida precária e pressões psicológicas, contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes (BRASIL, 2013).

Com relação ao número de gestações, 50,0% das participantes eram multíparas (Tabela 2). Do mesmo modo, no município de Chapecó (SC) 76,6% das mulheres tinham uma ou mais gestações¹³. Assim como, em um estudo feito no estado do Paraná foi identificado que 70,5% das mulheres eram multíparas (COSTA et al., 2016). Diferentemente, em Teresina (PI) a maior parte das parturientes 73,2% era primípara (GOMES et al., 2020).

A quantidade de gestações influencia diretamente no comparecimento em consultas de pré-natal, mulheres multíparas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal, a maioria por não apresentarem complicações obstétricas prévias, sobretudo àquelas com falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito, as multíparas apresentam, em sua maioria, a justificativa de ser única provedora do lar e dessa forma não possuem tempo de comparecer às consultas; dessa forma, cabe ao profissional de saúde quando houver oportunidade frisar na importância do acompanhamento pré-natal e explicando que cada gestação é única e existem fatores que diferem diretamente em cada uma delas (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Quanto ao histórico de aborto, 19,8% das gestantes referiram ter sofrido algum tipo de aborto (Tabela 2). De modo similar, os dados apresentados nas macrorregiões Sul da Bahia a porcentagem de aborto foi de 15,7% (SÃO PEDRO et al., 2019). Assim como, no

estudo com gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará identificaram que 17,07% das entrevistadas tinham história de abortamento (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018). É importante verificar os antecedentes obstétricos, pois mulheres que apresentam histórico de aborto podem ter possíveis consequências como parto prematuro ou até mesmo um novo aborto (GOMES et al., 2020).

Considera-se que as gestantes com história de aborto buscam mais o atendimento pré-natal, pois esse acolhimento está associado ao índice de importância na diminuição dos riscos e possíveis patologias, recebendo orientações e incentivos maternos que possam contribuir de forma íntegra e social para a gestante e a criança, as gestantes com história de aborto apresentaram o medo e o receio de um novo aborto como sentimento mais marcante e esteve presente tanto em mulheres que abortaram espontaneamente como nas que o provocaram (FERNANDES et al., 2012).

No que diz respeito ao histórico de IST, 66,3% das entrevistadas negaram infecções prévias a gestação (Tabela 2). Corroborando com este resultado, na pesquisa realizada Santarém (PA) foi identificado que 57,14% das gestantes não possuíam histórico de IST (NASCIMENTO et al., 2018). Em outro estudo realizado em Januária (MG) se verificou que 54,1% das gestantes foram acometidas por IST durante a gestação (SANTOS, 2017). Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), as IST são consideradas um importante fator de riscos gestacionais, pois podem ser transmitidas de forma vertical, da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2015).

Conforme a tabela 2, 60,5% das gestantes estava no primeiro trimestre gestacional e 41,9% já haviam realizado tinha entre uma e duas consultas de pré-natal. De modo similar, em um estudo realizado no Piauí o número máximo de consultas realizado pelas gestantes foram duas consultas durante todo o período de gravidez (AMORIM et al., 2017). Porém, esse percentual é divergente ao encontrado em outros estudos brasileiros nos quais a maioria das gestantes tinha um número superior de consultas de assistência pré-natal (SILVA et al., 2015; PENA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Haja vista que, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde o número adequado de consultas de pré-natal deve ser igual ou superior a seis consultas (BRASIL, 2013).

Por sua vez, o baixo número de consultas de pré-natal encontrado neste estudo pode ser explicado em virtude de terem sido incluídas na pesquisa gestantes de todas as idades gestacionais, porém a maioria delas ainda estava no primeiro trimestre gestacional.

Quanto às orientações sobre IST, 88,4% das participantes receberam informações sobre as infecções durante as consultas de pré-natal (Tabela 2). Em um estudo realizado no

município do Rio de Janeiro identificou que, 61,0% das gestantes afirmaram ter recebido orientações preventivas sobre IST (FONTE et al., 2012). Por sua vez, em uma pesquisa realizada em Minas Gerais (MG) com enfermeiras verificou que as entrevistadas não abordavam o diagnóstico e tratamento de IST com as gestantes (ZAMPIER, 2008). Satisfatoriamente em um estudo realizado no município de Campina Grande (PB) 93,2% das gestantes recebiam orientações sobre IST (BAPTISTA et al., 2015).

As equipes de saúde devem estar capacitadas para prestar uma adequada assistência de pré-natal em todos os níveis de atenção à saúde da mulher. Durante as consultas de pré-natal devem ser desenvolvidas atividades não apenas assistenciais como também educativas proporcionando respostas às indagações da mulher e informações necessárias sobre a gravidez, bem como a execução de procedimentos essenciais, como exames laboratoriais básicos, imunização e triagem de infecções (GUELBER et al., 2014).

Com base na tabela 3, no primeiro trimestre gestacional, 93,0% das participantes tiveram os exames de triagem solicitados (Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, HIV/AIDS e Rubéola), porém apenas 79,0% realizaram os testes e apenas 74,4% tiveram acesso e apresentaram os resultados dos diagnósticos para o profissional responsável no seu acompanhamento pré-natal.

De modo similar, uma pesquisa feita na Paraíba demonstrou que as solicitações de exames durante a primeira consulta do pré-natal foram satisfatórias obtendo (100%) da cobertura da solicitação de exames laboratoriais conforme o trimestre gestacional (BAPTISTA et al., 2015). Todavia, em outro estudo realizado em Maceió (AL) apenas 28,5% das gestantes tiveram a solicitação dos exames de rotina no primeiro trimestre (CAVALCANTE et al., 2016). Assim como, na cidade de João Pessoa (PB) a cobertura dos exames básicos também foi reduzida, com 67,6% (SILVA et al., 2013).

Contudo, em um estudo realizado em São Luís (MA) as gestantes somente tiveram facilidade na realização dos exames laboratoriais e recebimento dos resultados devido à existência de um laboratório conveniado à unidade de saúde (GOMES et al., 2019). Já em uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro (RJ) foi evidenciado que as gestantes ignoraram seu status sorológico por não terem realizado o exame ou por não terem recebido o resultado (SOARES et al., 2018).

Tabela 3. Triagem de infecções (Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, HIV/AIDS e Rubéola), por trimestre gestacional, durante a assistência pré-natal em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	Primeiro trimestre (N = 86)		Terceiro trimestre (N = 12)*	
	N	%	N	%
Solicitação				
Sim	80	9,3	10	83,3
Não	06	7,0	02	16,7
Realização				
Sim	68	79,0	06	50,0
Não	18	21,0	06	50,0
Acesso e apresentação do resultado				
Sim	64	74,4	04	33,3
Não	22	25,6	08	66,6

Nota: *Dentre as 86 gestantes, somente 12 se encontravam no terceiro trimestre gestacional.

Por sua vez, se os resultados dos exames não chegarem às mãos do profissional podem ocorrer riscos à saúde mãe e filho, pois impede a prevenção de agravos e intervenções precoces. Pois, sem a posse dos resultados ou a não realização, as gestantes ficam expostas a danos que podem ocasionar abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido (CAVALCANTE et al., 2016).

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, desde que a gestante tenha testado negativo no primeiro trimestre e/ou não tenha suspeitas de alguma infecção não é necessário realizar a triagem sorológica para doenças infecciosas no segundo trimestre de gestação, sendo solicitados apenas os exames de rotina do acompanhamento pré-natal. Todavia, no terceiro trimestre devem ser repetidos todos os exames realizados durante o primeiro trimestre gestacional (BRASIL, 2013).

Com relação ao terceiro trimestre, houve entre as gestantes reduções na frequência de todos os indicadores da triagem de infecções (solicitação, realização, acesso e apresentação dos resultados) quando comparado à cobertura de triagem do primeiro trimestre gestacional em que foram solicitados os mesmos exames (Tabela 3).

A realização dos exames durante a gestação é um período oportuno para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu concepto, bem como instituir tratamento a doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação (CAVALCANTE et al., 2016). A repetição dos exames no terceiro trimestre oferece aos profissionais informações clinicamente relevantes, pois há a possibilidade de indicar

alterações não perceptíveis no início da gravidez, essa etapa é tão importante quanto à primeira (CASTRO et al., 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, todas as gestantes devem realizar uma primeira coleta, no primeiro trimestre gestacional, e uma segunda coleta, no terceiro trimestre gestacional. Contudo, um estudo feito nas regiões de saúde Sul e Sudoeste da Bahia mostrou que somente 19% e 13% das gestantes fizeram a segunda coleta, a efetividade da atenção básica possivelmente contribui para que as gestantes cheguem mais previamente para testagem, possibilitando nova coleta no terceiro trimestre, assim reduzindo o risco da janela imunológica (BRASIL, 2013).

Alguns fatores influenciam na redução da triagem do primeiro para o segundo exame e podem estar associados com a dificuldade de acesso aos laboratórios da rede pública, a demora dos laboratórios em liberar os resultados dos exames, dificuldade em marcar os exames e o início tardio retardando a solicitação dos exames preconizados. Por sua vez, a não realização ou demora dos laudos, tratamento inadequado da grávida e não adesão à terapêutica pelo seu parceiro está diretamente relacionada às altas taxas de transmissão vertical da sífilis, HIV, toxoplasmose, trazendo como possíveis consequências à ocorrência de óbitos perinatais, malformação do feto (CAVALCANTE et al., 2016; PASTRO et al., 2019; CASTRO et al., 2020).

A assistência adequada, qualificada e humanizada à gestação é primordial para minimizar os índices de morbimortalidade materno-infantil, compreende-se que a assistência pré-natal deve ser realizada seguindo todas as rotinas preconizadas para uma consulta, principalmente, por se configurar como uma das oportunidades para diagnóstico de infecções, facilitando a prevenção e redução da morbimortalidade por esses agravos e conseqüentemente assegurar a saúde da mãe e do feto (LACERDA; RODRIGUES; CARNEIRO, 2017).

4. CONCLUSÃO

A maioria das gestantes teve seus exames de triagem solicitados (Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, HIV/AIDS e Rubéola) durante as primeiras consultas de pré-natal. Porém, houve um déficit e declínio na frequência da realização dos testes, acesso e apresentação dos resultados dos exames em todos os trimestres gestacionais avaliados. Dessa maneira,

dificultando a integralidade da assistência e aumentando o risco de transmissão vertical das infecções.

Portanto, os serviços de saúde precisam desenvolver estratégias que possam estimular a realização e facilitar a entrega dos resultados da triagem dentro dos prazos. Desse modo, as gestantes podem conhecer suas condições de saúde durante suas consultas de pré-natal e os profissionais de saúde podem realizar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno das infecções visando à promoção de saúde mãe e feto.

5. REFERÊNCIAS

AMORIM, F. C. M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.

ARAÚJO, E. C; MONTE, P. C. B; HABER, A. N. C. A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 9, n. 1, p. 33-39. 2018.

BAPTISTA, R. S. et al. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. **Enfermería Global**, v. 14, n. 4, p.112-127, 2015.

BERTANI, A. L. et al. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, n. 2, p. 175-181, 2015.

BRASIL. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Humanização no Pré-natal e Parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASTRO, L. L. S. et al. Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. **Revista Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 16, p. 1-18, 2020.

CAVALCANTE, K. O. R. et al. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Revista Enfermagem**, v. 3, n. 10, p.1415-1422, 2016.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 23, p.1-8, 2016.

- FERNANDES, D. L. et al. Percepção de um grupo de gestantes detentoras de história de aborto em gestação anterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 10, n. 32, p. 47-53, 2012.
- FERREIRA, B. C. S; ALMEIDA, N. M. S. O Conhecimento das Gestantes acerca das Sorologias solicitadas durante o Pré-Natal. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 35, p. 155-167, 2017.
- FONTE, V. R. F. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p. 493-9, 2012.
- GOMES, C. B. A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1-15, 2019.
- GOMES, T. M. V. et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina – PI: estudo retrospectivo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 69-76, 2020.
- GUELBER, F. A. C. P. et al. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. **HU Revista**, v. 40, n. 1, p. 63-68, 2014.
- HENDGES, S. S. **O perfil das gestantes de uma estratégia de saúde da família**. 2019. (TCC) Graduação em Enfermagem - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rio Branco, Acre**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/panorama>>. Acesso em: 25/03/2020.
- JANTSCH, P. F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande Do Sul. **Destaques acadêmicos**, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017.
- LACERDA, E. D.; RODRIGUES, J. A.; CARNEIRO, W. S. Controle da sífilis na gestação: uma abordagem sobre a assistência de enfermagem. **Temas em saúde**, v. 17, n. 2, p. 226-235, 2017.
- MARANHÃO, T. A. et al. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4083-4094, 2017.
- MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.
- NASCIMENTO, V. B. et al. Aspectos epidemiológico e clínico de gestantes com HIV/AIDS atendidas em um centro de referência em saúde da mulher do município de Santarém, Pará, Brasil. **Rev do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 109-114, 2018.
- NUNES, G. S. et al. Sentimentos vivenciados por primigestas. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 916-22, 2018.

- NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.
- PAES, A. L. V. et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. **Revista Interdisciplinar**, v.10, n. 3, p. 100-109, 2017.
- PASTRO, D. O. T. et al. Qualidade do pré-natal e condições clínicas dos neonatos expostos a infecções maternas. **Journal of Human Growth**, v. 29, n. 2, p. 249-256, 2019.
- PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza - Ce. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012.
- PENA, J. C. P. et al. Uso do álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém-nascido. **Revista Saúde**, v. 11, n. 1-2, p. 74-82, 2017.
- ROSA, C. Q; SILVEIRA, D. S; COSTA, J. S. D. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.
- SAMPAIO, A. F. S; ROCHA, M. J. F; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 567-575, 2018.
- SANTOS, D. S. **Contribuições para diminuir a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em gestantes da unidade básica de saúde dr. Aurélio Caciquinho na estratégia de saúde da família São Francisco em Januária- Minas Gerais.** (TCC) Especialização em Estratégia de Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.
- SANTOS, T. M. M. G; ABREU, A. P. S. B; CAMPOS, T. G. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Revista de enfermagem**, v. 11, n. 7, p. 2939-45, 2017.
- SÃO PEDRO, S. A. P. et al. Triagem pré-natal de infecções nas macrorregiões sul e sudoeste do estado da Bahia, Brasil: detectadas em papel de filtro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 3, p. 691-700, 2019.
- SARAIVA, D. B. S; SILVA FILHO, J. C. **Projeto de intervenção para melhorar a adesão ao atendimento pré-natal na UBS Antônio Moura, Porto Alegre do Piauí - PI.** (TCC) Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí, Porto Alegre, 2017.
- SBARDELOTTO, T. et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 1-11, 2018.
- SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SILVA, J. R. et al. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109-116, 2018.

SILVA, L. L. et al. Síndrome alcoólica fetal (SAF): uma visão contemporânea sobre o abuso do álcool durante a gestação. **Rev Saúde em foco**, n. 10, p. 904-914, 2018.

SILVA, M. G. et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. **Rev. Universitas: Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2015.

SOARES, A. M.; CANÇADO, F. M. A. A. Perfil de mulheres com perda gestacional. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. 1, p. 1-5, 2018.

XAVIER, R. B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

ZAMPIER, V. S. B. **Abordagem das DST na Consulta de Enfermagem em Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora – Minas Gerais**. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DO BAIXO AMAZONAS, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

**Brenda dos Santos Coutinho¹, Andreza Dantas Ribeiro¹, Marlyara Vanessa Sampaio
Marinho¹, Françoise Gisela Gato Lopes¹, Victor de Lima Dias¹, Audelaine Miranda da
Cruz² e Adjanny Estela Santos de Souza¹**

1. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII, Santarém, Pará, Brasil

2. Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), Unidade de Referência Especializada (URE), Santarém, Pará, Brasil.

RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar o perfil de pacientes que tiveram diagnóstico de tuberculose (TB) pulmonar, atendidos em uma unidade que atua como referência secundária e terciária no programa de tuberculose na região de integração do Baixo Amazonas e Tapajós. Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, na qual foram coletados dados de prontuários de pacientes com diagnóstico de TB confirmados, atendidos na unidade no período de abril de 2011 a abril de 2017. As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, município de residência, zona de residência, baciloscopia direta, cultura para micobactéria, teste de sensibilidade, exame de raio-X e tipo de entrada no programa de TB. Foram realizados 1.896 exames bacteriológicos para o diagnóstico da tuberculose, 145 (7,64%) pacientes obtiveram resultado positivo para TB. Santarém e Itaituba foram os municípios que apresentaram o maior número de casos. A maioria dos casos positivos ocorreu em indivíduos adultos jovens do sexo masculino da zona urbana. Evidenciou-se aumento de casos novos e considerado número de recidivas e reingresso após abandono do tratamento. Ressalta-se a necessidade da busca ativa por sintomáticos respiratórios, bem como a implementação do tratamento diretamente observado, garantindo maior adesão ao tratamento, oportunizando a quebra da cadeia de transmissão e o encerramento de um caso por cura, reduzindo os índices abandono e resistência.

Palavras-chave: Tuberculose, Epidemiologia e Diagnóstico.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the profile of patients who were diagnosed with pulmonary tuberculosis (TB), treated at a unit that acts as a secondary and tertiary reference in the tuberculosis program in the region of the integration of Baixo Amazonas and Tapajós. This is a descriptive and documentary research, in which data were collected from medical records of patients with a confirmed TB diagnosis, attended at the unit from April 2011 to April

2017. The variables analyzed were sex, age group, municipality of residence, area of residence, direct smear microscopy, culture for mycobacteria, sensitivity test, X-ray examination and type of entry into the TB program. 1,896 bacteriological tests were carried out for the diagnosis of tuberculosis, 145 (7.64%) patients obtained positive results for TB. Santarém and Itaituba were the municipalities with the highest number of cases. Most of the positive cases occurred in young adult male individuals from the urban area. There was an increase in new cases and the number of recurrences and re-entry after treatment abandonment was considered. The need for an active search for respiratory symptoms is emphasized, as well as the implementation of the treatment directly observed, guaranteeing greater adherence to the treatment, making it possible to break the transmission chain and close a case for cure, reducing the rates of abandonment and resistance.

Keywords: Tuberculosis, Epidemiology and Diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui-se numa das principais preocupações no âmbito da saúde pública, sobretudo em países cujas populações encontram-se expostas a estruturas socioeconômicas e ambientais deficitárias. Nesse caso, o Brasil, encontra-se entre os 22 países que englobam 80% dos casos de TB, perdendo somente para Índia, China e África do Sul (BRASIL, 2018).

No cenário mundial, o Brasil ocupa a 20^a posição e a 19^a quando associada a TB com a infecção pelo HIV. O país, ainda possui destaque no bloco econômico que está inserido, o BRICS, formado pelo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, países que em conjunto agregam quase 50,0% dos casos de TB no mundo (BRASIL, 2017).

O coeficiente de incidência de TB no Brasil reduziu de 42,7 em 2001 para 34,2 casos por 100 mil habitantes em 2014, o que foi possível, em grande parte, pelo aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; BRASIL, 2017).

Espera-se, que a incidência de casos novos de tuberculose seja de 20,7/100 mil hab. no ano de 2035. Em 2010, o estado do Pará apresentava um coeficiente de incidência de 46,0/100 mil hab., sendo o segundo estado com a taxa mais elevada da região norte, ficando atrás somente do Amazonas com o coeficiente de incidência de 65,8/100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Em um estudo epidemiológico realizado em Belém, foram notificados 7.444 casos de TB em indivíduos residentes no município, representando uma incidência de 93 casos por

100.000 habitantes e com relação à taxa de mortalidade, esta correspondeu a quatro casos por 100.000 habitantes (LIMA et al., 2017).

Nesse contexto, a investigação da tuberculose na atenção primária ocorre a partir de exames bacteriológicos, principalmente com a realização da baciloscopia direta do escarro e a cultura do bacilo, utilizada para a detecção da TB intra e extrapulmonar. Somado à organização da equipe em saúde é acrescido o benefício da detecção precoce, através da busca ativa de casos de TB na comunidade, com a solicitação dos exames, sorologia para o HIV e investigação de contato domiciliar, fornecendo assim, informações pertinentes para o diagnóstico e início da terapêutica (PELLISSARI et al., 2018).

Nos casos de maior complexidade para o diagnóstico ou terapêutica, tem-se como apoio as unidades de referência secundárias e terciárias, que contam com uma melhor estrutura para a resolução desses casos (BRASIL, 2011).

Considerando a importância que a TB ocupa na saúde pública, o estudo teve o objetivo de analisar o perfil de pacientes que tiveram diagnóstico de tuberculose pulmonar, atendidos em uma unidade que atua como referência secundária e terciária no programa de tuberculose na região de integração do Baixo Amazonas e Tapajós.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, com o emprego da pesquisa documental. Os dados foram coletados a partir dos registros do laboratório de análises clínicas em uma unidade de referência, no município de Santarém/PA. A escolha da instituição para a coleta de dados da pesquisa baseou-se na relevância que a unidade ocupa na região, recebendo pacientes do Baixo Amazonas e Tapajós, além de ser referência no tratamento da tuberculose, atendendo desde casos multirresistentes até a crescente e recente demanda de casos de micobacterioses não tuberculosas (MNT). A respectiva unidade é vinculada à Secretaria de Estado de Saúde – SESPA e atua como referência secundária e terciária no programa nacional de tuberculose nos 19 municípios da região oeste do Pará, sendo 13 municípios da região de integração do Baixo Amazonas (Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Monte Alegre, Mojuí dos Campos, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Terra Santa e Santarém) e 6 da região do Tapajós (Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Trairão).

Foram incluídos no estudo dados de prontuários de pacientes com diagnóstico de TB confirmados, atendidos na unidade no período de abril de 2011 a abril de 2017. As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, município de residência, zona de residência, exame microscópico direto – baciloscopia direta, cultura para micobactéria, teste de sensibilidade, exame de raio-X e tipo de entrada no programa de TB. Os dados foram analisados com recursos de estatística descritiva por frequência absoluta e relativa a partir do software Microsoft Excel.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, conforme parecer nº 2.372.826, CAEE: 79350617.6.0000.5168, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as normas para realização de estudos com seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram atendidos 1.896 pacientes com solicitação de exames bacteriológicos para fins de diagnóstico da tuberculose. Destes, 145 (7,64%) obtiveram resultado positivo nos exames. Foi observada maior incidência de casos positivos nos anos de 2013 (23,45%), 2014 (20,69%) e 2015 (17,93%). Entretanto, cabe ressaltar que nos anos de 2011 e 2017 não foram contemplados todos os meses na coleta, o que implica em um número parcial de casos (Figura 1).

Santarém foi o município com maior número de casos (Figura 2). Esse resultado é justificado por Santarém ser o maior município da região, além de ser referência para os municípios da região do Baixo Amazonas e Tapajós.

Apesar do maior número de casos positivos de tuberculose ser de pacientes oriundos do município de Santarém, é visível a referência da unidade junto ao programa nacional de tuberculose a partir da observação do quantitativo de exames bacteriológicos realizados anualmente pela unidade, em indivíduos provenientes dos mais diversos municípios das respectivas regiões de abrangência.

O perfil sociodemográfico evidenciou que a maioria dos pacientes diagnosticados com TB, eram do sexo masculino (62,07%), com média de idade de $42,7 \pm 19,5$ anos, residentes na zona urbana (84,14%) (Tabela 1).

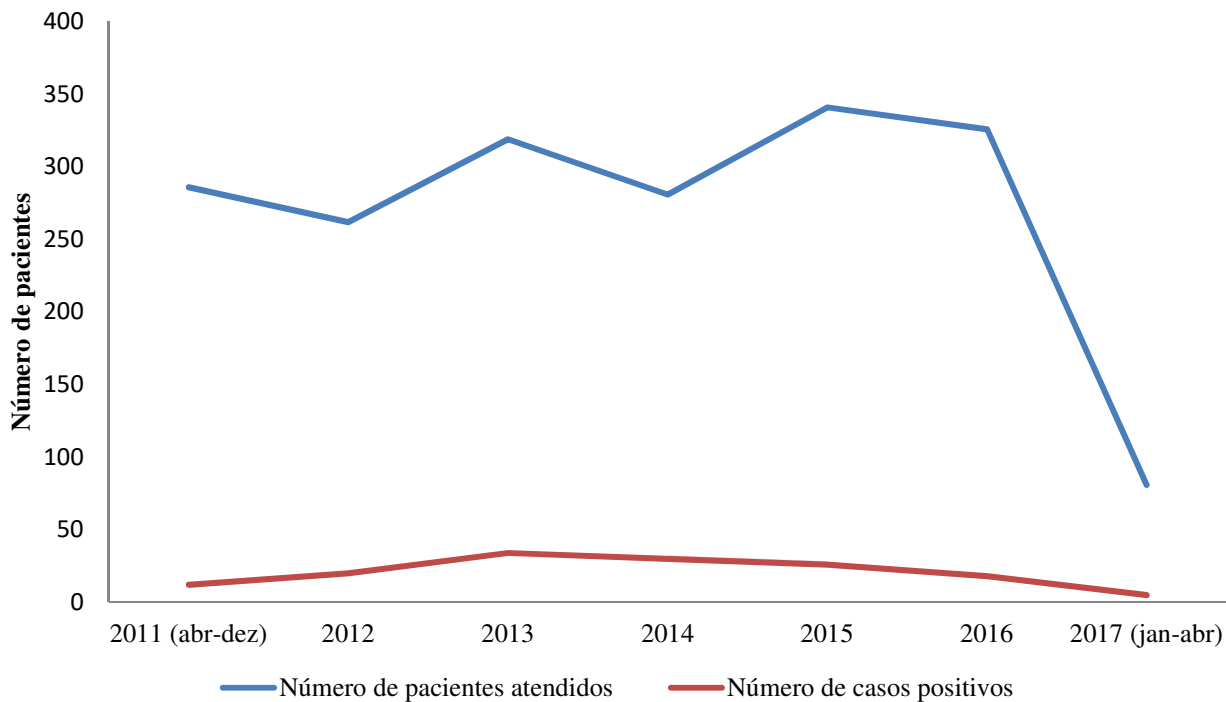


Figura 1. Distribuição do número de pacientes atendidos e o quantitativo de casos positivos de tuberculose por ano, no período de abril de 2011 a abril de 2017 em uma Unidade de Referência em Santarém-Pará

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.

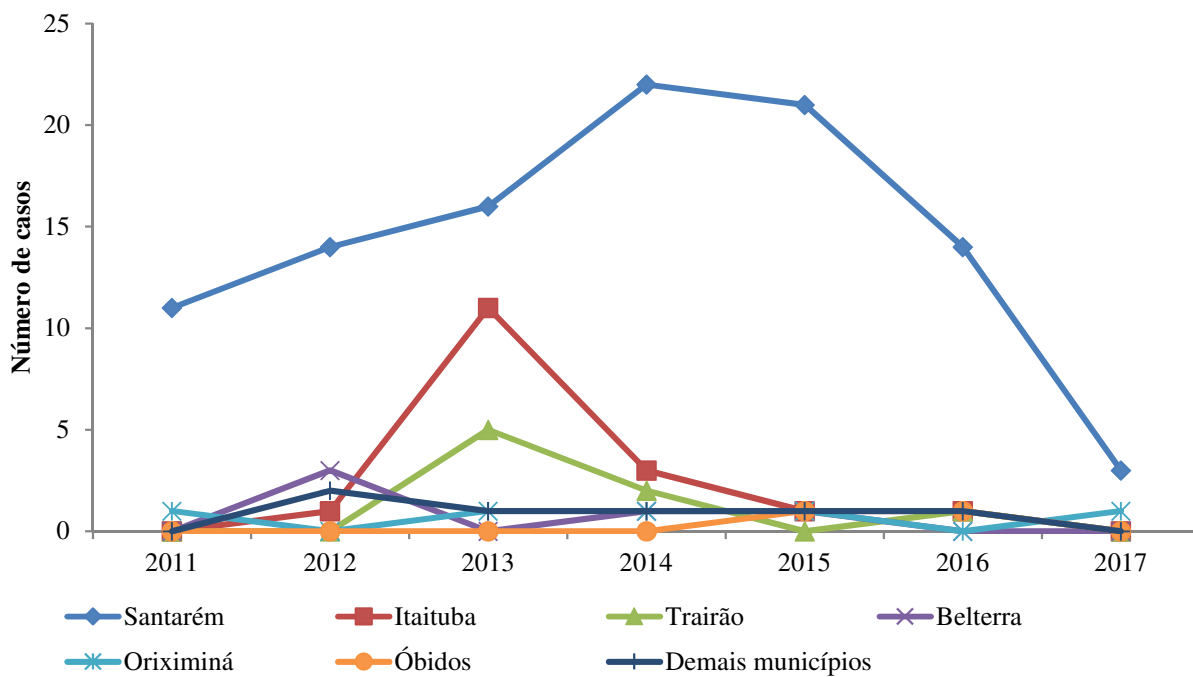


Figura 2: Variação do número de casos de tuberculose, por município de procedência, no período de abril de 2011 a abril de 2017 em uma Unidade de Referência em Santarém-Pará

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes com tuberculose atendidos em uma Unidade de Referência do município de Santarém, estado do Pará, no período de abril de 2011 a abril de 2017

Variáveis	Resultados	
	N	%
Sexo		
Feminino	54	37,24
Masculino	90	62,07
Não informado	1	0,69
Faixa Etária		
< 20	16	11,03
20-39	55	37,93
40-59	40	27,59
> 60	32	22,07
Não informado	2	1,38
Zona de Residência		
Urbana	122	84,14
Rural	20	13,79
Não informado	3	2,07
Município de Residência		
Santarém	101	69,66
Itaituba	17	11,72
Trairão	8	5,52
Belterra	5	3,45
Oriximiná	5	3,45
Óbidos	2	1,38
Demais municípios	6	4,14
Não informado	1	0,69
Total	145	100,00

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.

Quanto ao tipo de entrada no programa de TB, observou-se que a maioria dos pacientes diagnosticados com TB, corresponde a casos novos (85,52%), entretanto há um número substancial de recidivas e reingressos após abandono. A maioria dos pacientes realizaram baciloscopia de primeira (100%) e segunda amostra (91,72%) e cerca da metade realizou a cultura de escarro (48,97%). Dentre os que realizaram a cultura, uma parcela teve o teste de sensibilidade antimicrobiano (TSA) realizado (57,75%). Quanto ao exame radiológico houve a informação de realização com resultado suspeito em 13,79% das ocorrências (Tabela 2).

Tabela 2. Dados clínicos dos pacientes com tuberculose atendidos em uma Unidade de Referência do município de Santarém, estado do Pará, no período de abril de 2011 a abril de 2017

Variáveis	N	%
Tipo de entrada		
Caso novo	124	85,52
Recidiva	9	6,21
Reingresso após abandono	12	8,28
Baciloscopia da 1ª amostra		
Não realizado	0	0
Realizado	145	100
Resultado		
Positivo	124	85,52
Negativo	21	14,48
Baciloscopia da 2ª amostra		
Não realizado	12	8,28
Realizado	133	91,72
Resultado		
Positivo	120	90,23
Negativo	13	9,77
Cultura de escarro		
Não realizado	74	51,03
Realizado	71	48,97
Resultado		
Positivo	57	80,28
Negativo	12	16,90
Contaminada	2	2,82
Teste de sensibilidade		
Não realizado	30	42,25
Realizado	41	57,75
Radiografia do tórax		
Suspeito	20	13,79
Não realizado/não informado	125	86,21
Total	145	100,00

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

A maioria dos indivíduos com TB era do sexo masculino, resultado semelhante ao retratado na literatura. Acredita-se que esse achado, está associado, muitas vezes, ao fato dos indivíduos de gênero masculino dedicar menos tempo e atenção a sua saúde ou está mais exposto aos fatores de risco para a doença (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010). Resultados

semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na capital do Pará, onde mais de 50% dos casos de tuberculose ocorreram no sexo masculino (FREITAS et al., 2016).

Quanto à faixa etária dos pacientes com tuberculose, o estudo evidenciou maior número de casos na faixa de 20 a 59 anos, o que também está de acordo com a epidemiologia nacional e estadual, na qual, as faixas mais acometidas são as de 15 a 39 anos e 40 a 59 anos, isto é, economicamente ativas (BRASIL, 2014). Contudo, cabe citar que 22,07% dos casos ocorreram em indivíduos com idade superior a 60 anos, o que pode estar relacionado com a transição demográfica que ocorre de forma mundial, provocando aumento no número de casos de TB em pessoas idosas e traz consigo a problemática da polifarmácia, dificultando a adesão ao tratamento (CHAVES et al., 2017).

A maioria dos pacientes com TB eram residentes na zona urbana (84,14%), o que é descrito pela literatura como resultante dos aglomerados urbanos, bem como diretamente associada a situações econômicas desfavoráveis, precárias condições de moradia e possui vínculo com a baixa escolaridade (DARONCO et al., 2012; QUEIROGA et al., 2012).

Quanto a procedência dos pacientes com TB, o município de Santarém, com 69,66% dos casos foi o que se destacou, devidos ao fato da unidade estar localizada em Santarém e por possuir o maior contingente de pessoas dentre os abrangidos pela região de integração do Baixo Amazonas e Tapajós, com 294.580 mil habitantes, 12,87 habitantes/km², de acordo com o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A TB é curável e para que haja um desfecho para a cura é essencial que haja adesão ao tratamento no paciente diagnosticado com a doença. No Brasil, o quantitativo de casos novos, em 2012, foi de 36,7/ 100 mil habitantes e, destes, 8,9% abandonaram o tratamento (BRASIL, 2014). Tais dados são semelhantes aos encontrados no estudo, onde 8,28% foram reingressos após abandono.

Em estudos sobre os fatores que favoreciam o abandono da terapêutica foi encontrada a relação com a escolaridade, qualidade do serviço e dos responsáveis pelo atendimento como colaboradores para o não desfecho do caso (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; BELCHIOR et al., 2016). Além disso, o tratamento diretamente observado (TDO) pode contribuir para a redução do abandono e, como consequência prevenir a multirresistência (TBMR) (RABAHI et al., 2017).

Para o diagnóstico da TB, a baciloscopia é de extrema relevância, bem como para o controle, atuando como parâmetro para análise da efetividade do tratamento, e ser sintomático respiratório (SR) constitui uma de suas indicações de realização (BRASIL, 2011).

A cultura para micobactéria proporciona uma segunda chance para o diagnóstico da TB, principalmente daqueles que obtiveram como resultado, sucessivas baciloscopias negativas. A identificação do agente e realização do TSA (teste de sensibilidade) possui pertinência perante casos de TBMR (tuberculose multirresistente), recidivas, casos de reingressos após abandono, suspeita de MNT (micobactéria não tuberculosa), dentre outros (BRASIL, 2011).

Cerca de metade dos pacientes realizou a cultura, e dentre os que a fizeram, mais da metade realizou o TSA, o que está diretamente associado à unidade do estudo ser referência secundária e terciária no programa de tuberculose, atendendo com frequência, pacientes com histórico de abandono e recidiva, bem como casos suspeitos de multirresistência.

No que condiz a radiografia de tórax, esta pode auxiliar no diagnóstico da TB pulmonar, principalmente, ao permitir a diferenciação dessa infecção com outras pneumopatias e, dessa forma, exclui a probabilidade de outras doenças (BRASIL, 2011). No estudo, em poucos casos houve a informação da realização e/ou efetivação do exame radiológico, o que implicou em uma minoria de eventos que foram considerados suspeitos.

O estudo evidenciou um número significativo de exames bacteriológicos realizados pela unidade, entretanto, muito longe de atender ao contingente de sintomáticos respiratórios da região do Baixo Amazonas e Tapajós, o que indica a necessidade da busca ativa por esses pacientes a fim de promover o diagnóstico precoce, bem como a quebra da cadeia de transmissão.

Considerando que a coleta de dados se deu a partir de dados secundários, observou-se falta de padronização nos registros, afetando a qualidade de informações relevantes para análise.

4. CONCLUSÃO

O controle da tuberculose continua a merecer destaque dentre as ações governamentais, sobretudo perante o número de indivíduos com infecção pelo HIV e o surgimento de casos multirresistentes. Ao traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes que foram atendidos pela unidade objeto do estudo no respectivo período, foi constatada a semelhança com a epidemiologia nacional e regional, isto é, os mais atingidos pela doença, são indivíduos do sexo masculino e em idade dos economicamente ativa.

Evidenciou-se aumento de casos novos e considerado número de recidivas e reingresso após abandono do tratamento. Ressalta-se a necessidade da busca ativa por sintomáticos respiratórios, bem como a implementação do tratamento diretamente observado, garantindo maior adesão ao tratamento, oportunizando a quebra da cadeia de transmissão e o encerramento de um caso por cura, reduzindo os índices abandono e resistência.

5. REFERÊNCIAS

BELCHIOR, A.S.; ARCÊNCIO, R.A.; MAINBOURG, E.M.T. Differences in the clinical-epidemiological profile between new cases of tuberculosis and retreatment cases after default. **Rev Esc Enferm**, v. 50, n. 4, p. 619-625, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**, v.45, n.2, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS, 2011.

CHAVES, E.C.; CARNEIRO, I.C.R.S.; SANTOS, M.I.P.O.; SARGES, N.A.; NEVES, E.O.S. Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da tuberculose em idosos de um hospital universitário em Belém, Pará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 20, n. 1, p. 47-58, 2017.

DARONCO, A.; BORGES, T.S.; SONDA, E.C.; LUTZ, B.; RAUBER, A.; BATTISTI, F.; et al. Distribuição espacial de casos de tuberculose em Santa Cruz do Sul, município prioritário do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 645-54, 2012.

FREITAS, W.M.T.M.; SANTOS, C.C.S.; SILVA, M.M.; ROCHA, G. A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>>. Acesso em 10/08/2018.

LIMA, S.S.; VALLINOTO, A.C.R.; MACHADO, L.F.A.; ISHAK, M.O.G.; ISHAK, R. Análise espacial da tuberculose em Belém, estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 8, n. 2, p. 57-65, 2017.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PELLISSARI, D.M.; BARTHOLOMAY, P.; JACOBS, M.G.; ARAKAKI-SANCHEZ, D.; ANJOS, D.S.O.; COSTA, M.L.S.; CAVALCANTI, P.C.S.; DIAZ-QUIJANO, F.A. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 52, p. 52-53, 2018.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P.A. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde Soc**, v. 19, n. 3, p. 627-636, 2010.

QUEIROGA, R.P.F.; SÁ, L.D.; NOGUEIRA, J.A.; LIMA, E.R.V.; SILVA, A.C.O.; PINHEIRO, P.G.O.D.; et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande – 2004 a 2007. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 222-32, 2012.

RABAHI, M.F.; SILVA JÚNIOR, J.L.R.; FERREIRA, A.C.G.; TANNUS-SILVA, D.G.S.; CONDE, M.B. Tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**, v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017.

CARACTERIZAÇÃO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: UM OLHAR CRITERIOSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - REVISÃO DA LITERATURA

Kethonny Telles De Oliveira¹, Michelli Domingos Da Silva², Ana Márcia Lopes Dos Santos¹, Ana Paula de Melo Lima¹, Bruna Azedo Guimarães¹, Dara Luiza De Oliveira³, Giovanna Ribas Chicre¹, Jamilly Cristina Pessoa Najar³, Lino Rodrigues Da Silva¹, Mailla Brenda Maia da Silva Reis¹

1. Universidade Nilton Lins, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Universidad De Ciencias Empresariales Y Sociales, Buenos Ayres, Argentina;
3. Faculdade Estácio de Sá, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Leucemia de Mielóide Aguda (LMA) há 40 anos é classificada, como uma doença de países desenvolvidos. No entanto, essa circunstância vem mudando e pode-se observar o aumento no número de casos novos nos países em desenvolvimento, aparece com poucos ou médios recursos. **Objetivo:** Evidenciar a partir das literaturas, as manifestações clínicas da Leucemia Mielóide Aguda (LMA) sobre um olhar criterioso dos profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, através da exploração de base de dados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), National Library of Medicine (PUBMED) e Scientific Electronic Librany Online (SciELO). Foram pesquisados artigos publicados artigos entre os anos (2014 a 2020). **Resultados:** Qualquer tipo de tratamento é cansativo, mas em se tratando de uma LMA deve-se levar o cliente a interagir, participar e até mesmo decidir sobre suas ações no seu autocuidado. Entretanto, devemos proporcionar aos familiares e a equipe de saúde que estão inseridos neste processo, onde se não houver um preparo emocional dos profissionais de saúde e orientações aos familiares essa terapia acaba sendo desanimadora e difícil para o paciente. **Conclusão:** Hoje, a recomendação do Serviço de Hematologia é o tratamento inicial. A LMA deve ser fundamentado em uma estrutura clínica capaz de apoiar a agressividade terapêutica, além de uma base laboratorial capaz de discriminar os grupos de riscos e contribuir para a identificação de fatores prognósticos de relevância, além das medidas de apoio necessárias para os cuidados desses pacientes.

Palavras-chaves: Células Tronco, Enfermagem e Leucemia de Mielóide Aguda.

ABSTRACT

Introduction: Acute Myeloid Leukemia (AML) for 40 years has been classified as a disease in developed countries. However, this circumstance has been changing and one can observe

an increase in the number of new cases in developing countries that appear with few or medium resources. In Brazil, these are public health difficulties, due to their epidemiological, social and economic scope, although one third of all new cases that occur annually in the world could be avoided. Objective: To highlight, from the literature, the clinical manifestations of Acute Myeloid Leukemia (AML) under a careful view of health professionals. Method: This is an integrative review, through database exploration through the Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, Electronic Psychology Journals (PEPSIC), National Library of Medicine (PUBMED) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Articles published between the years (2014 to 2020) were searched. Results: Any type of treatment is tiring, but in the case of an AML one must take the client to interact, participate and even decide on his actions in his self-care. However, we must provide family members and the health team that are part of this process, where if there is no emotional preparation from health professionals and guidance to family members, this therapy ends up being discouraging and difficult for the patient. Nursing care is associated with the hospitalization scenario, as a rule, it directs our attention to the necessary care demand related to the maintenance of the organic functions of clients and the observation of their biological responses to therapies. Conclusion: Today, the recommendation of the Hematology Service is the initial treatment. AML must be based on a clinical structure capable of supporting therapeutic aggressiveness, in addition to a laboratory basis capable of discriminating risk groups and contributing to the identification of relevant prognostic factors, in addition to the support measures necessary for the care of these patients.

Keywords: Stem Cells, Nursing and Acute Myeloid Leukemia.

1. INTRODUÇÃO

A Leucemia de Mielóide Aguda (LMA) há 40 anos é classificada como uma doença de países desenvolvidos. No entanto essa circunstância vem mudando e pode-se observar o aumento no número de casos novos nos países, em desenvolvimento aparece com poucos ou médios recursos. No Brasil, trata-se de dificuldades de saúde pública, devido à sua amplitude epidemiológica, social e econômica, embora um terço de todos os casos novos que ocorre anualmente no mundo poderia ser evitado (MORAES et al., 2017).

LMA, é uma doença clonal do tecido hematopoiético, marcada pela proliferação anormal de células progenitoras da linhagem mielóide, acarreta a produção insuficiente de células sanguíneas maduras normais. Representa em torno de 15 a 20% dos eventos novos de leucemias agudas na infância, e é responsável por 30% dos óbitos nessa faixa etária. No Brasil, sua ocorrência estimada é de 400 casos ao ano (LIMA et al., 2016).

Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que em 2030, 75 milhões de indivíduos viva com câncer, sendo 21 milhões de casos novos da enfermidade e 13 milhões de mortes em todo mundo, excetuando-se o câncer de pele tipo não melanoma. Hoje em dia, a estimativa é de 14 milhões de casos novos e 8 milhões de mortes por câncer. No Brasil,

as estimativas para o ano de 2016, que valem para o de 2017, apontam a episódio de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude desse problema no país (MORAES et al., 2017).

De acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2018a) as estimativas de novos casos é 10.800, sendo 5.940 homens e 4.860 mulheres e o número de mortes em 2015 chegou a 6.837, sendo 3.692 homens e 3.145 mulheres. As leucemias são desmembradas em quatro grupos: agudas e crônicas que se subdividem em mielóide e linfóide.

As leucemias agudas são doenças agressivas que se originam nas células tronco da hematopoese, sendo caracterizadas pelo aumento da velocidade de produção, diminuição do apoptose, bloqueio na diferenciação celular, resultando em um acúmulo de células hematopoiéticas primitiva, denominadas blastos, e levando a insuficiência da medula óssea. Seu diagnóstico é definido pela presença de mais de 20% de blastos no sangue ou na medula óssea (MARQUES et al., 2017).

As células-tronco responsáveis pela manutenção da produção dos diversos tipos de células sanguíneas, como as hemácias, os granulócitos, os linfócitos, os monócitos e os megacariócitos, também podem ser encontradas em tecidos adultos, originando as células-tronco adultas. Essas células apresentam algumas distinções, como o nível de plasticidade que podem ser separadas por porção e distribuídas no organismo funcional (ARAÚJO, 2018).

Para Cavalcante, Santana e Torres (2017), as células-tronco podem contribuir para classificar em: totipotentes, pluripotentes e multipotentes. As células-tronco totipotentes, têm a capacidade de se renovar, de modo que a celularidade geral da medula, esteja em condições estáveis, podem originar-se de qualquer tipo celular do corpo, inclusive todo o sistema nervoso central e periférico.

Correspondem às células do embrião recém-formado e têm potencialidade para causar até mesmo as células do folheto extraembrionário que formarão a placenta. Todavia, estas células são efêmeras e desaparecem poucos dias após a fertilização (ARAÚJO, 2018).

Estas células têm sido utilizadas na criação pluripotentes, que são capazes de originar-se de qualquer tipo de tecido, sendo que a mesma poderá originar um organismo completo, no entanto não poderá gerar a placenta e outros tecidos de apoio ao feto. Constituem uma massa celular interna do blastocisto depois dos quatro dias de vida e participam da formação de todos os tecidos do organismo (HOFFBRAN; MOSS, 2018).

O interesse deste tema surgiu através da doação de sangue, onde a Universidade Nilton Lins sempre em alguns eventos foi solicitada a carreta do HEMOAM. Por este motivo, UNL em parceria com o Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas

- HEMOAM, trouxe um alento para aqueles que necessitava de ajuda como os pacientes com leucemia e outras patologias. Este estudo não pretende esgotar o seu contexto, mas sim apontar as principais alterações citogenéticas mutacionais que ocorrem nos diversos tipos de leucemias. E alimentar o banco de dados relacionado aos doadores de células troncos.

Portanto damos seguimento a alguns questionamentos acerca do tema: Qual o perfil epidemiológico da LMA em adultos no Brasil; O que diz a literatura, sobre as manifestações clínicas da Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e os exames laboratoriais utilizados para o diagnóstico?

Objetivo Geral do estudo foi evidenciar a partir das literaturas, as manifestações clínicas da Leucemia Mieloide Aguda (LMA) em pacientes adultos no Brasil.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, na modalidade revisão integrativa, com abordagem metodológica quantitativa e qualitativa. A coleta de dados dar-se de forma virtual, buscando artigos nas bases de dados BVS, GOOGLE ACADÊMICO, PEPSIC, PUBMED e SCIELO, através das palavras chaves: Células Tronco; Enfermagem; Leucemia de Mielóide Aguda. Neste estudo foram usados os seguintes Critérios: critérios de inclusão, idiomas português e espanhol, gratuitos a partir de 2014, texto completo; Critérios de exclusão, outros idiomas pagos antes de 2014, resumos.

Segundo Antônio Gil (2017), esta etapa consiste em identificar, ordenar e estabelecer as informações contidas nos tipos de leitura proposta e seguirá as seguintes premissas: Leitura exploratória de todo material selecionado (leitura rápida); Leitura seletiva (leitura aprofundada); Leitura interpretativa (registro de informações extraídas das fontes como autores, ano, método, resultados e conclusões).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A seleção inicial dos trabalhos ocorreu pela leitura dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, a partir da leitura dos

títulos e resumos dos 100 artigos, e a seguir foram selecionados 10 artigos. A seguir observa-se o quadro com a síntese dos artigos selecionados.

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados para esta revisão da literatura.

Nº.	Título	Autor/Ano	Idioma	Metodologia	Objetivo	Conclusão
1	Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries	BRAY & FREDDIE et al., 2018.	Português & Inglês	Revisão de Literatura	Desenvolvimento de Registros de Câncer é uma parceria internacional que suporta uma melhor estimativa, bem como a coleta e o uso de dados locais, para priorizar e avaliar os esforços nacionais de controle do câncer.	As estimativas do GLOBOCAN 2018 apresentadas neste relatório indicam que haverá 18,1 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes por câncer em 2018. O câncer é um importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, em todas as regiões do mundo e independentemente do nível de desenvolvimento Humano.
2	Diagnóstico Diferencial Da Leucemia Linfóide Aguda Em Pacientes Infanto-Juvenis	DANTAS et al., 2015.	Português	Revisão de Literatura	Apontar os avanços e perspectivas no diagnóstico diferencial da LLA em pacientes infanto-juvenis.	Portanto, é inquestionável a relevância e necessidade da utilização de exames que apresentem um maior grau de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico diferencial da LLA, possibilitando uma intervenção precoce no tratamento e proporcionando ao paciente uma maior qualidade de vida.
3	Enfrentamento do câncer: riscos e agravos	KERSUL, Alessandra Pereira, 2014.	Português	Revisão Bibliográfica	Elaborar um plano de intervenção para o problema identificado para nortear a equipe de saúde da família no trabalho junto à sociedade para controle e diminuição dos casos de câncer.	Concluiu-se que para diminuir o número de mortes pelo câncer, devemos levar a população informações a respeito dos fatores de risco através de projetos e ações, com apoio de profissionais de várias áreas de atuação
4	Métodos laboratoriais utilizados para o diagnóstico de leucemia linfóide crônica: uma revisão / Métodos de laboratório usados no diagnóstico de leucemia linfocítica crônica: uma revisão	OLIVEIRA & PEREIRA, 2019.	Português	Revisão de Literatura	Descrever os métodos laboratoriais utilizados para o diagnóstico da LLC e que auxiliam no prognóstico dos pacientes por meio de uma revisão de literatura em livros e artigos científicos.	A compreensão dos mecanismos biológicos da LLC e suas características clínicas e moleculares foi consideravelmente desenvolvida nos últimos anos, de modo que para que haja um diagnóstico fidedigno da doença é necessário um conjunto de técnicas laboratoriais complementares, precisas, atualizadas e multiparamétricas, tais como as descritas neste trabalho.
5	Trombocitopenias e Trombocitopatias	CASTRO, 2016.	Português	Revisão de Literatura	Descrever o desenvolvimento da medicina nos últimos anos impôs a realização do hemograma como exame de rotina.	A principal trombocitopenia adquirida ocorre devido a drogas de ação antiagregante, como ácido acetilsalicílico, clopidogrel, ticagrelor, dipiridamol, ticlopidina e, em menor grau, vasodilatadores em geral. As alterações podem persistir até 1 semana após a suspensão das drogas.
6	Leucemia Mieloide Crônica: aspectos clínicos, diagnóstico e principais alterações	SOSSELA, 2017.	Português	Estudo clinico	Abordar as principais características clínicas da LMC, sintomatologia, formas de tratamento e diagnóstico, com enfoque nas alterações observadas	Neste artigo, serão discutidos os principais aspectos clínicos da doença e métodos diagnósticos, com enfoque nas alterações características encontradas no hemograma.

	observadas no hemograma				no hemograma, no intuito de auxiliar os profissionais na sua utilização como método de triagem e diagnóstico para a LMC	
7	Care Performed By Family Caregivers Of Children Submitted To Hematopoietic Stem Cell Transplantation	GOMES, 2019.	Português e Inglês	Teoria Fundamentada	Conhecer os cuidados realizados pelo cuidador familiar da criança em pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas.	Compreenderam-se as diferentes vertentes em que o cuidador atua no cuidado com a criança. Esses cuidados instrumentalizam a equipe de saúde ao nortear a elaboração de medidas de orientação e preparo para o cuidado domiciliar que sejam efetivas e direcionadas às necessidades do paciente e da família. A compreensão dos cuidados que realiza viabiliza ao cuidador maior entendimento do seu papel, bem como das decisões que tomará pelo seu ente em tratamento.
8	Leucemia Mielóide Aguda (Aml): As Condições Psicológicas Do Paciente	NASCIMENT Oet al., 2016.	Português e Espanhol	Abordagem Qualitativa de Natureza Descritiva e Exploratória.	Caracterizar a condição psicológica apresentada pelos pacientes adultos em relação à Leucemia Mielóide Aguda (LMA).	O estudo permitiu, também, a observação do fato de que uma doença leva ao desenvolvimento de atitudes positivas da vida. Os dados reforçaram a urgência de uma assistência humanizada, tanto para o paciente quanto para sua família, a ser implementada pelos profissionais de saúde, que devem ser contrários à perspectiva biomédica
9	Análise de indivíduos com leucemia: limitações do sistema de vigilância de câncer	MORAES et al., 2017.	Português	Estudo Transversal	Descrever o perfil ocupacional de indivíduos diagnosticados com leucemia	Observou-se elevado subregistro de dados referentes à ocupação comprometendo a qualidade da informação e, por conseguinte, a efetividade do sistema de vigilância em saúde no Brasil. O RHC também não fornece informações sobre o agente utilizado durante a jornada de trabalho, o tempo de exposição no decorrer de sua vida laboral, bem como dados de ocupações prévias.
10	Fisiopatologia e diagnóstico da Leucemia Mielóide Crônica	LAGO & PETRONI, 2017.	Português	Estudo Descritivo	Descrever a fisiopatologia da LMC e os ensaios laboratoriais envolvidos no diagnóstico desta patologia	Diante do conhecimento da fisiopatologia da LMC, torna-se de extrema importância o papel do biomédico para colaborar com o diagnóstico precoce, acompanhamento, tratamento e possível cura dos pacientes com LMC.

Fonte: Dados extraídos dos estudos selecionados.

A LMA, é um dos tipos mais comuns de leucemia em adultos. Ainda assim, de forma geral, é bastante rara, representando cerca de 1% de todos os cânceres. A leucemia afeta especialmente adultos mais velhos, sendo rara antes dos 45 anos. A idade média de um paciente com LMA é de 68 anos, mas também pode ocorrer em crianças, e é mais frequente

entre homens do que entre as mulheres, mas o risco médio durante a vida em ambos os sexos é de aproximadamente 1% posição (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2018).

A leucemia é uma doença que atinge os glóbulos dos sanguíneos cuja principal característica é o acúmulo de células doentes na medula óssea que substituem as células sanguíneas normais. O tipo de leucemia depende do tipo de glóbulos sanguíneos, que se torna cancerosa e cresce rápido ou lentamente, o que caracteriza a Leucemia em aguda ou crônica. A doença ocorre mais frequentemente em adultos com mais de 55 anos, mas também é o câncer mais comum em crianças menores de 15 anos (INCA, 2019).

A Leucemia tem mais de 12 tipos de leucemia, sendo as quatro principais: leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (LLC) (DANTAS et al., 2015). A avaliação mundial mostra que ocorreram 249 mil casos novos de leucemia, sendo o décimo tumor mais incidente entre todos os cânceres, com um risco estimado de 6,5/100 mil homens. Para o sexo feminino, foram estimados 187 mil casos novos com taxa de incidência de 5,0/100 mil, ocupando a décima segunda posição (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2018).

LMA, é uma doença complexa como, que necessita de tratamentos prolongados, desencadeia emoções que incluem: medo, angústias e incertezas, ocasionando um impacto negativo no cotidiano e em diferentes aspectos da vida do paciente: pessoal, familiar, social e profissional. Portanto, é imprescindível que a abordagem seja integral, humanizada, qualificada e intersetorial (INCA, 2015c).

3.2 DISCUSSÃO

De acordo com o INCA (2019), o câncer é um conjunto de mais de 100 enfermidades que têm em comum o aumento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Este se dividir rapidamente, estas células tendem a ser muito invasivas e incontroláveis, originando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

O câncer, é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. A designação do termo câncer, é dado a um conjunto de mais de 200 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias

malignas. Atualmente, existem mais de 100 tipos de câncer na literatura médica mundial (INCA, 2019).

Bray et al. (2018), explica que a leucemia é um carcinoma de células brancas presente no sangue, ela se desenvolve na medula óssea se propagando para todo o corpo, impedindo assim a produção dos glóbulos brancos, vermelhos e das plaquetas. A evolução da LMA se baseia no aspecto genético das células leucêmicas, incluindo a idade, a contagem das células brancas, a disposição de uma doença sanguínea pré-existente. A diminuição dos leucócitos propicia o aparecimento de infecções, também pode provocar a diminuição das hemácias onde ocorrerá uma anemia, e essa redução de contagem de plaquetas pode ocasionar sangramentos.

Segundo o Brasil (2014), a incidência da LMA ajustada por idade é de 3,6 casos novos por 100.000 habitantes por ano, com uma idade mediana ao diagnóstico de 66 anos, e as deficiências da hematopoese na medula óssea, com a substituição das células normais por células imaturas que nela se acumulam, resultam numa insuficiência funcional da medula óssea que, em consequência, se expressa clinicamente por anemia, sangramento, infecções e síndrome de hiperviscosidade. A medula óssea e o sangue periférico são principalmente, caracterizados por leucocitose com predomínio de células imaturas, mormente os blastos.

De acordo com Hoffbrand e Moss (2018), os leucócitos (glóbulos brancos) são as principais células do sistema imune. São os responsáveis pela eliminação dos agentes infecciosos, pela inativação de partículas estranhas e pelo reconhecimento e ataque a células neoplásicas, células infectadas por vírus ou transplantes incompatíveis.

Kersul (2014), afirmam que a LMA tem a principal finalidade de se multiplicar muito rápido durante o nascimento das células imatura, também conhecidas por blastos, que são os glóbulos brancos, responsáveis por combater as infecções. Ocorre um crescimento desordenado de células que, por sua vez, invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

Estas células possuem localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos e podem ser detectadas em vários estágios de evolução histopatológica e clínica, e, não geram sintomas ou sinais patognomônicos.

Para Oliveira e Pereira (2019), com o passar dos anos foram descobertos vários tipos de LMA bastante diferentes entre-se; a mais utilizada segue as alterações citogenéticas e moleculares descritas recentemente e podendo ser divididas em: prognóstico favorável; prognóstico intermediário. As leucemias são geralmente identificadas de duas formas: a

leucemia linfóide aguda (LLA) e a LMA. As leucemias podem ser agrupadas com base na velocidade em que a doença evolui e torna-se grave.

De acordo com o INCA (2018a), relata que esse aspecto da doença pode ser do tipo crônica (que geralmente agrava-se lentamente) ou aguda (que costuma piorar de maneira rápida). A LMA aguda é mais comum em adultos, principalmente em idosos. Suas manifestações clínicas, é a superprodução de células imaturas, igualmente conhecidas por blastos dos tipos de glóbulos brancos, responsáveis por combater as infecções. Elas passam a se desenvolver de forma descontrolada e param de realizar sua função, e de proteger o organismo contra as bactérias, vírus. Em grande quantidade na medula óssea, bloqueiam a formação dos demais componentes do sangue, responsáveis pela oxigenação do corpo, e plaquetas, que impedem as hemorragias (HOFFBRAN e MOSS, 2018).

Para Sossela (2017), geralmente os sinais e sintomas da LMA, são atribuídos às mudanças das células hematopoiéticas normais pelas células leucêmicas, assim como, pelo aumento descontrolado destas células no tecido linfóide e em sítios extramedulares. Em algumas pesquisas foram observados em crianças que apresentaram sintomas inespecíficos, como letargia, fadiga, dor óssea e inapetência por cerca de 4 semanas antes do diagnóstico.

De acordo com Castro (2016), LMA se apresentar com mais frequências doenças relacionadas anemia, como astenia, mal-estar, diminuição da tolerância ao exercício e palidez cutâneo-mucosa. Além disso, estão associados aos sinais e sintomas relacionados à presença de trombocitopenia, sendo petéquias, equimoses, epistaxe e sangramento nas fezes ou na urina alguns dos achados relacionados a esta alteração.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 10.070 novos casos de leucemia em 2016, com prevalência do sexo masculino (5.540 casos) em relação às mulheres (4.530 casos). Este tipo de câncer é o mais comum em homens na região norte do país, com uma incidência de 3,81 casos por 100 mil habitantes (INCA, 2016).

Segundo Nascimento et al. (2016), a evolução da LMA está expressivamente relacionada ao aumento da propagação celular clonal. De tal modo, que essas células sejam analisadas a partir da genética, a expressão dos genes identificados na patologia fornece razões para pesquisas durante o diagnóstico, intervenção e tratamento.

É um câncer dos tecidos, hematopoiéticas constituía forma mais comum do câncer na infância. A LMA são neoplasias precursoras hematopoiéticas com mais de cem doenças, que possuem como consequência alterações moleculares, em que conferem à célula modificações em seu comportamento, e resultam em alterações na fisiologia celular que se

caracterizam por um defeito severo na maturação das células na medula óssea, concorrendo para o acúmulo de células imaturas (blastos) no sangue periférico, levando a falha na produção de células hemáticas diferenciadas, ela não é hereditária, mais ainda não se sabe o porquê de seu surgimento (ABRALE, 2016).

De acordo com Hoffbrand; Moss (2018), os leucócitos (glóbulos brancos) são as principais células do sistema imune. São os responsáveis pela eliminação dos agentes infecciosos, pela inativação de partículas estranhas e pelo reconhecimento e ataque a células neoplásicas, células infectadas por vírus ou transplantes incompatíveis.

Gomes et al. (2019), o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) virar-se uma a opção mais viável a terapêutica, tais como em enfermidades hematológicas malignas, hereditárias, imunológicas, metabólicas e oncológicas. Ainda, se encontrar em expansão para alcançar cada vez mais resultados positivos, devido, especialmente, aos avanços tecnológicos que representam sua potencialidade, mas podendo ser também sua fraqueza. O TCTH é uma terapêutica de longo prazo, e mesmo diante do quadro de evolução favorável, permanece coexistindo com o procedimento o risco de mortalidade e morbidade física e mental do paciente.

Para Nascimento et al. (2016) e INCA (2017), existem vários tipos de leucócitos, acontece um aumento na variação dos subtipos de câncer. A maior incidência acontece em crianças, mas há grandes chances de ocorrer em adolescentes, adultos e idosos, onde a doenças se desenvolve rapidamente sendo mais invasiva dependendo do seu subtipo.

Segundo Oliveira e Pereira (2019), afirmam que a LMA tem a principal finalidade de se multiplicar muito rápido durante o nascimento das células imatura, também conhecidas por blastos, que são os glóbulos brancos, responsáveis por combater as infecções. Ocorre um crescimento desordenado de células que, por sua vez, invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Estas células possuem localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos e podem ser detectadas em vários estágios de evolução histopatológica e clínica, e, não geram sintomas ou sinais patognomônicos.

Para Souza et al. (2016), as propriedades do câncer são várias podendo ser externas ou internas ao organismo, podendo ambas serem interligadas. As causas externas estão relacionadas ao meio externo culturas e socioculturais, já as internas é onde à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Além disso, esses fatores ocasionais podem interagir de diversa formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

De acordo com INCA (2018b), os exames laboratoriais para diagnosticar as leucemias agudas baseia-se nas complicações das pesquisas morfológicas da medula óssea, que está ligado com as reações citoquímicas, perfil imunofenotípico e citogenético das células leucêmicas. Além disso, a sua disposição é de extrema importância na decisão terapêutica, no prognóstico e na unificação das pesquisas científicas sobre etiopatogênese.

Segundo ABRALE (2019), a leucemia pode ser classificada em linfoblástica e mieloblástica, é até 1998 construía-se na causa mais comum de morte de crianças acometidas com câncer. Desde então, as novas técnicas de tratamento da doença vêm contribuindo para reduzir progressivamente a mortalidade por leucemia, haja visto que a sobrevivida por mais cinco anos, considerada como critério de cura da doença, tem sido de aproximadamente 80% nos últimos anos.

O sistema de estadiamento Britânico-Americano-Francês (FAB), na década de 1970, um grupo de especialistas, dividiram a LMA em subtipos, M0 a M7, com base no tipo de célula em que a leucemia se desenvolve e o grau de maturidade das células (INCA, 2018b).

De acordo com o sistema da organização mundial da saúde (OMS), atualizado recentemente em 2016, a leucemia é classificada de acordo com o tipo celular predominante e o nível de maturidade, conforme o indicado (ONCOGUIA, 2015):

- Linfo – indica que afetam o sistema linfóide ou linfático;
- Mielo – indica as leucemias de origem mielóide (medula óssea);
- Blástica e Aguda – indicam as leucemias envolvendo células imaturas;
- Cítica e crônica – indicam as leucemias que envolvem células maduras;

O sistema de classificação das leucemias de acordo com OMS divide a leucemia mieloide aguda com anormalidades genéticas (ONCOGUIA, 2015).

AS LMA, correspondem a cerca de 80% das leucemias agudas em adultos. São subdivididas, sob critérios morfológicos e citoquímicos, pelo grupo FAB em leucemias mielóides agudas tipos M0, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7. Entretanto, foi somente a partir de 1985, para LMA – M7, e de 1991, para as LMA-M), que o grupo FAB passou a incorporar critérios imunológicos as tradicionais análises morfocitoquímicas (ONCOGUIA, 2015).

Alguns tipos citogenéticos são associados a subtipos FAB de apresentação clínico-patológica específica. É uma entidade clínica relativamente homogênea, que em mais de 90% dos casos está associada ao subtipo FAB M2, de ocorrência em adultos jovens,

caracterizada por mieloblastos com corpo de Auer, maturação granulocítica e prognóstico favorável. As leucemias agudas classificadas como não linfocíticas constituem um grupo com considerável heterogeneidade morfológica: leucemia mielomonocítica aguda, monocítica e também a eritroleucemia (HOFFBRAN; MOSS, 2018).

INCA (2017) confirma que a LMA afeta principalmente pessoas idosas, constatando um pior resultados nos casos em que a LMA se desenvolveu, devido a alguma doença do sistema hematopoiético pré-existente ou devido ao tratamento de outro tipo de câncer, ou mesmo quando a leucemia está bastante alta no diagnóstico clínico. Com relação a LMA se caracteriza pelo crescimento rápido das células jovens, fazendo com que a medula seja incapacitada de produzir células novas, já a crônica resulta do crescimento acentuado das células brancas maduras anormais, levando muito tempo para progredir.

Já Brasil (2014), comenta que nas últimas três décadas, foram importantes para avanços no conhecimento da lesão citogenética e molecular relacionada à patogênese da LMA. Houve um número significativo de alterações moleculares que foi encontrado, o que evidencia a heterogeneidade dessa doença. Conhecimentos ambulatoriais têm demonstrado a importância vital de anormalidades citogenéticas na determinação da sobrevida em pacientes com LMA. Refinamentos tecnológicos moleculares, também estão em foco na detecção de translocações clinicamente relevantes, bem como providências de métodos sensíveis para rastrear doença residual mínima, em muitos pacientes, e para apresentar aos aspectos clínicos da LMA.

De acordo com INCA (2018b), na maior parte das vezes, os clientes que desenvolvem leucemia não aparentam ter qualquer sinal que possa ser modificado ou identificado pelos profissionais da saúde. Entretanto, a maior parte dos episódios de leucemia não podem ser evitados. E quando aparecem é através de sangramentos, sendo os mais comuns das gengivas e pelo nariz e manchas roxas (equimoses) e/ou pontos roxos (petéquias) na pele.

Para Nascimento et al. (2016), o diagnóstico mais comum entre adultos é o seu aparecimento, de formatos leucêmicos, é inespecífica, o que faz o seu quadro clínico se confundir com outras doenças, podendo, assim, ocasionar a demora do diagnóstico. Os sinais e sintomas mais comuns são, entre outros, anemia, febre, suor noturno, infecções, dores nos ossos e nas articulações. Em alguns tipos, observa-se alterações no volume anatômico dos gânglios (adenomegalias), do baço (esplenomegalia) e do fígado (hepatomegalia), além de infiltrações no SNC, nos órgãos e tecidos.

Já Moraes et al. (2017), relata que o hemograma é primordial pois é através dele que virá a confirmação da suspeita de leucemia. Em caso positivo, o hemograma estará alterado,

mostrando na maioria das vezes um aumento do número de leucócitos ou baixa do mesmo na maioria das vezes, associado ou não à diminuição das hemácias e plaquetas. Diferentes análises laboratoriais devem ser concretizadas, como exames de bioquímica e da coagulação, e poderão estar demandadas.

Lago e Petroni (2017), comentam que a confirmação diagnóstica é feita com o exame da medula óssea (mielograma). Nesse exame, retira-se uma mínima quantidade de sangue, derivada do material esponjoso de dentro do osso, para análise citológica, citogenética, molecular e imunofenotípica, portanto será necessário a realização do mielograma, para poder determinar o tipo de terapêutica.

Para o tratamento de LMA, determina uma quimioterapia inicial de indução de remissão, com a finalidade de atingir remissão completa (RC) da patologia e naturalmente a restauração das células sanguíneas normais. Além disso, a terapêutica da LMA, que pode durar até um ano, utiliza-se a poliquimioterapia, além do controle das complicações infecciosas e hemorrágicas e a prevenção ou combate da doença do sistema nervoso central (SNC). De acordo com o INCA (2014b) 65% a 75% dos pacientes apresentam uma resposta completa após a fase inicial de terapêutica, porém 25% a 30%, em média, são curados (INCA, 2014a; 2014b).

Já Oliveira e Oliveira Filho (2019), diz que a recuperação da LMA ocorre ainda numa minoria de pacientes adultos, que se submetem aos diversos protocolos de quimioterapia, e nos casos de prognóstico intermediário ou desfavorável. Existem dois empecilhos para a cura: a mortalidade relacionada ao tratamento (MRT) e a resistência à quimioterapia. Em razão disso, os protocolos de tratamentos atuais apontam os pacientes jovens dos pacientes idosos, pois o idoso está associado ao índice de habilidade funcional mais alto ou superior anormalidade no exame citogenético.

Para Pereira; Junior (2017), independentemente da idade, o objetivo inicial da terapêutica da LMA é abranger a RC para o domínio da hematopoese. Para que isso venha acontecer ser os pacientes devem permanecer em RC por 2 a 3 anos, quando, então, o risco de recaída de LMA diminui seguramente para menos de 10%. As terapêuticas utilizadas são: três dias de antraciclina (ou daunorrubicina ou idarrubicina ou mitoxantrona) e 7 dias de citosina arabinosídeo (protocolo 7 + 3) continua sendo o tratamento padrão para a indução de remissão de LMA do adulto (BRASIL, 2014).

Brasil (2014), comenta que este tratamento ocasiona um período de pancitopenia grave durante 3 a 4 semanas, necessitando-se de terapêutica de suporte e por vezes com internação em Unidade de tratamento intensivo. Os protocolos de clínico preconizam o

exame de medula óssea uma semana após o fim do esquema quimioterápico e, se existir células leucêmicas residuais, conduzir-se um segundo curso de quimioterapia com diferentes antineoplásicos e doses mais intensas.

De acordo com ABRALE (2018) e ANVISA (2019), os medicamentos quimioterápicos utilizados, com mais frequência, no tratamento da leucemia mieloide aguda são: a citarabina e as antraciclinas (daunomicina ou idarrubicina). Outros medicamentos quimioterápicos também podem ser utilizados no tratamento da LMA incluem:

- Cladribina;
- Midostaurina;
- Fludarabina;
- Mitoxantrona;
- Etoposídeo;
- 6-tioguanina (6-TG);
- Hidroxiuréia;
- Corticosteróides, como a prednisona ou dexametasona;
- Metotrexato;
- 6-Mercaptopurina (6-MP);
- Azacitidine;
- Decitabine.

Os quimioterápicos não só atacam as células cancerosas, mas também células normais (tratamento sistêmico), o que pode levar a efeitos colaterais. Os efeitos colaterais dependem do tipo de medicamento, da dose administrada e da duração do tratamento (INCA, 2018b).

Os efeitos colaterais comuns à maioria dos medicamentos quimioterápicos podem incluir:

- Perda de cabelo;
- Inflamações na boca;
- Perda de apetite;
- Náuseas e vômitos;
- Diarreia ou constipação;
- Infecções, devido a diminuição dos glóbulos brancos;
- Hematomas ou hemorragias, devido a diminuição das plaquetas;
- Fadiga, devido a diminuição dos glóbulos vermelhos.

Estes efeitos são geralmente de curto prazo e tendem a desaparecer ao término do tratamento. No entanto, mantenha o médico informado sobre qualquer sintoma, pois a maioria desses efeitos pode ser manejada de forma eficaz (ONCOGUIA, 2015b).

De acordo com o INCA, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 5.920 novos acontecimentos de leucemia em homens e 4.890 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,67 de nova incidência a cada 100 mil homens e 4,56 casos novos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

4. CONCLUSÃO

Hoje, a recomendação do Serviço de Hematologia é o tratamento inicial. A LMA deve ser fundamentado, em uma estrutura clínica capaz de apoiar agressividade terapêutica, além de uma base laboratorial capaz de discriminar os grupos de riscos e contribuir para a identificação de fatores prognósticos de relevância, além das medidas de apoio necessárias para os cuidados desses pacientes. Ao término do protocolo, os doentes em remissão, com idade inferior a 50 anos e doador antígeno leucocitário humano compatível, são encaminhados ao transplante alogênico, e aqueles sem doador ou maiores de 50 anos são submetidos ao transplante autólogo.

Alguns pacientes com LMA, sofrem alguns impactos na aparência que reportam à indissociabilidade dos aspectos materiais e simbólicos em síntese, no corpo em que valores encarnados são afetados. Não obstante, as agregações não são homogêneas, entre elas como exemplo: a queda de pelos e cabelos, referem-se às intersecções geracionais e de gênero no impacto da leucemia.

Enfim, a presença concreta ou ameaçadora da morte parece constituir-se em perdas geradoras de impactos importantes nos projetos interrompidos, não concretizados, adiados ou ajustados, no surgimento ou agravamento do adoecimento de longa duração, rompimentos de relações e rotinas e, finalmente, a morte de amigos.

Os impactos são decorrentes das consequências de algo novo introduzido numa dada realidade. No caso das enfermidades de longa duração a leucemia, sofrerá alguns desses impactos que seriam os efeitos e transformações provocadas na vida das pessoas, e seu entorno das próprias enfermidades, familiares e profissionais.

Apesar disso, há de lembrar que os impactos se diluem na experiência compondo-a, e não sendo homogênea, sua abordagem privilegia a singularidade inscrita e que sirva para a iniciação científica UNL seja proveitoso para a atualização acerca da LMA, além de servir como base bibliográfica para próximos estudos relacionados com o tema desenvolvido.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N. M. F. **Monocitose na rotina laboratorial do Hospital Universitário Antônio Pedro nos meses de junho e julho: frequência, possíveis causas e patologias associadas.** (TCC) Graduação Biomedicina - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

BRAY, F. et al. Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. **CA: um jornal sobre câncer para clínicos**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

ABRALE. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Leucemia Mieloide Aguda (LMA) em crianças**, 2016.

ABRALE. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Síndrome de Down e leucemia de mãos dadas**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 705, de 12 de agosto de 2014.** Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas da Leucemia Mieloide Aguda do Adulto. Brasília – DF, 2014.

CASTRO, P. F. **Trombocitopenias e avaliação de Pseudotrombocitopenias.** (Monografia) Mestre em Análises Clínicas – Universidade do Porto, Porto, 2016.

DANTAS, G. K. S. et al. Diagnóstico Diferencial Da Leucemia Linfóide Aguda Em Pacientes Infante-Juvenisdoi. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 3-18, 2015.

FERLAY, J. et al. **IARC CAncerBase, n. 15.** International Agency for Research on Cancer, 2018.

GOMES, I. M. et al. Care performed by family caregivers of children submitted to hematopoietic stem cell transplantation. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. :e3120, 2019.

HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. **Fundamentos em Hematologia**, 6^a. Ed Porto Alegre – Artmed 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa de 2016: incidência de câncer não no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Leucemia.** Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Leucemia.** Rio de Janeiro: INCA, 2018a.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Leucemia.** Rio de Janeiro: INCA, 2018b.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KERSUL, A. P. **Enfrentamento do câncer: riscos e agravos.** (TCC) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2014.

LAGO, C.; PETRONI, T. F. Fisiopatologia e diagnóstico da Leucemia Mielóide Crônica. **Revista Saúde UniToledo**, v. 1, n. 1, p. 121-133, 2017.

LIMA, M. C. et al. Leucemia Mielóide Aguda: análise do perfil epidemiológico e taxa de sobrevivência. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 3, p. 283-289, 2016.

MARQUES, E. A. L. V. **Avaliação de marcadores imunofenotípicos por citometria de fluxo na detecção de doença residual mínima e determinação do prognóstico em crianças com Leucemia Linfóide Aguda B.** (Tese) Doutorado em Biociências e Biotecnologia em Saúde - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

MORAES, E. S. et al. Análise de indivíduos com leucemia: limitações do sistema de vigilância de câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3321-3332, 2017.

NASCIMENTO, C. A. D. et al. Leucemia Mielóide Aguda (LMA): as condições psicológicas do paciente adulto. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 336-355, 2016.

OLIVEIRA LIRA, A.; PEREIRA, A. Métodos laboratoriais utilizados para o diagnóstico de leucemia linfóide crônica: uma revisão / Métodos de laboratório usados no diagnóstico de leucemia linfocítica crônica: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Review**, v. 2, n. 4, p. 2862-2932, 2019.

OLIVEIRA, S. C. M. **O processo de adaptação das crianças na educação infantil: os desafios das famílias e dos educadores da infância.** (Tese) Doutorado em Educação - Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP, Presidente Prudente, 2018.

PEREIRA, W. Z.; JUNIOR, E. R. A. **Índice De Mortalidade Referente A Leucemia Mielóide No Brasil, Período De 2010-2017.** (TCC) Graduação Biomedicina - Centro Universitário de Várzea Grande, Mato Grosso do Sul – MS, 2020.

OLIVEIRA, R. P. G.; OLIVEIRA FILHO, R. G. **Revisão da Teoria e da Prática Médica.** Atena Editora, 2019.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Estadiamento da Leucemia Mielóide Aguda (LMA)**, 2015a.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Quimioterapia para Leucemia Mielóide Aguda (LMA)**, 2015b.

ROCHA, B. C. **Leucemia linfóide aguda: relato de um caso de revisão de literatura,** (TCC) Residência Médica - Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2012.

SOSSELA, F. R. Leucemia Mielóide Crônica: aspectos clínicos, diagnóstico e principais alterações observadas no hemograma. **Revista Brasileira de Análises**, v. 49, n. 2, p. 127-30, 2017.

SOUZA, M. M. T. et al. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. esp. 4, p. 49-56, 2016.

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE A SÍFILIS

Kétly Sabrina Silva de Souza¹, Juliana Silva dos Santos¹, Bianca Neris Gonzaga¹, Cyslorryama Nunes Aiache¹, Janaira Teles de Oliveira¹, Laís Alice Duarte de Albuquerque¹, Alice Arlen Amorim Albuquerque¹, Tiffany Nicolly de Oliveira Merenciano¹, Ycaro Nathan de Souza Ferreira¹, Eder Ferreira de Arruda¹

1. Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de gestantes sobre a sífilis em uma unidade de saúde do município de Rio Branco-Acre. Para tanto, desenvolveu-se um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa envolvendo 55 gestantes que foi realizado por meio da aplicação de um questionário com perguntas sobre as características sociodemográficas, gineco-obstétricas, da assistência pré-natal e a acerca dos conhecimentos em relação à sífilis. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 20.0, no qual foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse. Observou-se que 52,7% das gestantes tinham entre 18 a 24 anos, 70,9% eram pardas, 63,6% tinham ensino médio completo, 76,4% não exerciam atividade remunerada, 52,7% relataram renda familiar de até um salário mínimo, 85,5% residiam na zona urbana, 94,5% não eram tabagistas, 90,9% negaram ser etilistas, 56,4% iniciaram a vida sexual com 15 anos ou mais de idade, 54,5% eram primíparas, 78,2% não tinham histórico de abortamento, 80,0% negaram ter tido alguma IST, 54,5% estavam no primeiro trimestre gestacional, 49,2% realizaram de 1 a 2 consultas de pré-natal e 83,6% receberam orientações sobre IST durante a gestação. Quanto ao conhecimento acerca da sífilis, 60,0% disseram conhecer as formas de transmissão, 72,7% desconheciam os meios de diagnóstico, 63,75 não conheciam o tratamento, 76,3% conheciam as medidas preventivas e 80,0% não sabiam sobre as complicações da doença para gestante e conceito. Dessa forma, as gestantes apresentaram conhecimento inadequado frente à sífilis, sobretudo nos aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e as complicações da doença.

Palavras-chave: Complicações Infeciosas na Gravidez, Conhecimento e *Treponema pallidum*.

ABSTRACT

This study aimed to identify the knowledge of pregnant women about syphilis in a health unit in the city of Rio Branco-Acre. To this end, a descriptive observational, cross-sectional study was found, with a quantitative approach involving 55 pregnant women, which were carried out through the application of a questionnaire with questions about the sociodemographic,

gynecological-obstetric characteristics, prenatal care and about the knowledge regarding syphilis. The data were displayed in the statistical program SPSS, version 20.0, in which the absolute and relative frequencies of the variables of interest were calculated. It was observed that 52.7% of the pregnant women were between 18 and 24 years old, 70.9% were brown, 63.6% had completed high school, 76.4% did not exercise paid activity, 52.7% reported family income of up to a minimum wage, 85.5% lived in the urban area, 94.5% were non-smokers, 90.9% denied being alcoholics, 56.4% initiated sex with 15 years of age or older, 54.5% were primiparous, 78.2% had no abortion history, 80.0% denied having had any STIs, 54.5% were in the first trimester of pregnancy, 49.2% had 1 to 2 prenatal consultations and 83, 6 % received guidance on STI during pregnancy. As for knowledge about syphilis, 60.0% knew the forms of transmission, 72.7% did not know the means of diagnosis, 63.75 did not know the treatment, 76.3% knew the preventive measures and 80.0% did not know on the complications of the disease for pregnant women and the fetus. Thus, pregnant women have insufficient knowledge about syphilis, especially in aspects related to the diagnosis, treatment and complications of the disease.

Keywords: Infectious Complications in Pregnancy, Knowledge and *Treponema pallidum*.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, de distribuição mundial, com manifestações cutâneas e sistêmicas, causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*, transmitida pelo ato sexual ou de forma vertical (BRASIL, 2016a; TRINH et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) se estima que ocorram mais de 6 milhões de novos casos de sífilis por dia no mundo (WHO, 2016), com uma prevalência global de 0,5% entre homens e mulheres (ROWLEY et al., 2019) e de 0,69% entre as mulheres grávidas (KORENROMP et al., 2019).

No Brasil, a sífilis é uma doença reemergente e atualmente reapareceu como um problema nacional de saúde após um período de aparente controle e declínio em sua incidência (GARBIN et al., 2019). Em 2018, foram 158.051 casos de sífilis adquirida (75,8 casos/100.000 habitantes); 62.599 casos de sífilis em gestantes (21,4/1.000 nascidos vivos); 26.219 casos de sífilis congênita (9,0/1.000 nascidos vivos) e 241 óbitos por sífilis congênita (8,2/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2019).

O estado do Acre, no ano de 2018, apresentou uma taxa de sífilis adquirida de 56,4/100.000 habitantes, de 6,0/1.000 nascidos vivos de sífilis congênita e a segunda maior taxa detecção de sífilis em gestantes de todo o país (37,8/1.000nascidos vivos) (BRASIL, 2019).

A infecção por *T. pallidum* durante o período gestacional pode resultar em sérias complicações, tais como: abortos, natimortos, sífilis congênita, retardo no crescimento e

desenvolvimento motor e mental, dentre outros (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018). Assim, é importante à adequada realização da assistência pré-natal, disseminação de informações adequadas sobre as formas de prevenção e tratamento da doença e o rigoroso acompanhamento dos exames sorológicos (treponêmicos e não treponêmicos) em cada trimestre gestacional (BRASIL, 2016b).

No entanto, diversos motivos podem contribuir para o crescimento dos números de casos de sífilis, sobretudo durante a gestação, dentre eles: baixo conhecimento sobre a doença, informações insuficientes durante as consultas pré-natais para as gestantes e seus parceiros, não solicitação, realização e apresentação dos exames diagnósticos, falta de medicação, falha no esquema terapêutico, dificuldades de diálogo com o parceiro sexual sobre o diagnóstico positivo e reinfecções (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Portanto, a sífilis se configura como um relevante problema de saúde pública devido ao elevado números de casos e as graves consequências que acarreta para o binômio mãe/filho. Portanto, é necessário analisar o nível de conhecimentos das gestantes sobre a doença com a finalidade de estabelecer medidas preventivas e assim melhorar o controle da doença.

Diante ao exposto, o objetivo desse estudo foi identificar o conhecimento de gestantes sobre a sífilis em uma unidade de saúde do município de Rio Branco-Acre.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Foi realizado em uma unidade de saúde de Rio Branco-AC, Brasil, composta por equipe uma multidisciplinar e que possui uma ampla área de abrangência no território adscrito.

O município de Rio Branco, capital do estado do Acre, está localizado na Amazônia Sul Ocidental (latitude: 9°58'26"S; longitude: 67°48'27"O), possui uma área territorial de 8.834,942 km² e população estimada em 407.319 habitantes no ano de 2019 (IBGE, 2020).

Para o cálculo amostral foi considerada a média mensal de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal durante o primeiro semestre de 2019, sendo considerado um intervalo de confiança de 95% e um percentual de margem de erro de 5%, o que determinou

uma amostragem mínima de 55 gestantes que foram convidadas para participarem do estudo.

Foram incluídas, por conveniência, as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, em acompanhamento pré-natal na referida unidade, de todos os trimestres gestacionais e que voluntariamente aceitaram participar das atividades e ações propostas, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Por sua vez, foram excluídas as que não tiveram condições físicas ou psicológicas para responderem o questionário.

A coleta de dados foi realizada na própria unidade de saúde no momento da procura por atendimento, nos meses de janeiro a fevereiro de 2020, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas sobre as características sociodemográficas, características ginecológicas, obstétricas e gestacionais e sobre o conhecimento da gestante acerca da sífilis.

Os dados foram digitados e revisados no programa *Microsoft® Office Excel 2016* e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0, onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis de interesse.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINORTE e aprovado com o parecer número 3.777.821 e CAAE 24103619.4.0000.8028.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, 52,7% das gestantes estavam na faixa etária de 18 a 24 anos de idade. De modo semelhante, em um estudo realizado na zona norte do estado de São Paulo, a maior frequência de entrevistadas tinha idade entre 18 e 23 anos, com 54,0% (LIMA; XAVIER; ALMADA, 2019). Porém, resultado diferente foi identificado entre gestantes em assistência pré-natal no município de Rio Grande (RS) onde a maioria tinha 25 anos ou mais de idade, com 56,3% (CESAR et al., 2020).

Concernente à cor ou raça, 70,9% das entrevistadas se autodeclararam pardas (Tabela 1). De forma diferente, 38,99% das gestantes de um estudo realizado na região de Maringá (PR) eram não brancas, sendo estatisticamente associada à sífilis gestacional (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Segundo os achados de um estudo de revisão da literatura frente a essa temática, a diversidade na distribuição de raça ou cor de pele entre

as gestantes, em diversos estados brasileiros, acompanhou as características regionais (PATERLINE et al., 2018).

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes submetidas à assistência pré-natal em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
Faixa etária (anos)		
18-24	29	52,7
25-29	15	27,3
35-40	09	16,4
>40	02	3,6
Cor/ Raça		
Parda	39	70,9
Negra	03	5,5
Branca	07	12,7
Amarela	06	10,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	06	10,9
Ensino Médio	35	63,6
Ensino Superior	14	25,5
Atividade remunerada		
Sim	13	23,6
Não	42	76,4
Renda familiar mensal*		
Sem renda	16	29,1
Até 1 SM	29	52,7
2 - 3 SM	08	14,5
≥ 4 SM	02	3,7
Local de moradia		
Zona urbana	47	85,5
Zona rural	08	14,5
Total	55	100,0

Notas: SM = Salário Mínimo; *Valor do SM em 2020 = R\$ 1.045,00.

Quanto à escolaridade, 63,6% das participantes tinham cursado o ensino médio (Tabela 1). Diferentemente, em um estudo desenvolvido com gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde (UBS) de Teresina (PI) onde maior parte tinha o ensino fundamental incompleto (COSTA et al., 2016). Contudo, resultado similar foi evidenciado em Salvador (BA) onde 56,0% das gestantes afirmaram ter o ensino médio incompleto ou completo (DUARTE; LIMA, 2016).

No que se refere às condições socioeconômicas, maioria das entrevistadas não possuía atividade remunerada (76,4%) e dispunha de renda familiar mensal de até um salário mínimo (52,7%), conforme tabela 1. De igual modo, 55,93% das gestantes de Maringá (PR)

não possuíam ocupação remunerada (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018) e 84,6% das grávidas atendidas em uma maternidade de um município do interior do estado do Ceará relataram ter renda entre um e dois salários mínimos (CASTRO et al., 2020).

No que diz respeito ao local de residência, 85,5% das gestantes moravam na zona urbana (Tabela 1). Assim como, em uma pesquisa realizada no município de Sobral (CE) entre os anos de 2012 e 2017 se evidenciou que 83,4% das mulheres entrevistadas residiam na zona urbana (BRANDÃO et al., 2018).

A renda familiar e escolaridade materna são alguns dos principais fatores para realização do pré-natal de maneira adequada (CESAR et al., 2020). No entanto, as desigualdades sociais de saúde existentes, permitem suporte para a hipótese de que o alto número dos casos de sífilis gestacional no Brasil esteja associado ao baixo nível socioeconômico e a realização de um pré-natal inadequado, assim contribuindo para a persistência da transmissão vertical. Porém, independentemente das condições socioeconômicas qualquer indivíduo pode adquirir a infecção (MACÊDO et al., 2017).

Com base na tabela 2, 94,5% das entrevistadas não eram tabagistas e 90,9% não eram etilistas. De igual modo, no estudo realizado com gestantes na cidade de Recife (PE) no qual 80,0% das participantes negaram ser tabagistas (MACÊDO et al., 2017). Assim como, 97,98% das gestantes em Cascavel (PR) referiram não fazer uso de bebidas alcoólicas (PEDER et al., 2018).

Com relação ao início da vida sexual, 56,4% das participantes tiveram a sexarca com 15 anos ou mais de idade (Tabela 2). Assim como, em outro estudo 92,54% das gestantes informaram ter tido o primeiro contato sexual com 13 anos ou mais de idade (PEDER et al., 2018). Porém, entre as gestantes de Recife (PE) 79,7% iniciaram a vida sexual com 17 anos ou mais de idade (MACÊDO et al., 2017). Já em uma pesquisa realizada em São Luís (MA) 48,0% das gestantes relataram terem tido a sexarca na faixa etária de 16 a 19 anos (SOUZA et al., 2013).

A vivência sexual precoce apresenta situações de risco devido não possui o conhecimento necessário tornando propícia a prática sexual insegura expondo o indivíduo vulnerável às infecções (ALMEIDA et al., 2017). O que aponta para necessidade de políticas públicas visando à orientação da população sobre a relevância das ações de prevenção e tratamento de IST (MARQUES et al., 2018; BATISTÃO; SILVA; TREVISOL, 2017). No que se refere ao número de gestações, 54,5% das grávidas eram primíparas (Tabela 2). De modo um estudo realizado em São Luís (MA) identificou que 76% das gestantes relataram estar entre a primeira e a terceira gestação (SOUZA et al., 2013).

Tabela 2. Comportamento, características ginecológicas, obstétricas e da assistência pré-natal de gestantes de uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
Tabagista		
Sim	03	5,5
Não	52	94,5
Etilista		
Sim	05	9,1
Não	50	90,9
Início da vida sexual (idade)		
< 15 anos	24	43,6
≥ 15 anos	31	56,4
Número de gestações		
Primíparas	30	54,5
Multíparas	25	45,5
Histórico de aborto		
Sim	12	21,8
Não	43	78,2
Histórico de IST		
Sim	11	20,0
Não	44	80,0
Trimestre gestacional		
Primeiro	30	54,5
Segundo	13	21,9
Terceiro	12	23,6
Número de consultas pré-natais		
1 – 2	27	49,2
3 – 4	08	14,5
5 – 6	13	23,6
> 6	07	12,7
Orientações sobre IST durante as consultas pré-natais		
Sim	46	83,6
Não	09	16,4
Total	55	100,0

Nota: *Infecções Sexualmente Transmissíveis

Das gestantes entrevistadas, 78,2% negaram ter histórico de aborto (Tabela 2). Da mesma maneira, em uma pesquisa realizada em Picos (PI) 82,0% das participantes responderam não terem sofrido episódios de aborto (BARROS et al., 2018). Uma das principais complicações gestacionais da sífilis são o aborto e a transmissão vertical levando ao desenvolvimento sífilis congênita e de agravos ao concepto (BRASIL, 2016a; MARQUES et al., 2018).

Concernente ao histórico de IST, 80,0% das gestantes não tiveram infecções venéreas (Tabela 2). Da mesma forma, no estudo de Recife (PE) 77,4% das mulheres informaram não possuir histórico de IST (MACÊDO et al., 2017). As IST na gestação possuem um impacto direto na saúde reprodutiva da mulher e do conceito por acarretarem em alguns casos complicações, agravos e morte (BRASIL, 2019).

Conforme a tabela 2, 54,5% das gestantes estava no primeiro trimestre gestacional e 49,2% já haviam realizado de 1 a 2 consultas de pré-natal (Tabela 2). Já na pesquisa realizada em Maringá (PR) em mulheres no ciclo gravídico evidenciou que 72,22% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e a chance da ocorrência sífilis foi de 7,4 vezes mais entre aquelas que não fizeram o acompanhamento pré-natal (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, para a assistência pré-natal ser considerada adequada devem ser realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo organizada uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000). Porém, o baixo número de consultas pré-natal encontrado neste estudo pode ser explicado em virtude da maioria das gestantes entrevistadas se encontrarem no primeiro trimestre gestacional.

No que diz respeito às informações recebidas durante as consultas pré-natais, 83,6% das entrevistadas receberam orientações sobre IST (Tabela 2). Durante o acompanhamento pré-natal devem ser desenvolvidas atividades educativas em grupo ou individualmente a fim de esclarecer dúvidas e promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e IST (BRASIL, 2000).

Com base na tabela 3, 60,0% das entrevistadas disseram conhecer as formas de transmissão da sífilis. Por sua vez, numa pesquisa desenvolvida na zona norte de São Paulo todas as gestantes declararam conhecimento sobre a transmissão da infecção (CESAR et al., 2020). Assim como, no estudo realizado em Recife (PE) no qual 83,0% das gestantes relataram ter informações sobre a via de transmissão (COCIÑA et al., 2020).

O conhecimento sobre prevenção, transmissão e manifestações clínicas da infecção sífilis proporciona um diagnóstico precoce e auxilia no tratamento oportuno (CAVALCANTE et al., 2012). A assistência do pré-natal é de suma importância, pois tem o intuito de promover e identificar precocemente possíveis intercorrências e situações de riscos durante a gestação por meio de consultas mensais, exames de rotinas e testes rápidos (NUNES et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Tabela 3. Conhecimento de gestantes sobre aspectos relacionados à sífilis em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

<i>Aspectos</i>	Conhecimento adequado			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
	33	60,0	22	40,0
Diagnóstico	15	27,3	40	72,7
Tratamento	20	36,3	35	63,7
Medidas preventivas	42	76,3	13	23,7
Complicações da doença	11	20,0	44	80,0

No que se refere ao diagnóstico, apenas 72,7% das participantes informou desconhecer as formas de diagnósticos da sífilis (Tabela 3). De acordo com o protocolo de triagem de sífilis os testes para diagnósticos da doença são o exame direto e o teste imunológico (teste treponêmico: TPHA, Elisa ou FTA-Abs e o não treponêmico: VDRL ou RPR) que devem ser solicitados na primeira consulta e no início do terceiro trimestre gestacional, porém se a gestante testar positivo no primeiro trimestre é indicado que o exame seja repetido no segundo trimestre gestacional e que seja realizada a testagem dos parceiros sexuais com o objetivo de realizar o controle dos casos de infecção, prevenção da transmissão vertical, aborto e outras complicações decorrentes da doença (BRASIL, 2016a).

Porém, de acordo com um estudo nacional realizado com 23.894 mulheres de todo país identificou que a cobertura de testagem para sífilis foi de 89,1% (um exame) e 41,2% (dois exames), sendo as coberturas mais baixas de testagem verificadas entre as mulheres residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, não brancas, mais jovens, de menor escolaridade e atendidas em serviços públicos (DOMINGUES et al., 2014).

No que diz respeito às medidas terapêuticas, 63,7% das grávidas não conheciam o tratamento para a sífilis (Tabela 3). Da mesma forma, em um estudo realizado em Recife (PE) 80,0% das gestantes não dispunham de conhecimento sobre o tratamento da doença (COCIÑA et al., 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, o medicamento de primeira escolha para o tratamento da sífilis é a Penicilina G benzatina com esquema terapêutico conforme o estágio clínico, sífilis primária dose única, sífilis secundária ou latente recente repetir o ciclo após 7 dias e sífilis terciária 3 aplicações com o intervalo de 7 dias. Entretanto, em casos comprovados de sensibilidade (alergia) a penicilina, as mesmas devem ser encaminhadas a um centro de

referência para a dessensibilização, pois a penicilina G benzatina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2012).

Com relação às medidas preventivas, 76,3% das mulheres conheciam as principais formas de prevenção contra a infecção (Tabela 3). Em um estudo realizado em Teresina (PI) as gestantes reconheciam o uso do preservativo como meio de prevenção para a infecção (COSTA et al., 2016). Da mesma forma, grávidas atendidas em uma unidade de saúde de São Paulo depois de terem o diagnóstico da doença passaram a utilizar preservativo durante o ato sexual de forma preventiva (COCIÑA et al., 2020). De acordo como Ministério da saúde, o uso de preservativos é o método eficaz na prevenção da sífilis e outras IST (BRASIL, 2019).

Neste contexto, o teste sorológico e o tratamento presuntivo do parceiro sexual também são importantes medidas preventivas para evitar a reinfecção da gestante e a transmissão para o feto, portanto o tratamento oportuno da gestante e do parceiro é essencial na prevenção da sífilis congênita (PEDER et al., 2018).

Concernente às consequências da infecção, 80,0% das entrevistadas negaram conhecer as complicações decorrentes da infecção pelo *T. pallidum* durante a gestação (Tabela 3). De igual modo, em uma pesquisa envolvendo gestantes de São Paulo foi verificado que 46,0% das participantes não responderam ou não conheciam as complicações e 46% relataram malformação ou óbito do feto (COCIÑA et al., 2020).

A sífilis quando não tratada corretamente pode provocar múltiplos desfechos adversos, como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas para a mãe e se transmitida ao feto pode causar prematuridade, aborto espontâneo, óbito fetal e a sífilis congênita (BRASIL, 2016a; MARQUES et al., 2018).

A Sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória na qual o recém-nascido infectado ao nascer pode se apresentar sintomático ou assintomático, não tratadas às manifestações podendo ser irreversíveis, tendo alterações, lesões oculares, nariz em cela, deficiência mental, surdez, perfuração do palato duro, alterações dentárias, alterações articulares e ósseas, retardo no crescimento e desenvolvimento, entre outras (BRASIL, 2016a; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

4. CONCLUSÃO

Dado ao exposto, as gestantes apresentaram um conhecimento inadequado acerca da sífilis, sobretudo de aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e as complicações

da doença. Dessa forma, a promoção de ações direcionadas a prevenção e ao controle da doença torna-se fundamental, pois para a redução da ocorrência dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita é essencial que as gestantes e seus parceiros durante a assistência pré-natal recebam informações adequadas para que compreendam a importância da prática sexual segura, do autocuidado, do diagnóstico precoce e tratamento eficaz da sífilis.

5. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. A. S. et al. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1087-1094, 2017.
- BARROS, V. L. et al. **Conhecimento de gestantes em acompanhamento pré-natal a cerca da sífilis**. Fortaleza: EdUECE, 2018.
- BATISTÃO, F. V.; SILVA, H. C. G.; TREVISOL, F. S. Syphilis, HIV and hepatitis B and C serological screening among parturient admitted in the obstetrics center of a hospital in Southern Brazil, 2014–2016. **Rev Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 29, p. 96-100, 2017.
- BRANDÃO, M. G. S. A. et al. Análise epidemiológica dos casos de sífilis em gestantes no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2013. **Rev Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 22, n. 1, p.14-18, 2018.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico: sífilis 2019**. Brasília: Ministério da saúde, 2019.
- BRASIL. **Caderno de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis**. 2019. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/preservativo>>. Acesso: 08/07/2020.
- BRASIL. **Manual técnico para diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. Portaria nº 570, de 01 de Junho de 2000. Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, 2000.
- BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

CASTRO, L. L. S. et al. Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. **Rev Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 1-18, 2020.

CAVALCANTE, A. E. et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. **Rev. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v.24, p. 239-245, 2012.

CESAR, J. A et al. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Rev Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p.1-12, 2020.

COCIÑA, M. C. et al. **Conhecimento das gestantes acerca da sífilis congênita durante o pré-natal**. (TCC) Graduação em Enfermagem - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2017.

COSTA, J. S. et al. O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. **Rev Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 79 -89, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n.5 , p. 766-774, 2014.

DUARTE, A. O.; LIMA, F. W. M.; Sífilis em gestantes de salvador: análise da soroprevalência e possíveis fatores para transmissão vertical. **Rev Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 15-22, 2016.

GARBIN, A. J. I. et al. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**, v. 52, p.1-4, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rio Branco, Acre**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/panorama>>. Acesso em: 25/03/2020.

KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v.14, n.2, p.1-17, 2019.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na atenção básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p.1-9, 2017.

LIMA, L. E.; XAVIER, A. M. H.; ALMADA, C. B. Conhecimento das gestantes com sífilis sobre a doença e perfil sociodemográfico em uma UBS e Hospital Maternidade da zona norte de São Paulo. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 37, p. 218-223, 2019.

MACÊDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, v.51, p.1-12, 2017.

MARQUES, J. V. S. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **Rev. Sanare**, v. 17, n. 2 p.13-20, 2018.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: Associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. 1-10, 2018.

PATERLINE, L. M. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil: Revisão sistemática. **Rev. Científica Esfera Acadêmica Saúde**, v. 3, n. 2 p.1-10, 2018.

PEDER, L. D. et al. Infecções genitais e fatores de risco em gestantes atendidas em um serviço de saúde pública. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 19, n. 1, p. 84-92, 2018.

ROWLEY, J. et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 8, p. 548–562, 2019.

SILVA, L. C. V. G. et al. Perfil dos casos de Sífilis Congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, v. 2, n. 2. p. 380-390, 2017.

SOUZA, N. A. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 28-38, 2013.

TRINH, T. et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 27, n.1, p.69-82, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021**. Geneva: WHO, 2016.

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Amanda Thais Lima¹, Bruna da Costa Bueno¹, Everly Maltaca Pypcak¹, Amanda Khetleen Gusso¹, Daiana Kloh Khalaf¹, Dulce Dirclair Huf Bais², Shirley Boller¹

1. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Setor da Saúde, Departamento de Enfermagem, Curitiba, Paraná, Brasil;

2. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Setor de Educação, Departamento de Teoria de Prática do Ensino, Curitiba, Paraná, Brasil;

RESUMO

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade está prevista em grande parte dos currículos dos cursos de graduação em saúde, seguindo as preconizações das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área, assim como os pressupostos do Sistema Único de Saúde. Promover atividades de ensino-aprendizagem dentro dos serviços de saúde e integrar ambos é um processo complexo que envolve, de forma direta, discentes, docentes, profissionais de saúde, comunidade e, de forma indireta, depende de pactuações entre instituições de ensino e órgãos de gestão de saúde. Apesar dos desafios de implementação desta prática, os benefícios na formação de profissionais aptos para atender as necessidades concretas de saúde da população brasileira são muito evidentes. O objetivo deste capítulo é estimular o leitor a refletir sobre as contribuições, os desafios e as facilidades decorrentes do processo de Integração Ensino-Serviço-Comunidade na formação em saúde no Brasil.

Palavras-chave: Ensino em Saúde, Integração-Ensino-Serviço-Comunidade e Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Integration of Teaching-Service-Community is present in most curricula of undergraduate health courses, following the recommendations of the National Curriculum Guidelines for courses in the area, as well as the foundations of Brazilian Unified Health System (SUS). Promoting teaching-learning activities within health services and integrating both is a complex process that directly involves students, teachers, health professionals, community and indirectly depends on agreements between educational institutions and health management bodies. Despite the challenges of implementing this practice, the benefits in training professionals who are able to meet the real health needs of the Brazilian population are significantly evident. The aim of this chapter is to encourage the reader to reflect on the challenges and contributions arising from the Integration of Teaching-Service-Community process in health education in Brazil.

Keywords: Health Education, Integration of Teaching-Service-Community and Health work.

1. INTRODUÇÃO

A formação de profissionais competentes para atuar na melhoria da saúde da população brasileira e que desenvolvam uma prática alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm sendo amplamente discutida nos últimos anos. A Constituição Federal Brasileira de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, são alguns dos exemplos que apontam esse modelo de formação como meio essencial para promover o fortalecimento do SUS, e assim, garantir o compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos daqueles que usufruem do sistema de saúde do Brasil (SCHNEIDER, 2018; KHALAF et al., 2019).

Em saúde, a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), trata-se das práticas de ensino-aprendizagem que ocorrem no interior de serviços ou na comunidade. Mostra-se como uma importante estratégia para alcançar as mudanças no processo formativo desses profissionais, além de acarretar uma educação permanente e uma prática reflexiva permeada pelo diálogo, viabilizando assim, modificações no modelo de atenção em saúde ofertado (KHALAF et al., 2017; MENDES et al., 2020).

A relação envolve uma interação profunda entre docentes, estudantes, comunidade e profissionais de saúde, sendo estes, os protagonistas do processo (Figura 1). É nesse encontro, e no acolhimento entre ensino e serviço que a reflexão sobre os problemas da prática, o debate sobre o vivido na realidade local e o diálogo reflexivo, possibilitam um crescimento mútuo (KHALAF et al., 2019).

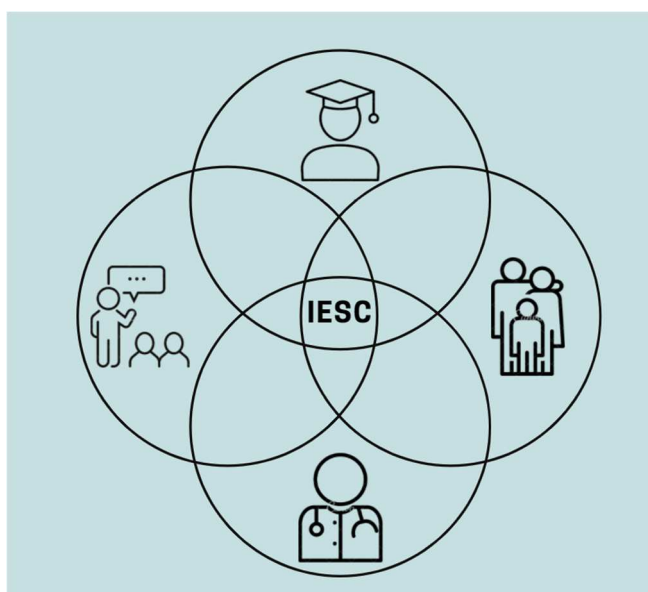


Figura 1. Protagonistas da IESC: Discentes, docentes, comunidade e profissionais de saúde. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Diferentes meios podem ser definidos pelas instituições de ensino superior e serviços de saúde para promover a integração, como exemplo, estágios obrigatórios e extracurriculares, aulas práticas em serviços de saúde e outros ambientes externos, projetos de pesquisa, extensão e iniciação científica, entre outras estratégias (BRASIL, 2017).

Apesar da ampla discussão sobre a reorientação da formação em saúde que considera o SUS, em toda a sua complexidade, como foco central deste processo, ainda é possível encontrar com certa predominância a formação centrada no modelo biomédico, o que dificulta a superação do histórico da fragmentação do cuidado em saúde (MENDES et al., 2020; SCHNEIDER, 2018).

A IESC, por possibilitar o desenvolvimento de uma prática colaborativa, que preconiza a participação ativa de todos os protagonistas envolvidos no processo, contribui com a formação e o trabalho de profissionais de saúde baseado na integralidade do cuidado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

2.1.1 A IESC durante o processo de formação em saúde

A busca por um afastamento do modelo de atenção em saúde pautado na abordagem biomédica, traz a formação acadêmica dos profissionais da área como objeto de frequentes reflexões, uma vez que há a necessidade de recursos humanos capacitados para atender as necessidades de saúde da população brasileira de forma eficaz. Nesse contexto, a IESC representa uma possibilidade de qualificar simultaneamente a formação e o cuidado em saúde no SUS, com vistas a alcançar a efetivação de seus princípios, como a integralidade do cuidado, com maior resolutividade da atenção em saúde (MENDES et al., 2020; SILVEIRA et al., 2020).

A contribuição da IESC ocorre a partir do encontro entre o ensino e o serviço, o qual promove a aproximação de estratégias pedagógicas com os elementos da prática, provoca embates entre teoria e prática, e assim, torna-se um campo fértil para o desenvolvimento de

um ensino prático reflexivo, que visa a transformação da realidade, a partir do seu entendimento na totalidade (KHALAF et al., 2019).

É importante ressaltar que as práticas de ensino e aprendizagem que ocorrem dentro dos serviços de saúde nem sempre acontecem sob a perspectiva da integração. Beaman et al. (2018) discorre sobre as tipologias da aprendizagem dentro de serviços de saúde, as quais podem acontecer de diferentes formas. Por vezes, a prática no serviço busca, em um primeiro momento, o desenvolvimento de habilidades dos discentes, sendo que os efeitos desse processo no serviço e na comunidade são secundários, em outros momentos os resultados nos serviços de saúde são os objetivos principais, e a aprendizagem do discente o efeito secundário. Mas quando se trata de integrar, tanto ensino quanto o serviço e a comunidade devem possuir a mesma importância no que diz respeito ao alcance dos objetivos.

Uma vez que a potencialidade da Integração Ensino-Serviço-Comunidade na formação de profissionais de saúde está atrelada a promoção de uma reflexão crítica sobre a prática e sobre as necessidades de saúde concretas da população, utilizar os serviços como mero campo para o desenvolvimento de habilidades técnicas e instrumentais é explorar minimamente o que a IESC propõe. Essa estratégia pedagógica pode ser limitada para o ensino e para o serviço se acontecer de forma isolada, sem acolhimento entre ambos e com uma prática sem relação dialógica (KHALAF et al., 2019).

2.1.2 Protagonistas da IESC e o papel da comunidade

Ao se deparar com a temática da IESC, através da literatura e das produções que abordam o assunto, é possível identificar a relevância deste processo para a formação em saúde, por outro lado, surge o questionamento sobre como os protagonistas a percebem e a vivenciam na prática.

Por questões que extrapolam o curso e o empenho dos protagonistas do processo de ensino-aprendizagem, o currículo idealizado nem sempre é o currículo realizado. Diante do desafio de implantar a IESC, seu direcionamento deve ser baseado na percepção dos diferentes sujeitos que a produzem e vivenciam no seu cotidiano (KLOH et al., 2017; SILVEIRA et al., 2020).

A troca de saberes e a percepção do protagonismo sobre um processo de aprendizado mútuo, que envolve tanto as partes do ensino quanto do serviço, é reconhecido como um dos grandes fatores contribuintes da IESC.

O estudante não se percebe apenas como alguém que utiliza o serviço para o seu aprendizado, mas como alguém que contribui com o mesmo. Ademais, os profissionais de saúde são encorajados a retomarem seus estudos. Para os docentes, a realidade dos serviços torna-se um desafio e um processo de autoavaliação, onde práticas precisam ser revistas em busca da consonância com o que ocorre nos serviços (KHALAF et al., 2019).

Neta e Alves (2016) ao pesquisarem sobre a percepção de profissionais de saúde preceptores dos discentes da área da saúde, identificaram que estes, ao acompanhar os estudantes em seu processo formativo-educativo, promoviam tanto para os estudantes quanto para si mesmos um conhecimento profundo sobre os lócus de atuação do profissional da saúde pública. Reflexões sobre a comunidade e seus problemas sociais, ambientais, sanitários, assim como as relações que se estabelecem entre profissional e paciente, anseios da população em relação à saúde, entre outras temáticas, eram amplamente discutidas. As pesquisadoras afirmam que de maneira dirigida, ou não, preceptores e discentes estabelecem um debate a respeito de temas centrais, e passam de uma visão de profissionais e estudantes para a visão de aprendentes do “fazer saúde” para as coletividades.

No contexto do ensino-aprendizagem, é comum os protagonistas possuírem papéis marcadamente distintos, assim como motivações e interesses paralelos ou excludentes, o que pode promover alguns conflitos. Entretanto, quando o verdadeiro sentido e objetivo da integração está colocado com base em princípios éticos, alimentados pela realidade dos cenários de prática, a ressignificação desses papéis pode ocorrer, desde que cada um não perca de vista suas atribuições e responsabilidades, desenvolvendo competências e habilidades nesse complexo eixo de ensinar, aprender e cuidar (SILVEIRA et al., 2020; NETA; ALVES, 2016).

No que diz respeito à percepção da comunidade acerca da sua própria participação na IESC, poucos estudos evidenciam essa questão. Há o reconhecimento por parte de discentes, docentes e profissionais de saúde quanto à importância do papel da comunidade para o desenvolvimento e a transformação da prática em saúde. Apesar disso, relatos de usuários dos serviços de saúde onde as práticas de ensino ocorrem são escassos, e apresentam um desafio para uma discussão sobre IESC.

Schneider (2018) ao discorrer sobre a atitude de usuários frente à atuação de estudantes e docentes nos cenários do SUS, a descreve como passiva às intervenções e procedimentos, e sem questionamentos. Esta passividade também é revelada na dimensão

da participação em conselhos locais de saúde, mesmo partindo do princípio que este espaço possui o objetivo de uma construção coletiva do cuidado em saúde.

Em estudo que promoveu rodas de conversas entre discentes da saúde, profissionais e usuários dos serviços de saúde, e onde questões referentes ao próprio serviço foram colocadas em pauta, Melo et al. (2016) concluiu que as práticas centradas no diálogo e consequentes da interação entre os participantes das discussões, transcenderam a visão unidimensional do processo saúde-doença. O diálogo entre os participantes estabeleceu um vínculo entre eles, o que permitiu a socialização e o desenvolvimento de projetos e programas nos quais foi possível debater as especificidades do modelo assistencial e de atenção, bem como as características da realidade local, descritas não apenas pelos profissionais de saúde, mas principalmente pelos usuários do serviço.

O diálogo solidifica uma prática onde são respeitadas as representações sociais num ambiente formador de consensos, o que por sua vez, minimiza resistências quanto a escuta, reflexão e análise de problemas concretos. A participação ativa de todos os protagonistas da IESC possibilita a quebra de paradigmas, unida a uma visão mais realista do SUS, e rompendo preconceitos para uma melhor interação e confidencialidade entre estudantes, docentes, profissionais e a comunidade (MELO et al., 2016; SILVEIRA et al., 2020).

2.1.3 IESC e o fortalecimento do sistema de saúde

O SUS possui como um de seus objetivos a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, assim como prevê em sua organização, direção e gestão, estratégias que propõe prioridades e métodos para a formação e educação continuada de seus profissionais. Além disso, são constituídos como campo de prática os serviços públicos que integram o sistema, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Entre os desafios de ofertar uma formação que contribua com o complexo sistema de saúde do Brasil, está o agir de forma crítica, reflexiva e propositivamente, buscando desenvolver ações formativas que partam da realidade dos cenários sociais brasileiros e tenha o próprio SUS como espaço privilegiado dessa formação. Instituir práticas educativas sensíveis às necessidades educativas, é possível a partir de uma lógica onde a formação dos profissionais de saúde seja exercida mais por referências internas ao trabalho na saúde do que externas (NETA; ALVES, 2016).

A contribuição com o sistema de saúde a partir da IESC, não ocorre apenas através da formação de profissionais com base nos pressupostos do mesmo. Em uma análise a partir da percepção de discentes da Escola de Saúde Pública da Universidade de Washington, Mackenzie et al. (2019) identificou que o processo de ensino aprendizagem que ocorre dentro de serviços de saúde e com a comunidade, para a maioria dos alunos, fortalece o seu senso de compromisso e responsabilidade com a comunidade. O aluno ao aplicar e sintetizar o seu aprendizado no serviço, tem a possibilidade de analisar e desafiar o poder estrutural e os sistemas de opressão que contribuem para necessidades contínuas da comunidade, e dessa forma, reconhece o seu papel como agente de mudança.

Com isso, no contexto brasileiro, a IESC, quando ocorre de fato e envolve todos os protagonistas, é capaz de fortalecer o SUS tanto por aproximar e inserir futuros profissionais de saúde em cenários onde estes podem compreender a natureza, a complexidade, e a relevância do sistema para a população em geral, como estimula os discentes e todos os envolvidos do processo, a refletir sobre a fundamentalidade de seus papéis na construção de uma atenção à saúde responsável, ética e coletiva.

2.1.4 Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde e a IESC

Considerando que os cursos da área da saúde devem possuir um direcionamento para atender as demandas de saúde da população brasileira, a Resolução n. 569 de 8 de dezembro de 2017 apresenta padrões para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde, entre as estratégias apresentadas, encontra-se o trabalho coletivo, pactuado e integrado promovido pela IESC (BRASIL, 2017).

Além de afirmar a IESC como um método de consolidação da prerrogativa do SUS, a Resolução n. 569/2017 explora o fato de que esta prática promove a ampliação da rede de atenção, transformando-a em uma rede de ensino-aprendizagem e trazendo benefícios tanto aos discentes em seu desenvolvimento acadêmico quanto aos trabalhadores profissionalmente. Acerca dos estudantes, experienciar diferentes cenários possibilita apreender na prática as políticas de saúde, fluxos de atenção em rede (primária, secundária e terciária) e a interprofissionalidade presente no sistema (BRASIL, 2017).

Ademais, de acordo com as necessidades sociais, a resolução ainda preconiza que as Diretrizes Curriculares Nacionais específicas para cada curso de graduação valorizem e incentivem a carga horária destinada aos estágios e às atividades práticas e de extensão

vinculadas à população, a fim de proporcionar um desenvolvimento acadêmico e locorregional para a sociedade (BRASIL, 2017).

Acerca dos cursos da área da saúde em específico, a IESC está presente e é defendida como estratégia de se construir o conhecimento coletivamente entre os atuantes já descritos. Na Medicina, encontra-se em evidência no Artigo 29 da Resolução n.3, de 20 de junho de 2014 que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, o qual estabelece que o curso deve se estruturar, também, na integração e interdisciplinaridade por meio da participação ativa, de forma que o ensino, a pesquisa e a extensão não se dissociem (BRASIL, 2014)

Busca-se alcançar esses objetivos por meio da inserção do aluno nas redes de serviços de saúde, que se apresentam como espaço de aprendizagem e desenvolvimento do senso crítico e humanístico para estes, vinculando, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da comunidade, de forma a propiciar a graduação de um profissional com uma visão dos problemas reais de saúde da população e capacidade de articulação teórico-prática (BRASIL, 2014)

Em relação à Enfermagem, as DCN do curso pontuam princípios de autonomia institucional e pluralidade no currículo que contribuam para a flexibilidade e integração estudo/trabalho. Preza-se uma articulação entre o saber fazer e o saber conviver, considerados atributos indispensáveis para o ser Enfermeiro adquiridos na prática em cenário social, no qual o aluno depara-se com necessidades específicas regionais de saúde, determinantes sociais e vulnerabilidades. A estrutura do curso deve almejar e defender a participação plena na sociedade e a visão do ensino-aprendizagem para a cidadania (BRASIL, 2001).

Nas graduações de Farmácia e Saúde Coletiva, a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem está colocada a fim de garantir práticas interprofissionais por todo o período de formação. Há ainda uma recomendação de que a relevância da aproximação da prática pedagógica com a realidade profissional, através da IESC, seja estabelecida no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Farmácia (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017).

A possibilidade de vivenciar as políticas públicas de saúde no contexto dos equipamentos sociais e de saúde é destacada nas DCN de Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Fisioterapia, onde se defende uma experiência baseada nas demandas de saúde das diversidades loco-regionais em articulação com a realidade epidemiológica e profissional, visando um ensino crítico e reflexivo (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2002; BRASIL, 2002).

Destacados os aspectos relacionados à Integração Ensino Serviço Comunidade presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais de diferentes cursos da área da saúde, percebe-se que a estratégia é amplamente preconizada para ser implementada e defendida em Projetos Políticos dos Cursos, assim como é reconhecida como meio de contribuição para a formação do profissional de saúde crítico e alinhado com os problemas e vulnerabilidades locais e com os pressupostos do SUS.

2.2 ESTRATÉGIAS QUE FORTALECEM A INTEGRAÇÃO-ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

2.2.1 IESC prevista em programas e políticas de Saúde no Brasil

O fortalecimento da IESC no processo de formação envolve e é dependente de diferentes estratégias, entre elas as políticas públicas, as quais fornecem subsídios para que as ações e práticas de ensino-aprendizagem em saúde sejam realizadas em sua plenitude, respeitando desde a esfera estrutural, que organiza as superestruturas, até a singular que compreende o cuidado na ponta, com o usuário do serviço.

Estabelecendo as Unidades de Saúde como espaços de aprendizagem, de formação de recursos humanos, pesquisa e de ensino, a Política Nacional de Atenção Básica traz um olhar para a troca de saberes entre os protagonistas da IESC, definindo a articulação e parceria entre ensino-serviço como contribuintes da Atenção Básica. Para isso, é imprescindível a formalização da pactuação entre os envolvidos, de modo a garantir acesso a academia e à instituição de saúde, onde ambos são espaços para o diálogo e a troca de aprendizagem (BRASIL, 2017).

Segundo a Política Nacional de Humanização em Saúde, o ensino dentro do serviço torna-se um importante colaborador ao expor as mudanças que precisam ocorrer nos cenários de saúde. Sendo assim, a política de humanização fortalece a IESC ao entender o usuário em sua singularidade e como sujeito de escolhas e saberes, que devem ser protegidos por meio de uma transmissão horizontal de conhecimento, garantindo ao mesmo autonomia sobre o seu cuidado (BARBOSA, 2013; BRASIL, 2015).

Nesta perspectiva, as ações de Educação Permanente em Saúde fortalecem o processo de IESC ao envolver em sua política a articulação entre educação e trabalho no SUS, tendo em vista a mudança no fazer saúde baseado na prática, do processo de cuidar, formar e aprender (BRASIL, 2018).

O Pró-saúde, política pública associada a consolidação do SUS, que visa induzir o desenvolvimento, pelas instituições de ensino, de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e extensão universitária e a participação social, foi fundamental para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde de dentro dos muros da universidade, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS. O Programa de Ensino pelo Trabalho - Saúde (PET-Saúde) reforçou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção com base no diagnóstico situacional do território (BRASIL, 2005).

Constituído como uma das estratégias do Pró-Saúde, o PET-Saúde tem como base a educação pelo trabalho, por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social. Ou seja, a prática do processo de ensino-aprendizagem se dá na rede de serviços, em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS. O programa é destinado aos preceptores, estudantes e docentes de curso de graduação da área da saúde que, representados por suas instituições de ensino, em conjunto com as secretarias de saúde estaduais e municipais, elaboram projetos cujas ações contemplam recomendações do Ministério da Saúde para a qualificação dos profissionais e formação de estudantes da área de saúde em consonância com as necessidades do SUS (BRASIL, 2010).

2.2.2 Práticas colaborativas, Interprofissionalidade e IESC

Para atingir a prática colaborativa, os profissionais devem aprender a trabalhar como membros efetivos das equipes interprofissionais. Essas ações transcendem um atendimento em equipe e proporcionam uma maior organização em torno das necessidades de saúde. A Educação Interprofissional (EIP) pode representar oportunidades de formação conjunta para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, a fim de melhorar a qualidade da assistência ao paciente. A ideia é garantir a compreensão de que não é possível fazer saúde de maneira individualizada (NETA; ALVES, 2016).

Peduzzi e Agreli (2018), discutem, dentre outros aspectos, sobre o sentido da expressão "prática colaborativa", explicada como a colaboração e trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários. Esses profissionais, apesar de reconhecerem suas particularidades e sua autonomia dentro de cada área de conhecimento que o competem, a partir do conceito de prática colaborativa, busca-se reduzir o senso de competitividade e de relações de poder por

relações de parceria interprofissional em saúde e responsabilidade pela saúde do coletivo (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

E mais, a prática colaborativa vai além das questões interprofissionais e inclui também a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de cuidar em conjunto das pessoas e não para elas, em uma hierarquia de poder. Essa abordagem reconhece a atenção centrada no paciente como um elemento fundamental para potencializar a qualidade dos cuidados à saúde e racionalizar os custos do sistema de saúde. A participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa traz uma ideia mais ampla do conceito, que abarca relações para além das práticas entre profissionais (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Portanto, a prática colaborativa é peça fundamental na prática da Integração-Ensino-Serviço-Comunidade, ambas sendo estratégias para a promoção de um trabalho conjunto entre os diferentes protagonistas dos serviços de saúde.

2.2.3 Participação Ativa da comunidade

Para a realização da integração entre o ensino, o serviço e a comunidade em sua totalidade, procura-se incrementar a participação ativa da comunidade por meio do controle social em saúde, empoderando a população da área de referência acerca dos seus direitos e locais de fala (BRASIL, 2017).

O fortalecimento da participação da comunidade neste processo de integralidade ocorre especialmente, mas não só, nos ambientes que promovem o controle social da comunidade como os Conselhos Locais de Saúde (CLS), que estrutura fóruns informais e espaços formais de participação da comunidade, entendida como instâncias decisórias e de fiscalização dos recursos públicos destinados ao SUS. Os CLS se consolidam como espaços de poder dos protagonistas, de negociações entre os mesmos e de resolução de conflitos (JUNGLOS, 2019).

Todavia, a participação da comunidade nos conselhos ainda é ínfimo, devido a muitos motivos, seja por falta de conhecimento acerca dos seus direitos e deveres como cidadão civil, a fragilidade do modus operandi dos conselhos para o cumprimento de suas atribuições, a crise democrática representativa e a apropriação dos conselhos pelo Poder Executivo, representam algumas das dificuldades de uma melhor implementação e fortalecimento da participação da comunidade no seu cuidado e da comunidade (JUNGLOS, 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação dos profissionais de saúde deve ser orientada de acordo com os princípios, objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às transformações constantemente ocorridas na sociedade contemporânea e respeitando a singularidade das necessidades de saúde de diferentes comunidades. O desenvolvimento de uma visão integral do indivíduo, família e comunidade e a ampliação da concepção de cuidado são fatores imprescindíveis para a construção de um perfil profissional consonante com uma perspectiva ética, política e social da saúde.

É fundamental que a educação não seja limitada pela tradicionalidade de um ensino hierárquico, no qual "um é o que ensina e o outro é o que aprende". A qualidade do que se ensina e aprende está intimamente ligada à capacidade de interação entre os protagonistas. A apreensão do conhecimento deve ocorrer de maneira ampla, não podendo fundamentar-se no saber unilateral, mas sim na interação com o outro.

Para que a Integração Ensino-Serviço-Comunidade beneficie todos os envolvidos no processo, e contribua para que os profissionais cumpram com seus objetivos e venham a atuar de forma eficaz sobre as necessidades de saúde da população brasileira, é necessário promover uma inclusão ativa da comunidade durante todo o processo, e para isso torna-se fundamental ouvi-la.

Além de proporcionar senso de compromisso e responsabilidade na comunidade onde atua, a experiência de aprender e apreender por meio da IESC possibilita ao discente a compreensão do âmbito estrutural e dos mecanismos envolvidos no sistema de saúde, os quais influenciam as necessidades da comunidade. A participação ativa e coletiva dos protagonistas da IESC em um modelo de atenção mais holístico e humanizado, confere a todos os envolvidos o papel de agentes de mudança sobre a própria realidade de saúde.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BEAMAN, A. et al. Global service learning and health systems strengthening: An integrative literature review. **Heliyon**, v. 4, p. e00713, 2018.

BRASIL. **Lei 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. Brasília – DF, 1990.

BRASIL, **Parecer CNE/CES nº 242, de 6 de junho de 2017.** Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Brasília - DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** 1ª edição 2ª reimpressão, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde).** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS/MS). 2005.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2001.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014.

BRASIL, **Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017.

BRASIL, **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017.** Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o

desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017.

JUNGLOS C., AMADIGI F. R., MACHADO R. R., SORATO J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare enferm**, v. 24, p. e668742019, 2019.

KHALAF, D. K. et al. Integração ensino-serviço: construindo o ateliê pedagógico em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n. 2, p. 375-382, 2019.

KHALAF, D. K. et al. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. **Rev. de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. 2, p. 1-20, 2019.

KLOH, D. K. et al. Integração ensino-serviço no contexto do Projeto Político-Pedagógico de Cursos de Enfermagem. **Rev. enferm UFPE**, v. 11, n. supl.11, p. 4554-62, 2017.

MACKENZIE S.; HINCHEY D.; CORNFORTH K. A Public Health Service-Learning Capstone: Ideal for Students, Academia and Community. **Front. Public Health. Lausanne**, v. 7 n. 10, p. 1-7, 2019.

MELO, R. H. V. et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v.40, n.2, p.301-309, 2016.

MENDES, T. C. et al . Contribuições e desafios da Integração-Ensino-Serviço-Comunidade. **Texto contexto-enferm**, v.29, e20180333, 2020 .

NETA, A.; ALVES, M. A comunidade como local de protagonismo na Integração Ensino-Serviço e Atuação Multiprofissional. **Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro**, v. 14, n. 1, p. 221-235, 2016.

NOGUEIRA, I. S.; MALDONADO R. N.; LABEGALINI C. M. G. et al. Contribuições da integração ensino-serviço-comunidade para a formação e transformação de práticas na saúde do idoso. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 2, p. 193-200, 2019.

PEDUZZI, M., AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

SCHNEIDER. A. T. C. **Determinantes da construção de uma política de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: A experiência do Município de Blumenau-SC.** (Dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2018.

SILVEIRA, J. et al. Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. e190499, 2020.

A MULHER GESTANTE E FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Anne Grace Andrade da Cunha Marques¹, Ana Paula da Silva Gomes¹, Antônia Daiana Costa da Silva¹, Camilla Lima de Oliveira¹, Dayan de Araujo Marques¹, Luana dos Santos Braga¹ e Tainã de Oliveira Mendonça Borges¹

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo identificar o que as produções científicas têm apontado sobre qualidade de vida das mulheres grávidas e fatores que interferem e/ou contribuem. Trata-se de uma revisão integrativa, junto às bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, National Library of Medicine, Base de Dados em Enfermagem e Scientific Electronic Library Online, publicados nos períodos de 2005 a 2016. A busca foi realizada a partir dos descritores: Qualidade de vida e mulheres gestantes, quality of life and pregnant woman. Dezenove pesquisas integraram o estudo e seus resultados foram agrupados em quatro categorias: Alterações fisiológicas; Alterações neuropsíquicas; Saúde bucal e Sexualidade. Este possibilitou demonstrar o que as produções científicas trazem sobre a temática e quais os fatores que alteram a qualidade de vida das gestantes, bem como a sua contribuição para a melhoria da assistência em saúde. Sendo assim, espera-se que a equipe de saúde em atendimento à mulher, preste um atendimento acolhedor e humanizado, olhando a gestante como um todo. Através dessa revisão integrativa, espera-se que novas pesquisas e políticas públicas, sobre qualidade de vida sejam implementadas e aplicadas, para a qualificação do atendimento em saúde, contribuindo de forma técnica e qualitativa para o bem-estar das mulheres no período gestacional.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Mulheres gestantes e Saúde.

ABSTRACT

This work is intended to identify what scientific productions have pointed out about the quality of life of pregnant women and the factors that interfere and/or contribute with/to it. It is an integrative review, which was held on the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, National Library of Medicine, Base de Dados em Enfermagem and Scientific Electronic Library Online databases, including papers published between 2005 and 2016. The search was performed from the descriptors: Qualidade de vida e mulheres gestantes, quality of life and pregnant woman. The study consisted of nineteen surveys and its results were grouped into four categories: Physiological changes; Neuropsychological changes; Oral health; and Sexuality. This work has enabled us to demonstrate what scientific productions

bring about the topic and what factors change the quality of life of pregnant women, as well as their contribution to the improvement of health care. Accordingly, we hope that the health staff that assists these women provides a welcoming and humanized care, contemplating the pregnant patient as a whole. Through this integrative review, we hope that new surveys and public policies on quality of life will be implemented and applied for the qualification of health care, thus contributing in a technical and qualitative way to the well-being of women during the gestational period.

Keywords: Quality of life, Pregnant Women and Delivery of Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase da vida, que muitas mulheres sonham e desejam, é um período que marca o enfrentamento de profundas mudanças, preparando a mulher para maternidade. É de consenso que, por sua capacidade modificadora, a gravidez pode trazer tanto melhorias quanto dificuldades na forma em que a mulher percebe sua qualidade de vida, especialmente aquelas relacionadas à sua saúde (LIMA, 2006).

A gravidez altera o senso físico da mulher, mudanças hormonais, fisiológicas, psicológicas e biológicas ocorrem nesse momento. Algumas gestantes vivem intensamente essa fase, de tal forma que não interfere em sua qualidade de vida. Para outras, não é tão simples assim, é um momento muito delicado, confuso e desafiador, podendo acarretar vários transtornos, tais como: desânimo, confusão, depressão e muitas vezes a rejeição do feto, para isso, se faz necessário cuidados intensos, redobrados e muita atenção, nesse sentido é importante ressaltar que a gravidez é um estado inerente, modificador e particular de cada mulher.

De acordo com Minayo (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar.

Oliveira (2002) refere, para se ter qualidade de vida é imprescindível que as necessidades básicas do ser humano tenham sido atendidas e sua interação como meio ambiente seja dirigida para o seu desenvolvimento pleno.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Diante disso,

a OMS, comprovou que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida, dentro de uma perspectiva transcultural, assim, foi motivada a criar um instrumento com essas características (FLECK et al. apud WHOQOL GROUP, 1995).

Sendo assim, é importante observar também que, em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO, 2000).

Partindo desse pressuposto, é importante que a família e a equipe de saúde estejam preparadas para lidar com as profundas transformações que ocorrem na vida da mulher, sendo elas, as mudanças físicas, fisiológicas, as queixas, desejos, anseios e suas expectativas, durante o período gestacional.

A assistência ao pré-natal deve focar sua atenção também no âmbito sociocultural e sociodemográfico, além dos cuidados como: controle biológico, nutricional e psicológico com a gestante, a participação da família é relevante, ouvir a gestante e seus familiares sobre o pré-natal e pós-parto, viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral, assim transforma a realidade em qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Tendo em vista no que foi descrito, o objetivo desse estudo é identificar o que as produções científicas têm apontado sobre qualidade de vida das mulheres grávidas e fatores que interferem e/ou contribuem, considerando a seguinte questão norteadora: “O que a literatura traz sobre qualidade de vida das gestantes?”.

Escolhemos o tema pelo grande interesse que temos na área de saúde da mulher, pois durante nossa trajetória acadêmica, ficamos fascinadas com a riqueza de conteúdos que abordam sobre a mulher e sua saúde, pois entender a mulher e sua complexidade, é de grande relevância para o desenvolvimento de cuidados que como enfermeiras iremos prestar. Em vista que as mulheres são o público que mais procuram atendimento clínico. Estudar a gestante é muito gratificante, pois é uma das fases mais intensa e linda na vida de uma pessoa.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, em fontes secundárias, de natureza qualitativa, baseado no método de revisão integrativa, onde se trabalhou com as seguintes etapas: definição da pergunta norteadora, objetivos da pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, análise dos artigos selecionados por títulos, resumo e análise da leitura na íntegra, apresentação dos resultados e discussão.

Para o levantamento dos artigos na literatura realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PUBMED), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), no mês de dezembro de 2016 a março de 2017.

Para a busca dos artigos foram consultados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) como palavras chave: Gestantes e Qualidade de vida, utilizando-se o operador lógico booleano *and* para unir essas palavras e o símbolo aspas para concretizar a pesquisa. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra, que retratassem a temática referente à qualidade de vida das gestantes e publicados nos períodos de 2005 a 2016. Adotou-se como critérios de exclusão os artigos que não retratavam fidedignamente a temática em questão, artigos de revisão de literatura, artigos de reflexão e artigos que se repetiam em mais de uma base de dados.

Para direcionar a busca, utilizou-se a pergunta norteadora juntamente com os critérios de inclusão. Posteriormente foi realizada a seleção dos artigos, observando e analisando os títulos, nomeando e salvando em pastas eletrônicas, os textos encontrados em cada base de dados. Após esta fase, foi realizada leitura minuciosa dos resumos e por final, leitura, releitura detalhada dos artigos na íntegra.

No total, foram encontrados 617 artigos. Após a leitura dos títulos e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 186. Com a realização da leitura dos resumos, encontramos 44 artigos e posteriormente, seguida da leitura detalhada e intensa na íntegra, este estudo selecionou 19 artigos, sendo 02 artigos obtidos na BDENF, 03 artigos na LILACS, 12 artigos na PUBMED e 02 na SCIELO. Estes arquivos foram codificados com a letra P (Pesquisa) e numerados de (1 a 19), de acordo com a ordem crescente do ano de publicação, além do nome do periódico, procedência e tipo de estudo, conforme pode ser visualizado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos artigos, utilizados na elaboração da pesquisa no período de 2005 a 2016.

P	Autores/Pais	Periódico/Ano	Procedência	Tipo de Estudo
P1	COUTO, E.R.; COUTO, E.; VIAN, B.; GREGÓRIO, Z.; NOMURA, M. L.; ZACCARIA, R., <i>et. al.</i> Brasil.	Medical Journal , São Paulo, v. 127, n. 4, p. 185-9, 2009.	SCIELO	Quantitativo
P2	FERNANDES, R. A.Q.; VIDO, M. B. Brasil.	Online Brazilian journal of nursing , Guarulhos, v.8, n. 1, 2009.	BDEF	Quantitativo
P3	DAVIM, M.B.; SILVA, R.A.R.; GOMES, A.P.; GALVÃO, M.C.B.; ARAÚJO, M.G.S. Brasil.	Federation Internationale d'Education Physique , Rio Grande do Norte, v. 80, 2010.	PUBMED	Quantitativo
P4	LUNARD, L.L.; COSTA, A.L.C.; GUERREIRO, C.A.M.; SOUZA, E.A.P. Brasil.	Arquivo de neuro-psiquiatria , São Paulo, v. 69, n. 2b, 2011.	LILACS	Quantitativo
P5	NASCIMENTO, S.L.; SURITA, F.G. PARPINELLI, M.A.; SIANI S.; SILVA, J.L.P. Brasil	International Journal of Obstetrics and Gynaecology , São Paulo, v.118, 2011.	PUBMED	Quantitativo
P6	KATON, J.G.; RUSSO, J.; GAVIN, A.R.; MELVILLE, J.L.; KATON, W.J. Washington.	Journal of Women's Health , Seattle, v. 20, n.7, 2011.	PUBMED	Quantitativo
P7	FIRMENTO, B.S.; MOCCELLIN, A.S.; ALBINO, M.A.S.; DRIUSSO, P. Brasil.	Fisioterapia em Pesquisa , São Paulo, v. 19, n. 128, 2012.	LILACS	Quantitativo
P8	FERREIRA, D.Q.; NAKAMURA, M.U.; SOUZA, E.; NETO, C. M.; RIBEIRO, M.C.; SANTANA, T. G. M., <i>et al.</i> Brasil.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , São Paulo, v. 34, n. 9, 2012.	SCIELO	Quantitativo
P9	OLIVEIRA, C.; SELEME, M.; CANSI, P. F.; CONSENTINO, R. F. D. C.; KUMAKURA, F.Y.; MOREIRA, G.A.; BERGHMANS, B. Brasil.	Revista de Associação Médica Brasileira , São Paulo, v.59, n.5, 2013.	PUBMED	Quantitativo
P10	ROSSEL, F. L.; OLIVEIRA, A.L.B.M.; TAGLIAFERRO, E.P.S.; SILVA, S. R. C.; JUNIOR, A.V. Brasil.	Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada , João Pessoa, v. 13, n. 3, 2013.	PUBMED	Quantitativo
P11	SHISHEHGA, S.; MAHMOODJ, A.; DOLATIAN, M.; MAHMOODI, Z.; BAKHTIARY, M.; MAID, H.A. Irã.	Iranian Red Crescent Medical Journal , Teerão, v. 15, n.7, 2013.	PUBMED	Quantitativo

P12	BRITO, J.L. O. P.; TORQUATO, I.M.B.; TRIGUEIRO, J. V.S.; MEDEIROS, H. A.; NETO, V. L. S.; ALBUQUERQUE, A. M. Brasil.	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria , Santa Maria, v.4, n, 2, 2014.	BDEF	Quantitativo
P13	MOCCELIN, A. S.; RETT, M.T.; DRIUSSO, P. Brasil.	Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil , Recife, v.14, n.2, 2014.	LILACS	Quantitativo
P14	BEZERRA, I. F. D.; SOUSA, V. P. S.; SANTOS, L. C.; VIANA, E. S. R. Brasil.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , Natal, v. 37, n.6, 2015.	PUBMED	Quantitativo
P15	BIEN, A.; RZÓNCA E.; KANCZUGOWSKA. A.; IWANOWISZ-PALUS. Lublin.	International Journal of Environmental Research and Public Health , v.13, n. 1, 2015.	PUBMED	Quantitativo
P16	LU, H. X.; XU, W.; WONG, M. C.; WEI, T. V.; FENG, X.P. China.	Bio Med Central , Shanghai, v. 13, 2015.	PUBMED	Quantitativo
P17	BRUSSE, I. A.; DUVEKOT, J. J.; MEESTER, I.; JANSEN, G.; RIZOPOULOS, D.; STEEGERS, E.A.P., <i>et al.</i>	Plos One , Rotterdam, 2015.	PUBMED	Quantitativo
P18	CARVALHO, M. E. C.C.; LIMA, L.C.; TERCEIRO, C. A. L.; PINTO, D.R.L.; SILVA, M.N.; COZER, G.A.; <i>et al.</i> Brasil.	Revista Brasileira de Anestesiologia , 2015.	PUBMED	Quantitativo
P19	MCNEIL, D.W.; HAYES, S.E.; RANDALL, C.L.; POLK, D.E.; NEISWANGER, K; SHAFFER, J.R., <i>et al.</i> Estados Unidos.	HhsPublicaccess , Northern Appalachia, v. 40, n., 2015.	PUBMED	Quantitativo

Fonte: Artigos livres, adquiridos em meio eletrônico: nas bases de dados: LILACS, PUBMED, BDEF e SCIELO.

Com o intuito de explicar alguns fatores e situações que interferem na qualidade de vida das gestantes, os achados desta pesquisa foram organizados em categorias distintas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A amostra final dessa revisão foi constituída por 19 artigos, selecionados pelo critério de inclusão previamente estabelecido. Considerando o ano de publicação a maior concentração se deu no ano de 2015, 06 artigos, 2011 e 2013 com 03 artigos, seguidos dos

anos de 2009, 2012 e 2014 contendo 02 publicações e 2010 com 01 publicação. Os anos de 2005, 2008 e 2016 não foram encontrados, publicações referentes à temática. Das pesquisas incluídas em análise, constatou-se que 68 % foram produzidas na América do Sul (Brasil), 16% na Europa, 10,5% na América do Norte, (EUA), seguido do continente Asiático com 5,2%. Ao analisar o tipo de pesquisa dos artigos incluídos, constatou-se que 100% são de natureza quantitativa.

Conforme a organização dos estudos e de acordo com a abordagem metodológica, seguindo o sistema de classificação de evidências, caracterizado de forma hierárquica, a pesquisa trabalha com ênfase principal na Prática Baseada em Evidências (PBE), cujo o objetivo é encontrar uma solução para os problemas da assistência à saúde, na tomada de decisões baseadas nas melhores evidências por (Fonte, nível e qualidade), apresentado em cada artigo, com a finalidade de contribuir para elaboração de resultados mais elaborados (LACERDA et al., 2011). Foi observado que grande parte dos artigos se encontram no nível 3 (58%), devido a sua natureza descritiva, 37% no nível 4, contudo, foi encontrado um estudo com forte evidência para a prática clínica, classificado no nível 1, estudos no nível 5 não foram classificados, como mostra a tabela 1, pois estudos com este tipo de abordagem, não foram incluídos nesta revisão.

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo sistema de classificação de evidência.

Nível de Evidência	Pesquisa	F	%
NÍVEL 1 - Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados.	P5	1	5%
NÍVEL 2 - Evidência forte a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado bem delineado.	-	-	-
NÍVEL 3 - Evidência e um ensaio clínicos em randomização (quase experimental).	P3, P4, P6, P8, P9 P10, P14, P15 P17, P18, P19	11	58%
NÍVEL 4 - Evidência de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa.	P1, P2, P7, P11, P12, P13, P16	7	37%
NÍVEL 5 - Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica.	-	-	-
Total		19	100

Fonte: Artigos livres adquiridos em meio eletrônico: nas bases de dados: LILACS, PUBMED, BDNF e SCIELO.

Os artigos foram agrupados e os resultados divididos em quatro categorias temáticas:

1) Alterações fisiológicas, as quais podem ser caracterizadas pela síntese hormonal e readaptação da fisiologia, compreendendo: náuseas, êmese, lombalgia, obesidade, sobrepeso, hipertensão, diabetes mellitus e incontinência urinária; 2) Alterações neuropsíquicas: foram verificados alguns fatores como a depressão, ansiedade, epilepsia e estresse; 3) Saúde bucal e 4) Sexualidade, conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2. Fatores que influenciam a qualidade de vida das gestantes.

1. Alterações fisiológicas	
P4	As características individuais e as condições sócio demográficas das grávidas são fatores de risco que podem interferir em uma gestação saudável.
P5	Obesidade durante a gestação aumenta o risco de morbidade e mortalidade tanto para mãe quanto para o feto.
P7	A dor lombo pélvica durante a gestação pode levar há inúmeras alterações na vida destas mulheres como limitação nas atividades da vida diária, qualidade de sono, disposição física, lazer e capacidade de trabalho.
P9	A Incontinência urinária é um sintoma frequentemente observado durante o período gestacional, comum, no terceiro trimestre da gravidez influenciando na qualidade da vida dessa mulher.
P12	A dor lombar acomete cerca de 50% das mulheres gestantes, a lombalgia é considerada, um dos sintomas mais frequentes a partir da 16ª semana de gestação, pode estar aliado a atividades domésticas desenvolvidas pela mulher.
P13	A presença de sintomas miccionais pode interferir negativamente na qualidade de vida durante o período gestacional e estes sintomas podem intensificar-se e piorar a percepção geral de saúde e impacto da incontinência ao longo da gestação.
P15	O diabetes gestacional tem sido um dos fatores que interfere na qualidade de vida das gestantes.
P17	A doença hipertensiva na gravidez está entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna.
P18	A lombalgia é uma queixa comum entre as grávidas, e geralmente definida como desconforto na região lombar inferior, devido a fatores mecânicos, circulatórios, hormonais e psicossociais.
2. Alterações Neuropsíquicas	
P1	Mulheres com antecedente de aborto espontâneo recorrente, óbito fetal e outros, tem pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez.
P2	Muito provavelmente as modificações que ocorrem na estrutura física e psicológica das mulheres grávidas interferem na sua percepção de si mesma e de sua qualidade de vida.
P3	Muitos pacientes com epilepsia têm restrições em suas vidas diárias e perdas que afetam sua qualidade de vida. Em mulheres grávidas com epilepsia, esse impacto pode ser maior, levando a uma qualidade de vida baixa.
P6	A depressão pré-natal está associada com o desconforto decorrente de sintomas físicos relacionados à gravidez e aumento do comprometimento funcional, estudos comprovam que mulheres grávidas depressivas, apresentam maior predisposição para o desenvolvimento do diabetes do tipo 2.

P11	Grande parte das mulheres grávidas que apresentam problemas conjugais e financeiros apresentam predisposição para o estresse.
3. Saúde Bucal	
P10	Os problemas funcionais e sociais das doenças bucais medidos pelas variáveis subjetivas são indicadores de necessidade e criados para revelar a expectativa do indivíduo em relação à saúde, levando em consideração o estilo de vida, o nível socioeconômico e cultural, objetivando “qualidade de vida”.
P16	Durante a gravidez, os mediadores de resposta imunológica e de resposta inflamatória são alterados devido ao aumento dos níveis de progesterona e estrogênio. Alterações nestes níveis hormonais, bem como no hábito de higiene oral e estilo de vida, pode resultar em maior susceptibilidade das mulheres grávidas à doença periodontal.
P19	A saúde oral tem sido um fator constantemente associado à depressão em mulheres grávidas no Norte Appalachia, bem como na população em geral.
4. Sexualidade	
P8	A mulher vivencia sua sexualidade de forma peculiar nos diversos períodos de sua vida, especialmente durante a gestação, quando pode ter sua função sexual e qualidade de vida comprometidas. Os sintomas de disfunção sexual nesse período ocorrem mesmo para as gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas saudáveis que não apresentam intercorrências clínicas e/ou obstétricas.
P14	Os resultados encontrados neste estudo confirmam que a presença de disfunção sexual pode interferir negativamente na qualidade de vida (QV) de gestantes. Estudos prévios verificaram que a função sexual está à associada negativamente com a QV de mulheres grávidas.

3.2 DISCUSSÕES

É de consenso que a assistência ao pré-natal compreende medidas preventivas, curativas, educativas, entre outras, focando no bem-estar da grávida e do feto. No entanto, algumas pesquisas mostram que esta assistência deixa em muito a desejar, além das características individuais e condições sócio demográficas, problemas no atendimento, acolhimento, dúvidas não elucidadas sobre a gestação, são pontos que podem influenciar de forma negativa no bem-estar das gestantes. Para tanto, é necessário que a qualidade da assistência nos serviços de saúde seja composta tanto pela competência técnica, quanto pela capacidade de interação e humanização, com o intuito de implementar a assistência e acrescentar a qualidade de vida das mulheres gestantes (DAVIM et al., 2010).

Alguns pesquisadores, na tentativa de compreender qualidade de vida na visão das mulheres gestantes, utilizaram em suas pesquisas um instrumento de coleta de dados readaptado, o *Word Health Organization Quality of Life Intrument-bref (WHOQOL-bref)*, constituído por 26 questões, contendo o domínio físico, psicológico, nível de independência

e relações sociais. O referido instrumento pode ser utilizado para avaliar a Qualidade de vida (QV), tanto de populações saudáveis como de pessoas acometidas por agravos e doença crônicas (OLIVEIRA, 2013).

Nesta revisão integrativa, verificou-se a presença desses domínios na maioria das pesquisas, sendo eles: físico (dor lombar), Psicológico (depressão, ansiedade), e outros. Enfim, é inviável conhecer qualidade de vida, sem saber o que verdadeiramente acontece no contexto de vida dessas mulheres e identificar os riscos a que estão expostas.

A partir dos resultados encontrados foi observado no Quadro 2 que existem vários fatores influenciáveis na qualidade de vida das mulheres no período gestacional. A maior concentração desses fatores se deu em alterações fisiológicas, com nove pesquisas (P4, P5, P7, P9, P12, P13, P15, P17 e P18), seguido de alterações neuropsíquicas, cinco pesquisas, (P1, P2, P3, P6 e P11), saúde bucal, com três artigos (P10, P16 e P19) e sexualidade com dois estudos (P8 e P14).

Em três estudos avaliados para dor lombar (P7, P12 e P18), se observou que a lombalgia é um fator que acomete a maioria das gestantes, a partir da décima sexta semana de gestação, atrelado a isso, constam as mulheres que desenvolvem tarefas domésticas, devido à demanda imposta, requerendo importante mobilidade física e constantes mudanças na postura, potencializando, por vezes, as chances do desenvolvimento de problemas lombares.

Silva (2003) esclarece que, a medida que o útero cresce, o centro de gravidade é deslocado para frente, e os músculos posteriores do tronco tem que suportar maior peso, surgindo como consequência a dor. Assim, algumas mudanças no corpo da mulher são influenciadas por alterações hormonais e as alterações biomecânicas. Acredita-se que o principal motivo seja a adaptação da coluna vertebral, que se deve principalmente à ação do hormônio relaxina e o aumento considerável do peso do abdômen (P7 e P18).

Vale ressaltar que muitas gestantes nesta fase da vida, pensam que podem comer muito e de tudo e muitas vezes não levam em consideração as orientações e restrições obtidas no pré-natal, seja ele de baixo e alto risco.

No estudo P4, observou-se que as condições sociodemográficas são fatores de risco para gestação, já que as maiorias das mulheres que participaram desse estudo vivem em casas assentadas e recebem apenas um salário mínimo. É cruel, mas, a realidade é que muitas gestantes, vivem em condições miseráveis, precárias e desfavoráveis, com baixos salários, moradia precária, dieta racionada ou sem dieta, e algumas, muitas vezes sofrem

com o abandono e o descaso familiar. Infelizmente as complicações concebidas a partir desses problemas, podem gerar inúmeras alterações psicológicas e fisiológicas.

Depressão e outras patologias podem comprometer tanto mãe quanto bebê, no decorrer da gestação e pós-parto. A pesquisa P4 evidencia, ainda, que muitas gestantes referiram náuseas e vômitos como desconforto na gestação, além de considerarem importante para uma boa qualidade de vida na gestação: saúde, alimentação, assistência ao pré-natal, família, parceiros, dentre outros. Nesse sentido, a autora chama a atenção para o bom acolhimento, a escuta qualificada, a humanização no atendimento clínico e o apoio das famílias a essas mulheres.

Segundo o Manual de Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013), o acolhimento da gestante implica a responsabilização pelo cuidado integral, cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e o favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, permitindo que a gestante expresse suas preocupações e angústias. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária.

Segundo Oliveira et al. (2013), observa-se o quanto é importante melhorar a qualidade de forma integral e qualificada da assistência, voltada à gestante. Ao realizar-se um atendimento integral, devem-se englobar aspectos relevantes como questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais.

Para obesidade, diabetes e hipertensão, foram avaliados três estudos (P5, P15 e P17) respectivamente. Em (P5), observa-se que obesidade pode trazer complicações maternas que incluem diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, doença tromboembólica venosa, indução de parto e cesariana, aumentando o risco de mortalidade, tanto para mãe, quanto para o feto. O autor considera que, embora os resultados obstétricos e perinatais sobre obesidade estejam bem estabelecidos na literatura, ainda é limitada a informação sobre como esses efeitos adversos podem ser minimizados através do uso de intervenções específicas.

Em estudo realizado por Paiva et al. (2012), constatam que, a incidência de intercorrências clínicas de diabetes mellitus e hipertensão arterial, ocorrem com mais frequência em mulheres gestantes com sobrepeso e obesidade. Apesar da incipiência de artigos que indiquem o tratamento específico, o estudo P5 faz menção do exercício físico monitorizado, como prática para o manejo de mulheres grávidas obesas.

Em estratégia para cuidado da Pessoa com Doença Crônica- Obesidade (BRASIL, 2014) recomendasse que as mulheres gestantes, com excesso de peso e sem outras

complicações, façam exercícios físicos de baixo impacto, associado à alimentação saudável. Gestantes com complicações, tais como: doenças cardíacas, anemia grave, sangramento vaginal, dispneia, dor torácica, bronquite crônica, obesidade mórbida e outras, estão em contra-indicação para a realização de exercícios físicos. Assim, é importante salientar que uma boa orientação sobre nutrição, a prática de exercícios de baixo impacto, medicação e a própria adesão da gestante às orientações no pré-natal, são de fundamental importância para o tratamento e controle da obesidade, hipertensão e diabetes.

Em se tratando de incontinência urinária, foram avaliados dois artigos (P9 e P13). De acordo com esses estudos, a obesidade aliada às condições socioeconômicas, sociodemográficas e baixa escolaridade são fatores de risco para a incontinência urinária. Os estudos também elucidam que as gestantes com perda urinária, que apresentaram mais de uma gestação, seguida de parto vaginal, apresentam piora na qualidade de vida. Enfatiza ainda a produção de novos estudos, para orientação de exercícios, com o objetivo de exercitar o assoalho pélvico, acrescidos de esclarecimentos e prevenção de sintomas miccionais na gestação.

De acordo com Brasil (2006), as mudanças fisiológicas na gestação, produzem manifestações no organismo da mulher e na maioria dos casos são percebidas como patologias. Desta forma, a correta interpretação dessas alterações junto a correta orientação à mulher, sem a banalização de suas queixas, devem ser procedimentos adotados por todos os profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida das gestantes.

Na categoria, alterações neuropsíquicas foram analisadas cinco pesquisas (P1, P2, P3, P6 e P11). Evidenciou-se que as condições sociodemográficas influenciam perdas perinatais como morte fetal, aborto espontâneo repetido e partos pré-maturos, representando fatores que podem desencadear depressão, ansiedade e estresse. Revelam ainda que pouco se sabe sobre a consequência desses resultados em outras gestações, embora, a gravidez seja um evento comum na vida reprodutiva da mulher, pouca atenção tem sido dada às modificações normais percebidas nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde e em sua percepção quanto a sua qualidade de vida (P1, P2 e P11).

Nascimento et al. (2009), demonstram que quanto maior o nível de ansiedade das gestantes, maior o nível de depressão, também se identificou que quanto menor o apoio social à gestante maior a possibilidade do desenvolvimento de sintomas depressivos. Diante disso, é de extrema importância a participação da família na trajetória de todo o processo gravídico e principalmente nas consultas de pré-natal.

O estudo P3 mostrou que uma gravidez pode ser interpretada como um estressor. Entretanto, no final da gravidez, quando este estressor foi removido em mulheres com epilepsia mostraram melhorias na qualidade de vida. Hirmaet *al.* (2008) referem que os principais objetivos das gestantes com epilepsia estão em conseguir o controle total da crise e ter gestações e bebês saudáveis.

Isso só evidencia que as mulheres com problemas epiléticos e sintomas adversos de gravidez anteriores, precisam de atenção de seus familiares, atendimento clínico diferenciado, pois se para algumas mulheres saudáveis a gravidez representa um estressor, imagina as pacientes que tiveram perdas de suas gestações e são clinicamente diagnosticadas com epilepsia.

Em P10, P19 e P16 as mulheres gestantes sofrem grandes transformações em seu funcionamento fisiológico e psicológico, além de fatores socioeconômicos e culturais que também afeta a saúde bucal no período gestacional, requerendo assim maiores cuidados para estabelecer uma boa qualidade de vida para a mãe e para a saúde do bebê.

De acordo com Paucar et al. (2011), estes elucidam que alguns estudos apontam a falta de conhecimento adequado das gestantes com relação a saúde bucal, além de sentimento de medo frente ao tratamento odontológico.

Por isso a importância da realização de um atendimento integrado com a odontologia durante o pré-natal, levando em consideração as condições econômicas e os meios culturais em que vive cada mulher, para que ocorram esclarecimentos de dúvidas, promoção de educação em saúde pertinentes à gestação, obtendo-se assim um maior número de acessibilidade aos serviços prestados nessa área e acrescentando na qualidade de vida dessas mulheres.

Moysés (2000) argumenta que desigualdade em saúde reflete privação material, política ou cultural é uma posição sociológica. Declara que saúde é um produto de forças sociais. Partindo da ideia de que saúde é assumida como sendo uma propriedade do ambiente social e da relação do indivíduo com este ambiente, é possível entender que a saúde bucal é influenciada claramente através de condições de qualidade de vida.

Os estudos sobre depressão na gravidez têm aumentado nos últimos anos, sobretudo nos países desenvolvidos, conforme se torna mais forte a concepção de que a depressão nesta fase da vida pode ter efeitos prolongados e comprometedores para a saúde da mulher, do feto e da criança (LIMA; TSUNECHIRO, 2008). Assim, reafirmam a importância de tratar a depressão, pois interfere diretamente na saúde da mulher, incluindo assim o autocuidado com a higiene bucal. As pesquisas abrangem toda a temática relacionada ao que foi citado,

sendo que se precisam de mais estudos que correlacionem a depressão com problemas periodontais na gestação.

A sexualidade também é um assunto importante para se tratar durante o período gestacional, para muitas mulheres há uma grande mudança da vida sexual antes e durante a gravidez.

Um estudo sobre a sexualidade mostrou que durante a gestação a disposição e o bem-estar da gestante estão diretamente ligados com a vida sexual ativa durante este período e que fatores, como sonolência, tristeza, culpa e medo em relação ao sexo, correlacionam-se negativamente na vida sexual do casal (HEILBORN, 2006).

Para Araújo (2012) sexualidade foi definida, pela maioria das mulheres, como sinônimo de ato sexual. Entretanto, relataram baixas da libido durante a gravidez, sendo esta, bem compreendida pelo companheiro. As participantes citaram algumas causas que interferiram na vivência sexual, como dor no ato sexual, indisposição, cansaço, dor no baixo ventre e abstinência sexual. Após terem experimentado esse estado corporal e a falta de desejo sexual, elas esperam que o corpo, que antes da gravidez sentia desejo e prazer, retorne após o parto, buscando, assim, as experiências anteriores quando não grávidas, para traçar as novas expectativas.

Como podemos observar, quando há uma diminuição ou alteração na vida sexual da mulher gestante, há uma perda em seu bem-estar. Os estudos P8 e P14 abordaram a temática sexualidade e qualidade de vida, porém a literatura traz poucos estudos relacionados a este assunto, sendo assim, sugere-se que este tema seja abordado de forma mais ampla nas próximas pesquisas na área de saúde da mulher pela sua grande relevância.

4. CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu visualizar a necessidade de ações para implementação de práticas na assistência a saúde, com um olhar multidimensional e multidisciplinar para a gravidez. A enfermagem como integrante da equipe de saúde é responsável pela condução dos pré-natais de baixo risco, precisando assim, apurar este olhar e melhorar sua atuação no cuidado da mulher grávida.

Ressalta-se ainda, o apoio necessário de todos os integrantes da equipe multidisciplinar responsável pelo acolhimento integral da gestante nos serviços de saúde na Atenção Básica, pois como podemos observar pelos resultados desta pesquisa, fica explícito

a importância da participação dos odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros, e não apenas do profissional médico e do enfermeiro.

Por se tratar de uma revisão integrativa na prática baseada em evidências, levando em consideração qualidade de vida das gestantes, a pesquisa pode contribuir de forma significativa para a implementação de novas publicações científicas referentes a esta temática, afim de que seja um fator incentivador em pesquisa de campo para melhoria da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco em saúde.

5. REFERÊNCIAS

ARAUJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 1. ed. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico do pré-natal e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DAVIM, R. M. B. et al. Características dos domínios da qualidade de vida em gestantes da estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem, UFPE online**, v. 7 p. 7007-16, 2013.

DAVIM, R. M. B. et al. Qualidade de vida de gestantes: Fatores que interferem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN-Natal/RN, **Fiep Bulletin**, v. 80, n. esp, p. 2-5, 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). **Revista Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 43, 2006.

HIRAMA, S. C et al. Tratamento de gestantes com epilepsia: papel dos medicamentos antiepilépticos clássicos e novos. **J. epilepsy. clin. Neurophysiol**, v. 14, n. 4, p. 184-192, 2008.

LACERDA, R.A. et al. Práticas Baseadas em Evidências Publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. **Revista da Escola em Enfermagem USP**, v. 45 n. 3 p. 777-786, 2011.

LIMA, M. O. P; TSUNECHIRO, M. A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. **Mundo Saúde**, v. 32, p. 530-536, 2008.

LIMA, M.O.P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas de baixo nível socioeconômico.** (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARTINS, R. F; SILVA, J. L. P; Prevalência de dores nas costas na gestação, **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 3, p. 144-147, 2005.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1 p. 7-18. 2000.

MOYSES, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-17, 2000.

NASCIMENTO, S. R. C. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 2, p. 18-23, 2009.

OLIVEIRA, S. C. Conceitos e Generalizações sobre Qualidade de Vida. **Rev. Cent. Ci. Saúde**, v. 15, n.1, p. 1-7, 2002.

PAIVA, L. V. et al. Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Rev. Assoc. Med**, v. 58, n. 4, p. 453-458, 2012.

PAIVA, L. V. *et al.* Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Rev. Assoc. Med**, v. 58, n. 4, p. 453-458, 2012.

PAUCAR, E. G.; CATALINA, S.P; ANGELA, S.M. Saúde bucal: representações sociais entre gestantes. Colômbia. **Ciênc.Saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4533-4540, 2011.

SILVA, M. S. **Dor lombar na gravidez: prevalência e os efeitos dos exercícios terapêuticos.** (Dissertação) Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Paraíba, Campina Grande, 2003.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

ALGUMAS NOTAS SOBRE A METODOLOGIA DE PESQUISA EM PSICANÁLISE A PARTIR DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Amanda Wecker¹, Ane Lisie Schaefer², Camila Backes dos Santos¹, Lisiane Machado de Oliveira-Menegotto¹, Fábيا Daniela Schneider Lumertz¹, Aline Cristiane Kohlrausch Pires da Silva¹ e Fernanda Momberger³

1. Universidade Feevale, Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil;

2. Universidade Feevale, Curso de Psicologia, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil;

3. Universidade Feevale, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

O capítulo é fruto das questões levantadas na disciplina “Leituras Orientadas” do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social, da Universidade Feevale, ocorrida no primeiro semestre de 2020, com o objetivo de construir um registro coletivo das diferentes composições metodológicas no campo da psicanálise. Coerente com a perspectiva teórico-metodológica do grupo, a disciplina, de caráter flexível, pôde ser organizada e conduzida de forma livre e fluída, transcorrendo inspirada na metodologia de pesquisa em psicanálise. A cada encontro foram levantadas questões a serem trabalhadas no encontro seguinte, em associação livre e num só depois, de modo que a escolha dos textos, tomados como dispositivos de análise e discussão, era feita a partir de sugestões compartilhadas entre as professoras e as orientandas. A disciplina abarcou nove encontros, embasados em dez textos, de modo que as experiências resultantes das trocas, discussões e reflexões foram objeto de estudo e compuseram a narrativa deste capítulo. No decorrer dos encontros, fomos construindo o alinhavo do entendimento de conceitos e processos relativos à metodologias e experiências de pesquisa em psicanálise. A cada texto, tivemos uma expansão da nossa compreensão sobre objetos de estudo e possibilidades de pesquisa, enriquecendo nossa prática. Por fim, mesmo que cada escrita e cada pesquisa, oriundas do PPG, sigam em direções diferentes, os textos escolhidos surtiram efeito organizador, costurando as experiências de cada pesquisadora que compõe o grupo, de modo que a apropriação de tais conteúdos, bem como a discussão realizada, serviram de inspiração e sustentação para nossas práticas de pesquisa.

Palavras-chave: Metodologia, Pesquisa em Psicanálise e Relato de Experiência.

ABSTRACT

This chapter results of the questions raised in the discipline “Oriented Readings” of the Graduate Program in Cultural Diversity and Social Inclusion, at Feevale University, which took place in the first semester of 2020, with the objective of building a collective record of the different methodological compositions in the field of psychoanalysis. Consistent with the theoretical-methodological perspective of the group, the discipline can be organized and conducted in a free and fluid way, inspired by the research methodology in psychoanalysis. At each meeting, questions were raised to be worked on in the following meeting, in free association, so that choice of texts, which we take as devices for analysis and discussion, was made based on suggestions shared between teachers and orienteds. The discipline encompassed nine meetings, based on ten texts, so that experiments of exchanges, analyses and reflections were the object of study and made up this narrative. In the course of the meetings, we building the understanding of concepts and processes related to methodologies and research experiences in psychoanalysis. With each text, we have an expansion of our understanding of the objects of study and possibilities of research, enriching our practice. Finally, even if each writing and each research, originating from this Program, proceed in different ways, the chosen texts had an organizing effect, stitching the experiences of each researcher that composes the group, so that the appropriation of such contents, as well as the discussion carried out, served as inspiration and support for our research practices.

Keywords: Methodology, Psychoanalysis research and Experience report.

1. INTRODUÇÃO

O capítulo a seguir é fruto das questões levantadas na disciplina “Leituras Orientadas” ocorrida no primeiro semestre de 2020, com o objetivo de construir um registro coletivo das diferentes composições metodológicas no campo da pesquisa em psicanálise. A disciplina integra o Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, sendo formada pelos professores e seus respectivos orientandos. Tendo em vista o caráter interdisciplinar desse PPG, importa-nos salientar que a disciplina foi conduzida por duas professoras, ambas psicólogas e psicanalistas, com vasta experiência em pesquisa, e contou com a participação de alunas/orientandas das áreas de psicologia e educação. A disciplina, por ter um caráter flexível, pôde, portanto, ser organizada e conduzida de forma livre e fluída pelas professoras e alunas/orientandas. Coerente com a perspectiva teórico-metodológica do grupo, a disciplina transcorreu inspirada na metodologia de pesquisa em psicanálise, que será melhor aprofundada no decorrer deste capítulo.

2. MATERIAIS E MÉTODO

No que diz respeito ao trabalho psicanalítico, a pesquisa sempre se fará presente, podendo assumir dois sentidos diferentes. O primeiro refere-se à pesquisa-escuta, uma pesquisa clínica por excelência, em que a atenção flutuante do analista e as associações livres do analisando contribuem para a produção de sentidos, devido a processos inconscientes. O segundo refere-se à pesquisa-investigação, uma pesquisa teórico-metodológica responsável pelo crescimento e aperfeiçoamento da teoria psicanalítica, que lançará mão de formulações teórico-metodológicas próprias da psicanálise, tais como: a atenção flutuante, a associação livre, a impossibilidade de previsão do inconsciente e a apropriação singular de cada pesquisador/analista sobre o método freudiano (NETO, 2006; IRRIBARY, 2003). Assim, o método psicanalítico se dá através da escuta e da interpretação do sujeito do desejo, partindo da premissa de que o saber está no sujeito, um saber que se produz na relação transferencial (ROSA, 2004).

A pesquisa-investigação surge com base em uma demanda, advinda de um objeto de investigação, mobilizadora do desejo do pesquisador. Sua prática pressupõe o aprofundamento teórico do campo de conhecimento, a formulação de problemas teórico-metodológicos e a sua investigação. Essa última, apesar de ser rigorosamente planejada, contempla um espaço de abertura para revisão e reestruturação de suas formulações, justamente por compreender que alguns sentidos são construídos e compreendidos em um só depois, não havendo, portanto, formas de exigir, a priori, uma sistematização completa e acabada da pesquisa (NETO, 2006). Ainda, cabe ressaltar que a pesquisa psicanalítica é sempre uma apropriação do pesquisador que, depois de pesquisar o método freudiano, descobre um método e instrumentos que são seus (IRIBARRY, 2003), de forma que as metodologias aqui apresentadas são alguns modos de se fazer pesquisa psicanalítica e foram tomadas no sentido de apropriações dos autores-pesquisadores. Após estudadas, discutidas e analisadas, puderam servir como operadoras de outras e novas apropriações para as integrantes da disciplina.

Coerente com os pressupostos teórico-metodológicos em questão, os textos escolhidos foram tomados como dispositivos de análise e discussão. A cada encontro foram levantadas questões a serem trabalhadas no encontro seguinte, em associação livre e num só depois, de modo que a escolha dos textos era feita a partir de sugestões compartilhadas entre as professoras e as alunas/orientandas. Salientamos que a perspectiva teórico-

metodológica do grupo comportou tal abertura, no sentido de tal proposta ser constantemente revisitada e revisada ao longo do semestre. Ao todo, a disciplina abarcou nove encontros, embasados em nove textos, de modo que, as experiências resultantes das trocas, discussões e reflexões serão objeto de estudo e comporão a narrativa deste capítulo.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O primeiro encontro foi de sondagem. Conversamos livremente sobre os objetos de estudo de suas respectivas pesquisas e sobre os aportes metodológicos de cada uma das alunas. As orientandas foram encorajadas a associar livremente, enquanto as professoras, guiadas pela atenção flutuante, foram recortando e compondo um tema de discussão para o próximo encontro. O tema emergente foi a experiência e, na realidade, tal tema persistiu, tendo, como efeito, um caráter organizador em nossos encontros. Assim, entendemos ser fundamental esboçar uma contextualização sobre a gênese da teoria experiencial de Walter Benjamin, bem como o momento histórico de sua idealização, tomando como base o texto *Experiência e Pobreza*, de 1933.

Uma atmosfera sombria pairava naquele momento social. A sociedade estava encarando os efeitos da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), em meio a Grande Depressão (1929-1933) e à mercê de um futuro nebuloso, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Em uma Europa fragilizada e traumatizada pelo momento social e enrijecida pelos totalitarismos crescentes, Walter Benjamin, na gênese da teoria experiencial, estudou soldados que voltaram da guerra, compreendendo que “não voltavam mais ricos, mas mais pobres de experiências partilháveis” (BENJAMIN, 1933/2019). Isso ocorria pois, segundo o autor, as vivências passadas na guerra não poderiam se tornar sabedorias partilhadas, ou seja, experiências. Para transformar uma experiência em narrativa, isto é, em sabedoria compartilhada, é fundamental metaforizar aquilo que foi vivido. Os soldados, apesar de serem capazes de falar sobre suas vivências, por estarem traumatizados com o choque da guerra, não conseguiam elaborá-las ou partilhá-las através de narrativas. Assim, a intensa década de 1930 levou Walter Benjamin a flunar de modo errante e construir observações e apontamentos sobre um esvaziamento da experiência e de sua transmissão.

O autor, percebendo a importância das narrativas e de suas transmissões para a manutenção dos vínculos coletivos de tradição, história e patrimônio cultural, acreditava que

a pobreza de experiências transmissíveis levaria a uma destituição cultural, por não haver outro modo de nos ligarmos a cultura, a não ser pela experiência. As implicações dessa pobreza levariam a uma espécie de nova barbárie, positiva, em que seria necessário “começar tudo de novo, a voltar ao princípio, a saber viver com pouco, a construir algo com esse pouco” (BENJAMIN, 1933/2019), conforme observado em artistas e pensadores que, nesta época, recriaram, reconstruíram e renovaram a cultura. Em tempos atuais, em meio a uma pandemia por coronavírus, nos percebemos nesta impossível tarefa de também, tal qual os bárbaros em Benjamin, renunciarmos e nos arranjarmos com pouco, de modo a construirmos novas experiências através de nossos encontros on-line, pesquisas e produções narrativas. Ainda muito tocadas pelas conexões produzidas entre as formulações de Benjamin e o contexto pandêmico atual, nos questionamos sobre as possibilidades da escuta psicanalítica, de atenção flutuante, a partir de uma posição desacelerada em relação à vida, nos remetendo à figura do flâneur, o que repercutiu na escolha do texto a seguir.

Para o nosso segundo encontro, foi sugerida a leitura do texto “A Escuta-Flânerie como efeito ético-metodológico do encontro entre Psicanálise e Socioeducação”, da autora Rose Gurski (2019), artigo que relata a trajetória da construção da escuta-flânerie, que constitui em um dispositivo de caráter metodológico em pesquisa-intervenção a partir da articulação da escuta psicanalítica com o tema da experiência e do Flâneur em Walter Benjamin (1938/2019) e Charles Baudelaire. O flâneur foi uma figura destoante frente a efervescência de Paris no século XIX, uma espécie de catador de restos que conseguia perceber detalhes e cenas só revelados a partir de uma posição desacelerada em relação a vida.

Encontramos, no catador de restos, a partir do que seria descartado ou negado, a possibilidade de oferecer um espaço para o desaceleramento e para o tropeço, o impensável e o detalhe – de onde podem vir a se produzir novas formulações acerca de uma mesma coisa. A conjunção do paralelo entre a atenção flutuante e a postura de flâneur reconfigura a possibilidade de circulação da palavra, através da sustentação temporal comum ao catador. Nos questionamos, assim, sobre os efeitos da escuta em contextos de encontros e desencontros, marcados por uma espécie de “ditadura” pelo enclausuramento de palavras e sentidos, contextos que se constituem dos “restos”, como são reconhecidos os internos de instituições sócio-educativas e de presídios, por exemplo, bem como as funções desempenhadas pelos seus agentes.

Gurski propõe que, nesses contextos, o pesquisador-psicanalista esteja em uma posição de flâneur, disposto a escutar as narrativas do sujeito, oferecendo a possibilidade

de uma fala livre e implicada com o tempo de cada um que ocupa uma instituição, evocando, assim, o surgimento de uma narrativa mais próxima às questões do sujeito. Objetiva-se a criação de um espaço de simbolização para que os sujeitos, ao narrarem os acontecimentos e vivências de sua história, produzam um deslizamento de sentidos, com a criação de novos e outros significantes, de modo a ampliar as condições de construção de uma nova versão de si. Através dessa movimentação narrativa, ocorrida pela fala, é que as vivências poderão se decantar em experiências. Nossas reflexões apontam para a potencialidade da Escuta Flânerie em atuar na polissemia de tais palavras e sentidos, operando não no enclausuramento, mas na circulação e no compartilhamento de experiências, sendo, para além de um método de pesquisa, um método de intervenção. A escuta do descartado ou do renegado, nessas instituições, coloca-se à serviço da “recuperação” do sujeito do ato psicanalítico.

Benjamin, ao considerar o fragmento, o resto e o traço como aquilo que marca o sujeito moderno, vai de encontro ao pensamento freudiano. Tanto Freud quanto Benjamin instituíram procedimentos metodológicos únicos no sentido de olhar para o sujeito e para o laço social. O sujeito, por estar atravessado pela cultura e pelo contexto em que vive, irá experimentar os efeitos desse atravessamento, tais como sentimentos de desamparo e vulnerabilidades, de modo que toda psicologia do sujeito será também do social (FREUD, 1921/2012). Essa proposição suscitou importantes reflexões acerca do mal-estar na cultura, tema que serviu para a discussão do encontro seguinte.

Para o nosso terceiro encontro, optamos pela leitura do capítulo “Desamparo e Vulnerabilidades no Laço Social - A Função do Psicanalista” do autor Jaime Betts (2013-2014), encontrado na Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre “Desamparo e Vulnerabilidades”. Ao abordar o mal-estar na cultura contemporânea sobre o sujeito, o autor baseia-se no conceito de desamparo no campo das vulnerabilidades. A partir da discussão desse texto, nos questionamos e refletimos sobre a função do psicanalista e quais as intervenções possíveis no laço social a partir da ética da psicanálise.

O desamparo, conceito metapsicológico, é tomado enquanto condição de estrutura primordial do sujeito no laço social. Tal laço está posto desde os primórdios da constituição do sujeito, ocorrendo entre o bebê e o Outro cuidador. O bebê, em sua fragilidade, demanda cuidado e zelo, ou seja, há uma condição de abertura ao Outro, um endereçamento de demanda de amor. Nesse sentido, sentir-se amado pelo Outro corresponde, inconscientemente, a uma proteção contra quaisquer ameaças. De início, esse Outro cuidador, de quem se demanda amor e cuidado, será a dupla parental. Mais tarde, no

decorrer do desenvolvimento, a cultura será substituída da função materna, fornecendo os meios simbólicos e imaginários de reconhecimento e reafirmação identitária; e da função paterna, ao permitir o uso da criatividade, a partir do amparo materno, produzindo novas possibilidades de viver em sociedade. Ainda, a cultura será herdeira do supereu parental, ao estabelecer a Lei, os deveres morais e os ideais do eu. Assim, o sujeito e sua posição no laço social, bem como o próprio laço social, constituem-se em torno da experiência do desamparo primordial.

Nesse sentido, pertencer ao laço social da cultura é tomado, pelo sujeito, enquanto equivalente dessa demanda de amor e da expectativa de proteção, de segurança e de evitação do sofrimento, através de uma perspectiva simbólica, que privilegia a obediência à Lei, ainda que implique na renúncia das exigências pulsionais, fontes de prazer. Desse modo, pertencer a cultura causa mal-estar, pois implica renúncias importantes para o sujeito. Há, em jogo, uma irremediável contradição entre as exigências pulsionais e as restrições impostas pela cultura, entre a demanda egoísta de liberdade e poder individual, e a alteridade e o poder coletivo. Paradoxo interessante ocorre, uma vez que, através da cultura, cada um de nós procura cobrir sua condição de desamparo primordial, contudo, o laço social da vida em sociedade acaba por expor o sujeito a um mal-estar, relacionado com essa experiência de desamparo, encontrado nas diversas situações de vulnerabilidades, expostas através da cultura e do laço social, no constante confronto entre civilização e barbárie. Tais situações são geradoras de angústia e mal-estar justamente por confrontarem, no adulto, a impotência do estado de desamparo infantil primordial (FREUD, 1930/2019).

A concepção de cultura pressupõe um caminho em direção ao reconhecimento da alteridade, de uma dimensão para além de si mesmo, ao incluir o coletivo, o social, o múltiplo e a diversidade, em contraponto ao individual. Contudo, o caráter individual é fundamental na compreensão do estabelecimento do laço social na cultura. Uma vez que o sujeito foi inscrito no laço social por meio da linguagem, há um choque de cultura importante, visto que o sujeito e o outro se posicionam de formas diversificadas frente ao que é interdito, o que para alguns é tomado como tabu, para outro assume posição de normalidade. Tal circunstância intensifica o mal-estar, pela manifestação da hostilidade no laço social com o estrangeiro. Assim, as diferenças culturais existentes colocam em risco o laço social contemporâneo. Impõe-se, ao estrangeiro, que escolha, forçosamente, entre as regras e costumes locais ou a própria estigmatização e exclusão. O autor, nesse sentido, questiona-se sobre as consequências psicopatológicas, no sujeito e no laço social, da exclusão e da

perda da língua, enquanto constituição identitária, através das políticas de assimilação e adaptação do sujeito na sociedade.

A cultura, enquanto laço social, produz ilusões com o intuito de recobrir a falta e o desamparo advindo dela. Assim, existem discursos totalitários, como o da ciência, que introduz uma universalização e uma normatização, objetificando o sujeito, e, o capitalista, que mercantiliza o desejo ao ofertar o consumo de objetos que recobririam esse desamparo. Tais discursos alienam o sujeito e o privam da capacidade de pensar, o transformam em objeto-causa-de-desejo ao atender sua demanda (LACAN, 1971/1992).

Compreendemos que à função do analista cabe, portanto, sustentar o não atender tal demanda, o que aponta para o impossível, ao não assumir um lugar de saber sobre o sujeito. Esse impossível diz respeito a não existência de um saber que dê conta da demanda, abrindo espaço para o vazio que lança o sujeito na busca do desejo. Ao contrário de um discurso adaptacionista ao contexto cultural, a função do analista opera na transferência, através da escuta e da intervenção, à emergência de um sujeito do desejo, um sujeito da enunciação, que é singular. Há, em curso, um paradoxo importante que se apresenta ao analista, em relação à ética da psicanálise: de um lado, reconhecer a legitimidade da ordem instituída no laço social da cultura, através de suas Leis, e, por outro, sustentar o sujeito de desejo resgatado no ato analítico, o que resulta em uma abertura no laço social já instituído, para que o sujeito advenha.

Nessa perspectiva, visando ampliar a discussão acerca da ética da psicanálise e da constituição subjetiva do sujeito na primeira infância, elegemos para o quarto encontro o texto “IRDI: Um instrumento que leva a Psicanálise à pólis” das autoras Maria Cristina Machado Kupfer e Leda Maria Fischer Bernardino (2018). Este texto discorre a respeito da história do instrumento IRDI - Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil, após vinte anos de sua publicação, propondo reformulações de alguns aspectos e discutindo questionamentos levantados por psicanalistas e técnicos do Ministério da Saúde.

As noções de avaliação e utilização de instrumentos para este fim, em Psicanálise, são um tanto quanto inusitadas. Pesquisas e tratamentos conduzidos com base na teoria psicanalítica não designam conclusões diagnósticas, medições estatísticas ou quantitativas, mas sim, uma direção que procure levar o sujeito a dizer-se no singular de sua posição desejante. A prática de pesquisas psicanalíticas no âmbito da primeira infância contribuem fortemente para um exercício de prevenção, cada vez mais cedo, das psicopatologias desse período, em especial dos primeiros anos de vida. A partir da ótica das políticas públicas dentro do campo da saúde mental, instrumentos de observação precoce, tais como o IRDI,

permitem a transmissão das descobertas da psicanálise, possibilitando o seu uso em manuais e instituições públicas. Nesse sentido, o IRDI foi formulado por uma equipe de profissionais reunidos pela professora e psicanalista Maria Cristina Machado Kupfer, formando o Grupo Nacional de Pesquisa (GNP). A pesquisa, iniciada nos anos 2000, levou 8 anos para ser concluída e buscava marcadores de desenvolvimento infantil, a fim de que os mesmos pudessem ser adicionados ao manual “Saúde da criança: acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento infantil” (BRASIL, 2002), conforme solicitado à líder do grupo pelas revisoras do referido manual na época, Josenilda Caldeira Brant e Maria Eugênia Pesaro. Os dados foram apresentados em 2009 enquanto uma proposta de política pública e popularização da psicanálise. Pensado enquanto um guia de leitura do desenvolvimento psíquico infantil, o IRDI aponta para desconexões na relação entre pais e bebê. A partir dos 31 indicadores clínicos de referência, pediatras e demais profissionais da infância seriam capazes de observar dificuldades na constituição do sujeito e, assim, legitimar uma intervenção em tempo antes de diagnósticos.

As críticas ao instrumento vieram com a promulgação da Lei nº 13.438 (BRASIL, 2017) que tornava obrigatória em crianças de zero a dezoito meses de vida a aplicação de protocolos que identificassem risco para o desenvolvimento psíquico. O Ministério da Saúde apontou para as dificuldades na realização deste rastreamento, observando a quantidade de consultas de puericultura anuais no Brasil. Outro ponto importante discutido se refere ao possível aumento de falsos positivos, podendo induzir à uma lógica patologizante e medicalizante. Visto as objeções ao instrumento, as autoras ressaltam a importância de uma mudança de postura por parte dos psicanalistas, de forma a oportunizar à população a familiarização com a teoria, em vez de confiar em um instrumento que venha a fazer isso.

Refletimos, em grupo, sobre a importância do instrumento enquanto possibilidade de auxílio na identificação de riscos ao desenvolvimento psíquico infantil. Ponderamos, porém, sobre a perspectiva da geração de rótulos sobre as crianças em risco de desenvolvimento e a lógica patologizante, medicalizante e, conseqüentemente, excludente. Assim, questionamos o lugar da psicanálise que, ao se popularizar, no sentido de conferir entendimento à população sobre os processos de desenvolvimento infantil e humano, poderia contribuir no entendimento dos processos de constituição dos sujeitos, bem como da diversidade psíquica humana. Dessa forma, tais processos podem vir a ser compreendidos para muito além dos diagnósticos, medicamentos e terapias homogeneizadoras. Com estas reflexões em mente, surgiu o desejo de trabalharmos com

uma metodologia de escuta em psicanálise que trata da construção de novos significantes a partir de mesmos significados.

Assim, no quinto encontro, trabalhamos respectivamente os textos “Cortar para ler: o que Tree of codes pode ensinar sobre a arte da escuta” e “O impossível e a poética da Extração em Tree of Codes: um exercício em campo expandido” das autoras Camila Backes dos Santos e Simone Zanon Moschen (2019). Tais textos abordam a Poética da Extração, uma metodologia de análise construída por uma das autoras em tese de doutorado (SANTOS, 2018), que relaciona o processo de cortar para ler e a arte da escuta em psicanálise. Este processo diz respeito a um corte capaz de fazer surgir sobre a base das mesmas palavras um novo jogo significativo, produzindo uma outra história. As autoras compõem a Poética da Extração a partir do processo de leitura/corte/escrita produzido por Foer (2010) sobre uma obra já escrita.

A Rua dos Crocodilos, de Bruno Schulz, foi o livro base utilizado por Foer para produzir esse “livro-escultura-objeto-obra-de-arte” (SANTOS, 2018). Foer inicia um processo manual de extração de palavras através do recorte, criando vazios que permitem novas composições da narrativa, construindo uma história original com as palavras restantes. A fragilidade das páginas cortadas remete à fragilidade do pai no encontro com a loucura, relatada no livro a partir do ponto de vista do filho. Tree of Codes possibilita a entrada de um terceiro na relação olhar e livro, o toque que produz a condução da leitura a partir da experiência tátil.

O trabalho de Foer, em Tree of Codes, fornece visibilidade poética ao fazer artesanal presente no processo da escuta psicanalítica. É um processo de desmontagem de uma narrativa, daquilo que foi ali produzido. De um detalhe, recortado, extrai-se algo único, singular, novo. Conforme as autoras, assistir esse processo é como assistir a uma cena artística, uma vez que tal processo faz resistência às produções em massa. Para cada página do livro utilizado por Foer, uma nova lâmina foi produzida, de forma única e singular. A proposta de uma lâmina singular para cada página cortada é tomada como inspiração para a pesquisa em psicanálise, de modo que cada dado de pesquisa será analisado de forma singular e única, priorizando a transferência estabelecida entre pesquisador-participante e a história individual de cada sujeito participante.

A possibilidade de criar novas narrativas a partir de uma base, como em Tree of Codes, direcionou nossa escolha do sexto encontro, para o qual elegemos os quatro primeiros capítulos do livro “O trabalho da Citação” do autor Antoine Compagnon (1996), a saber, Tesoura e cola; Ablação; Grifo e Acomodação. Essa escolha se deu pelo nosso interesse em relação à escrita enquanto um exercício da intertextualidade, em que se parte

de elementos de um modelo de influência para a construção de novas narrativas, assim como no jogo infantil de recorte e colagem, em que as imagens e palavras recortadas criam um novo cenário. Assim, a citação é a face adulta do que, primitivamente, na infância, foi a colagem.

O autor relaciona o recortar e colar infantil à escrita na vida adulta, referindo-se à citação como um fragmento, um recorte, que irá compor um novo texto. Escrever é sempre um processo de reescrever, transformando elementos já existentes e descontínuos em uma redação coesa e harmoniosa. A citação diz de uma preferência íntima do leitor/autor, assim como o grifo, a acomodação e a ablação, nos quais se retira de um texto algo considerado importante e que poderá preencher a reescrita, permitindo ao autor se apropriar de um trecho de escrita que faça sentido para o seu próprio texto.

A citação se inicia pelo grifo físico ou mental de uma parte de um texto lido, que ocorre em consequência de uma emoção suscitada pelo tal trecho. Posteriormente, vem a fase da acomodação, que trata da elaboração psíquica do que foi grifado, para, na sequência ter reutilização em um futuro texto. Quando dessa reutilização, temos o enxerto. Assim, a citação pode ser vista como um elemento de intertextualidade, uma vez que em um contexto textual diferente, pode ter função e interpretação diversa da sua fonte de origem, levando o leitor a ampliar e diversificar o seu leque de entendimento. Para Compagnon (1996), a citação mais fiel é aquela que, para muito além de veicular palavras, reflete fielmente as ideias do autor, pois as ideias/pensamentos é que realmente detém valor em si. Nesse sentido, todo texto é resultado de leituras anteriores feitas por quem escreve. Leituras que o tenham marcado de alguma forma e que foram se transformando em acervo mental, e, desta forma, toda a escrita se tornaria um imenso trabalho de citação, mesmo que não sejam literais e não se faça uso das aspas para utilizá-las.

Discutimos, assim, o quanto as brincadeiras infantis de recorte e colagem são um ensaio para desdobramentos futuros, no que se refere à prática da escrita e da pesquisa. Na pesquisa em psicanálise, por exemplo, o autor-pesquisador descobrirá métodos seus, gerados a partir da apropriação de metodologias anteriormente estudadas, produzindo um autêntico trabalho de citação e construção de novas narrativas.

De forma a aprofundar a discussão acerca da apropriação de métodos em psicanálise, optamos, para o sétimo encontro, por um texto freudiano, escrito em 1912, “Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico”. Neste texto Freud (1912/2019) apresenta algumas recomendações que poderiam subsidiar o trabalho de jovens médicos que exercem a psicanálise, explicando que as alcançou na medida de sua própria experiência, ao longo

de muitos anos de estudo e trabalho. Seu propósito, ao advertir tais médicos, é de que as observações destas regras os poupem esforços desnecessários e os preservem de algumas situações. As discussões realizadas partem de tais recomendações para se pensar também a prática de pesquisa.

Sua primeira recomendação é de que não se faça anotações durante a sessão, para não devotar atenção demasiada a este ou aquele aspecto da fala do paciente, fixando-se em particularidades da narrativa do paciente que virão a dizer mais do analista do que do analisado, prejudicando o trabalho psicanalítico. Assim, as construções da clínica psicanalítica não ocorrem com base em uma estruturação prévia, para que se possa fazer uso da atenção flutuante e escutar o paciente à medida que essa flutuação, calcada na transferência, lhe posicione para determinada direção, inclinando algumas questões que serão fundamentais para a direção do tratamento. Ainda, o médico deve deixar fluir as sessões sem objetivos específicos, se colocando aberto à escuta do paciente e a novos questionamentos, sem a limitação de definições prévias. Por fim, Freud (1912/2019) pontua algumas recomendações acerca da ética da Psicanálise, no sentido de que não se tenha ambições terapêuticas, nem pretensões de reeducar o paciente, evitando sugestões em relação aos seus hábitos e atitudes, uma vez que, no seu entendimento, são inúteis e desrespeitam o desejo singular do paciente.

Por entendermos que é preciso haver coerência entre as práticas de clínica e pesquisa, uma vez que estão pautadas na mesma ética da psicanálise, a pesquisa buscará subsídios teóricos e metodológicos também nessas recomendações. Desta forma, a pesquisa psicanalítica não fica delimitada apenas em seus objetivos específicos, uma vez que esses poderiam ter um efeito limitador e, assim, não permitiriam a escuta e atenção flutuante. A pesquisa em psicanálise, por atuar no campo das impossibilidades de previsão do inconsciente, colocará o pesquisador na condição de ser surpreendido pelas descobertas.

Das discussões sobre as recomendações freudianas acerca da escuta psicanalítica, sentimos a necessidade de pensar justamente o sujeito colocado dentro de uma ordem do discurso, em uma posição de autoria sobre sua narrativa, de sujeito. Vinculada à temática da pesquisa, optamos por pensar justamente naquele que perpetua sua fala na forma gráfica, o autor. Assim, chegamos ao texto de Foucault (2001) “O que é um autor”, para estudar no nosso oitavo encontro.

Este texto, na verdade, trata-se de uma conferência na qual Michel Foucault, em 1969, desenvolve uma narrativa em torno da sentença “Que importa quem fala?” para os membros da Sociedade Francesa de Filosofia. Nesta palestra, o autor discorre sobre a questão da

autoria para muito além da morte do autor. Reflete, e faz refletir, sobre o que é um autor, o seu espaço, a sua constituição e a sua ausência, ou sobre o vazio deixado pelo mesmo, desacomodando o leitor e levando-o a não mais se satisfazer com a noção de autoria genérica. Desta forma, Foucault nos propõe uma discussão sobre o conceito de autor e a sua transformação ao longo do tempo.

“O que é um autor?” se ocupa de tratar de toda a complexidade da questão do ser autor, apresentando as relações da autoria com o discurso, as relações de poder envolvidas no direito de tomar posse da palavra e fazer uso dela e o papel do sujeito que escreve nesse lugar de autor. A própria discursividade pode ser entendida como um modo de funcionamento da sociedade, que age conforme os discursos que são postos em atividade, assim, a função-autor pode ser inserida neste contexto de categorias de discursos, nas quais a própria autoria fica relativa ao que é escrito, a subjetividade do autor, ao período histórico no qual é escrito, a valorização dada ao mesmo e a tomada desse discurso de forma social na cultura em que está colocado.

Nessa conferência, Foucault (2001) deixa claro que não basta escrever algo para que o sujeito escrevente seja elevado ao local de autor. É necessário, antes de qualquer coisa, que o sujeito que escreve esteja colocado dentro de uma ordem do discurso na qual ele se eleve à condição de autor, e, assim, a sua narrativa se vincule a ele, empoderando-o sobre o próprio texto. Desta forma, abre uma discussão sobre a superficialidade da simples negação do autor, ou da sua universalização, e adentra na discussão da noção de autor e sua transformação ao longo do tempo.

A inquietação suscitada pelo texto não passou despercebida pelo grupo, despertando várias colocações e questionamentos, além de algo que pode ser descrito como angústia, ao discutir uma questão tão profunda e ao mesmo tempo tão presente na nossa realidade, uma vez que todas as participantes do grupo são escritoras em algum nível. Trazer Foucault (2001), com toda a sua profundidade, para a nossa realidade, despertou questionamentos e reflexões, e uma vontade inata de entender melhor as relações entre o texto e seu autor, sobre a posição-sujeito do autor e sobre a sua posição-autor em relação ao texto escrito.

A partir das discussões sobre a subjetividade do autor e sua posição variável em relação ao texto, sentimos a necessidade de entender a escrita “ensaio”, que coloca no texto a subjetividade de quem escreve, para muito além da escrita científica padronizada. Assim, elegemos para o último encontro do semestre, o texto “Desejo de ensaio” de Tania Rivera (2018), a fim de nos familiarizarmos com essa modalidade de escrita, que de certa forma

desnuda a alma do sujeito-autor, o que vem ao encontro das nossas reflexões acerca do que seria um autor.

O prefácio intitulado “Desejo de Ensaio” foi escrito para a coleção Ensaaios Brasileiros contemporâneos da Fundação Nacional de Artes – Funarte. Nessa coleção, cada livro aborda uma área de conhecimento específico e foi organizado por autores reconhecidos na área abordada, tendo como objetivo apresentar um panorama da produção ensaística contemporânea brasileira, em campos distintos do saber. O alvo desse volume é espelhar a pluralidade de vozes da criação de ensaios psicanalíticos, na qual se mesclam diferentes posições, em estilos diversos, ora harmônicos ora dissonantes – um vasto panorama de como a psicanálise percorre tantos universos ligados ao homem e aos seus modos de expressão. O texto do nosso encontro se encontra no volume intitulado Psicanálise, onde a autora propõe uma discussão em torno do texto ensaístico.

O ensaio teórico possui amplas variações no que diz respeito à forma, formato e utilização. Neste tipo de metodologia não há, necessariamente, uma busca por respostas e afirmações totalitárias. Antes, são as perguntas que orientam e norteiam os autores para reflexões mais profundas, o que acaba por romper com a lógica sistemática da ciência tradicional, principalmente a de natureza positivista. Utilizar o ensaio significa, nesse sentido, buscar uma forma específica de compreensão da realidade, através do envolvimento subjetivo do autor, sua reflexão e capacidade analítica e crítica – meios diferentes daqueles comumente utilizados pela ciência, em sua forma tradicional de produzir conhecimento. Os ensaios teóricos são frequentemente utilizados na área das ciências humanas e sociais para produzir reflexões sobre os acontecimentos mais relevantes de cada época. O ensaio caracteriza-se, principalmente, pela originalidade e novidade, utilizando como base ideias já existentes e repensando-as, ao passo que costura conceitos, na criação de algo novo. Sua essência não surge, assim, a partir de um vazio, mas da ordenação e costura, de um modo novo e original, de tais ideias e conceitos. Para a autora, a principal marca do ensaio é a sua certa indefinição, porém como preocupação com a reflexão. O ensaio estaria mais no campo da ética, das relações entre a teoria e o objeto do conhecimento, do que nas medidas, estilos ou formatos textuais. No ensaio experimenta-se, lida-se com a transmissão, com a reflexão, em campos ainda não descobertos, ali não há espaço para visões de mundo prontas e dogmáticas. Neste sentido, a perspectiva do ensaísta envolve certa renúncia à posição do saber.

Destaca-se, no ensaio, um grande envolvimento do autor, fiel à sua escrita, enquanto parte integrante de seu projeto. Assim, o ensaio carrega em si uma presença do sujeito em

uma escrita subjetiva que traz o pensamento enquanto experiência. No que se refere aos escritos de base psicanalítica, tomar textos ensaísticos enquanto possibilidade de escrita não diz respeito a um formato em específico, ou estilo textual, mas sim no pensamento enquanto experiência, onde o autor faz de si mesmo palco para a experiência intelectual.

No decorrer de nossos nove encontros, nos deparamos com inúmeras experiências no que se refere às metodologias de pesquisa em psicanálise. Foram dez textos, disparadores de análises e discussões que rumaram para muito além do conteúdo textual. Num só depois, durante o processo de escrita deste capítulo, percebemos que, apesar de cada escrita e pesquisa seguir em uma direção diferente, os textos escolhidos surtiram um efeito organizador de nossas práticas de pesquisa, costurando as experiências de cada pesquisadora que compõe o grupo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da experiência emergiu logo no primeiro encontro, persistindo e enlaçando os demais. Para além do contato com o aporte teórico presente em cada texto, fomos nos conectando com as experiências singulares de cada autor lido, por meio de suas narrativas, e, assim, revisitamos nossas próprias experiências. Tal conexão nos possibilitou apreender alguns fragmentos, que ainda ressoarão em cada uma de nós, através da transmissão de saberes. Os fragmentos recolhidos foram reconstituídos, dando lugar a um novo conteúdo, através da metaforização e da produção de uma narrativa da nossa experiência, o que resultou na produção deste capítulo. Ainda, a disciplina, tendo em vista seu caráter flexível e fluido, pôde ser conduzida no sentido de uma construção de saberes, ocorrida através da transmissão de tais experiências. As professoras, guiadas pela atenção flutuante, foram direcionando os textos e os assuntos, tendo como base toda sua bagagem teórico-prática. Nesse sentido, inspiradas em Benjamin, este relato é fruto do nosso desejo de construirmos novas experiências através de nossos encontros on-line, em meio a uma pandemia por coronavírus.

Assim, diante do desejo de construir um registro coletivo sobre as diferentes composições metodológicas no campo da pesquisa em psicanálise, tendo como base as nossas experiências com a disciplina “Leitura Orientadas”, nos deparamos com a tarefa de reunir as questões levantadas, as análises e as discussões suscitadas, em um escrito que

ilustrasse todos os caminhos possíveis e a abertura própria da perspectiva teórico-metodológica abordada. Inspiradas em Compagnon, iniciamos um trabalho de releitura dos textos e das anotações, grifando, recortando, colando, citando e, assim, construindo um novo texto. Nesse sentido, este capítulo nasce a partir da nossa apropriação dos textos estudados e do método freudiano, a fim de construirmos novas narrativas e estilos que poderão compor nossas próprias pesquisas.

No decorrer dos encontros, fomos construindo o alinhavo do entendimento de conceitos e processos relativos à metodologias e experiências de pesquisa, sempre pautadas na psicanálise. Em cada novo texto, nós, pesquisadoras, tivemos uma expansão do nosso leque de compreensão sobre o nosso objeto de estudo e possibilidades de pesquisa, enriquecendo nossa prática. Mesmo que cada escrita e cada pesquisa, oriundas do PPG, sigam em direções diferentes, os textos escolhidos surtiram um efeito organizador, costurando as experiências de cada pesquisadora que compõe o grupo, de modo que a apropriação de tais conteúdos, bem como a discussão realizada, serviram de inspiração e sustentação para nossas práticas de pesquisa. Por fim, a composição desse registro coletivo pôde servir de suporte para a memória, no sentido de reconstruir e de “capturar os restos”, tal qual o flâneur, do conteúdo trabalhado ao longo do semestre.

5. REFERÊNCIAS

- BENJAMIN, W. **A Paris do segundo império na obra de Baudelaire (1938)**. In: BENJAMIN, W. Baudelaire e a modernidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- BENJAMIN, W. **Experiência e pobreza (1933)**. In: BENJAMIN, W. O anjo da história. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- BETTS, J. Desamparo e vulnerabilidades no laço social - a função do psicanalista. **Rev Assoc Psicanal Porto Alegre**, n. 45-46, p. 09-19, 2013/2014.
- BRASIL. **Lei nº. 13.438, de 26 de abril de 2017**. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- COMPAGNON, A. **O trabalho da citação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1996.
- FOER, J. **Tree of Codes**. Nova Iorque: Visual Editions, 2010.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos: estética – literatura e pintura, música e cinema (vol. III)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- FREUD, S. O mal estar na cultura (1930). In: FREUD, Sigmund. **Cultura, sociedade,**

- religião: o mal estar na cultura e outros escritos.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 15: psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923).** São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- FREUD, S. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico (1912). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica.** São Paulo: Autêntica Editora, 2019.
- GURSKI, R. A escuta-*flânerie* como efeito ético-metodológico do encontro entre Psicanálise e socioeducação. **Tempo Psicanalítico**, v. 51, n. 2, p. 166-194, 2019.
- GURSKI, R. **Juventude e paixão pelo real: problematizações sobre experiência e transmissão no laço social atual.** (Tese) Doutorado em Educação –Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
- IRIBARRY, I. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora**, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003.
- KUPFER, M.; BERNARDINO, L. IRDI: um instrumento que leva a Psicanálise à Pólis. **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 62-82, 2018.
- LACAN, J. **O seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise (1971).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.
- NETO, A. A pesquisa psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 279-288, 2006.
- RIVERA, T. Desejo de ensaio. In: RIVERA, Tania; SOUZA, Edson; CELES, Luiz. (Org). **Coleção ensaios brasileiros contemporâneos: psicanálise.** Rio de Janeiro: FUNARTE, 2018.
- ROSA, M. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.
- SANTOS, C. B.; MOSCHEN, S. Z. O impossível e a poética da Extração em Tree of codes: um exercício em campo expandido. **ORGANON**, v. 34, n. 67, p. 1-17, 2019.
- SANTOS, C. **Poética da extração, literatura e psicanálise: o (des) fazer a forma, o estilo e a transmissão do impossível.** (Tese) Doutorado em Psicologia Social e Institucional - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

ANÁLISE DOS REGISTROS TRANSFUSIONAIS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DA AMAZONIA BRASILEIRA

Sonia Rejane de Senna Frantz¹, Mainã Costa¹, Elielza Guerreiro Menezes¹, Maria Luiza Carvalho de Oliveira¹, Adriany da Rocha Pimentão¹, Thiago Queiroz de Souza¹, Francisca Félix da Rocha¹, Nathalia Siqueira Duarte¹, Nathalie Rezende Batalha Gomes¹ e Naiara Teixeira de Souza¹

1. Universidade do Estado do Amazonas, Programa de Graduação em enfermagem, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Trata-se de um estudo que teve o objetivo de avaliar os registros de transfusão sanguínea realizados pela enfermagem nas unidades de internação de um hospital geral do estado do Amazonas. É um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro de 2017 a abril de 2018, em um hospital geral da cidade de Manaus. Foram analisados os registros de 528 prontuários de pacientes que realizaram transfusões sanguíneas. Todas as variáveis analisadas apresentaram deficiências, porém as maiores fragilidades encontradas referem-se a checagem da tipagem sanguínea, registro da observação do paciente nos primeiros 10 minutos após o início da transfusão, ocorrência de reação transfusional e o carimbo do profissional que realizou o procedimento. Os procedimentos que obtiveram melhores resultados foram sinais vitais do início da transfusão, conferência da prescrição médica, registro do tipo de produto transfundido e assinatura de quem realizou o procedimento. Também evidenciou diferenças significativas nos registros dos profissionais das diferentes clínicas estudadas. A avaliação identificou que os registros das transfusões sanguíneas realizadas nesta unidade de saúde apresentam fragilidades importantes, revelando que os cuidados dos profissionais precisam ser melhorados a fim de evitar prejuízos para os receptores de componentes sanguíneos. A instituição estudada deve buscar formas de melhoria da qualidade dos registros de transfusão sanguínea a fim de elevar a qualidade dos serviços hemoterápicos, bem como garantir a segurança transfusional dos pacientes.

Palavras-chave: Hemoterapia, Registros de enfermagem e Transfusão sanguínea

ABSTRACT

This is a study that aimed to evaluate the blood transfusion records performed by nursing in the inpatient units of a general hospital in the state of Amazonas. It is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, carried out from February 2017 to April 2018, in a general hospital in the city of Manaus. The records of 528 medical records of patients

who underwent blood transfusions were analyzed. All variables analyzed showed deficiencies, but the greatest weaknesses found refer to checking blood typing, recording the patient's observation in the first 10 minutes after the start of the transfusion, occurrence of a transfusion reaction and the stamp of the professional who performed the procedure. The procedures that obtained the best results were vital signs of the beginning of the transfusion, check of the medical prescription, registration of the type of product transfused and signature of the person who performed the procedure. It also showed significant differences in the records of professionals from the different clinics studied. The evaluation identified that the blood transfusion records performed in this health unit have important weaknesses, revealing that the care of professionals needs to be improved in order to avoid damage to the blood component recipients. The studied institution should seek ways to improve the quality of blood transfusion records in order to increase the quality of blood therapy services, as well as to guarantee the transfusion safety of patients.

Keywords: Hemotherapy, Nursing records and Blood transfusion.

1. INTRODUÇÃO

A transfusão sanguínea representa um recurso terapêutico importante capaz de salvar vidas e é a última etapa do processo de trabalho na hemoterapia. É uma atividade de alto risco epidemiológico, tendo em vista as características do processo de obtenção do sangue. A hemotransfusão resulta da aplicação de um componente de sangue por via endovenosa para fins terapêuticos (FLAUSINO, 2015). Constata-se que a enfermagem está totalmente ligada a esse procedimento e tem um papel fundamental em toda a área da hemoterapia, garantindo uma assistência efetiva, segura e com um nível de excelência profissional (MATTIAS; ANDRADE, 2016).

Observou-se que cerca de 3.3 milhões transfusões de sangue foram realizadas no Brasil no ano de 2015, o que caracteriza um aumento gradual em relação aos anos anteriores (BRASIL, 2017). Percebe-se que os processos hemoterapicos são complexos, e que agrega várias etapas desde a captação do sangue até a transfusão, que compreende seu destino final (FLAUSINO, 2015).

Segundo a resolução do COFEN nº 0511/2016 o enfermeiro junto com a equipe de enfermagem tem papéis de assistência na coleta, armazenamento, administração, controle de qualidade, entre outras atividades.⁴ Uma das atividades é o registro de enfermagem em hemoterapia, que traz dados importantes e relevantes sobre todo o processo transfusional podendo ser usada como respaldo profissional e segurança da qualidade do procedimento prestado (MATTIAS; ANDRADE, 2016).

No intuito de evitar falhas no ato transfusional, acredita-se que os registros de enfermagem são elemento imprescindíveis para a prática do procedimento, pois além de garantir a segurança do paciente em casos de reações transfusionais colabora com a comunicação multidisciplinar e relevância para serviços econômicos, científicos e jurídicos.

Com isso, este estudo teve o objetivo de avaliar os registros de enfermagem em hemoterapia nas unidades internação de um hospital geral do Estado do Amazonas.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada nas unidades de internação de um hospital geral do Estado do Amazonas.

A amostra foi constituída de prontuários, no qual foram investigados os registros de enfermagem relacionados ao ato transfusional de pacientes que foram submetidos a transfusão sanguínea no ano de 2016, considerando os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes que realizaram transfusão sanguínea, prontuários legíveis e prontuários com transfusão realizada no período estipulado. Foram excluídos do estudo prontuários de pacientes que tiveram as transfusões canceladas ou suspensas.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2017, por meio de um formulário específico, no qual constou todos os itens de relevância na anotação de enfermagem, conforme exige a legislação, para registros de enfermagem, no prontuário de pacientes que se submetem à terapêutica hemoterápica. O mesmo possui dados sobre a identificação do paciente, data, sexo, idade, número do prontuário do paciente, aferição dos sinais vitais pré e pós-infusão, prescrição médica do hemocomponente, hemocomponente transfundido, registro das observações nos primeiros 10 minutos, número da bolsa do hemocomponentes, registro do início e término do procedimento, além da ocorrência da reação transfusional, presença de carimbo e assinatura do profissional que executou o procedimento.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos, onde foi calculado as frequências absolutas simples e relativas. Na análise foi aplicado, ainda, o teste do qui-quadrado de *Pearson*, com nível de significância fixado em 5%. O *software* utilizado na análise dos dados será o programa Epi-Info versão 7 para *Windows*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.711.713, CAAE nº 57215716.3.0000.5016, respeitando a Resolução nº 466/ 2012 que trata de normas para a pesquisa com seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

Foram investigados 528 prontuários de pacientes que se submeteram ao tratamento hemoterápico no estudo, 49,8% eram do sexo feminino e 50,2% eram do sexo masculino. A idade variou de treze a cem anos, sendo que a faixa etária mais predominante foi de 50 a 60 anos (21,2%) e 70 a 80 anos (20,3%). Em relação a frequência segundo as clínicas amostradas, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve maior predominância (31,8%), seguida da médica (27,6%), cirúrgica (25,4%) e, finalmente, a ortopédica (15,2%).

A tipagem sanguínea mais frequente foi a O+ (59,8%), sendo este o tipo sanguíneo mais comum. O tipo A+ foi o segundo mais frequente, com 24,6%. E os menos frequentes foram os tipos B+ (9,7%), A- (3,2%), O- (1,5%), AB+ (1,0%) e AB- (0,2%).

Podemos observar na tabela 1 que as variáveis assinatura do profissional (97,4%), prescrição médica (93,2%), hemocomponente infundido (91,3%) e SSVV no início do procedimento (83,8%) atingiram uma porcentagem elevada, sendo estes os registros que foram realizados com mais frequência. O carimbo do profissional que realizou o procedimento foi o menos realizado, com apenas 5,5%. Além deste, o registro referente a ocorrência da reação transfusional e da observação nos primeiros minutos também apresentam porcentagens baixas, 10,6% e 17,2%, consecutivamente.

Considerando a relação do gênero com as variáveis, os resultados mostraram que a variável registro do início do procedimento ocorreu em sua maioria no sexo masculino, com diferença significativa de 13,4% para o sexo feminino. E o registro se houve reação transfusional foi a variável mais semelhante entre os gêneros, com diferença de apenas 0,3%. (Tabela 2)

Tabela 1. Frequência segundo as variáveis que foram devidamente registradas sobre transfusão de sangue na Fundação Adriano Jorge, Manaus - AM.

Variáveis	f _i	%
SSVV-início (n = 489)	410	83,8
SV-término (n = 484)	297	61,4
Prescrição médica (n = 512)	477	93,2
Hemocomponentes infundido (n = 505)	461	91,3
Checagem da tipagem (n = 493)	213	43,2
Registro da observação dos 10 primeiros minutos (n = 489)	84	17,2
Número da bolsa (n = 494)	289	58,5
Reg. Início (n = 494)	276	55,9
Reg. final (n = 490)	324	66,1
Reação (n = 492)	52	10,6
Carimbo que executou o proc. (n = 492)	27	5,5
Assinatura do prof. (n = 492)	479	97,4

f_i = frequência absoluta simples.

Tabela 2. Frequência segundo o gênero em relação as variáveis que foram devidamente registradas sobre transfusão de sangue na Fundação Adriano Jorge, Manaus - AM.

Variáveis	Gênero				Total	p*
	Feminino		Masculino			
	f _i /n	%	f _i /n	%		
SSVV-início	208/241	86,2	202/248	81,4	410	0,145
SV-término	142/235	60,4	155/249	62,2	297	0,680
Prescrição médica	232/253	91,7	245/259	94,6	477	0,194
Hemocomponentes	228/248	91,9	233/257	90,7	461	0,611
Checagem da	114/241	47,3	99/252	39,3	213	0,072
Registro da						
observação dos 10	46/240	19,2	38/249	15,3	84	0,252
Número da bolsa	143/241	59,3	146/253	57,7	289	0,713
Reg. Início	118/241	49,0	158/253	62,4	276	0,003
Reg. final	164/239	68,6	160/251	63,8	324	0,255
Reação	25/240	10,4	27/252	10,7	52	0,915
Carimbo executou	12/240	5,0	15/252	6,0	27	0,643
Assinatura do prof.	233/240	97,1	246/252	97,6	479	0,711

f_i = frequência absoluta simples; * Teste do qui-quadrado de *Pearson*. Valor de p em negrito itálico indica associação estatisticamente significativa ao nível de 5%.

3.2 DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem durante a transfusão sanguínea, especialmente em ambiente hospitalar, demanda uma série de conhecimentos, técnicas e a capacidade de intervir de maneira efetiva diante das complicações. Parte da perscrutação ao buscar conhecer a assistência de enfermagem inclui a análise de registros, anotações e prontuários, que fornecem um retrato da realidade da assistência, que compreende as atribuições do profissional de enfermagem como executar e supervisionar o ato transfusional, monitorar a administração dos componentes hemoterápicos e detectar eventuais reações adversas (NASCIMENTO, 2015). Deste modo é imprescindível a correta monitorização do quadro clínico pré e pós ato transfusional, através da aferição de sinais vitais. Manifestações clínicas como febre, hiper ou hipotensão arterial e quadros respiratórios são indicativos de reações transfusionais que podem ser observados pelo profissional de enfermagem ao exame físico do paciente transfundido, ou mesmo durante os primeiros 10 minutos decorridos da transfusão de hemocomponentes. As práticas supracitadas são de conhecimento básico do enfermeiro que supervisiona o processo transfusional (PEREIRA et al., 2016).

Verificou-se nos registros de enfermagem coletados que apenas 17,2% dos registros anotavam a observação do paciente nos primeiros 10 minutos, o que representa um valor ínfimo para uma conduta relativamente simples de implementar, que custa apenas tempo hábil, conhecimento sobre reações transfusionais e comprometimento do profissional em observar o paciente (FRANTZ; PINHEIRO; FRAIJI, 2016). Seguir a conduta de maneira correta, implica diretamente em uma diminuição de complicações associadas à intercorrências no processo hemoterápico. Ao observar um déficit na monitorização dos quadros clínicos (SSV-início = 83,8%) (SV-término = 61,4%) especialmente no período pós-transfusional, entende-se que há maiores riscos para pacientes pós-transfundidos, onde é mais provável a ocorrência de reações adversas e complicações, que não serão assistidas de maneira rápida e eficiente pelo profissional, devido à omissão assistencial (DINIZ; MORENO, 2018).

A ocorrência de algumas reações é inevitável por fatores imunológicos ou fisiológicos associados, porém também é necessário entender que boa parte das reações transfusionais pode ser atribuída ao erro humano. Dentre os fatores relacionados com o maior número de complicações relacionadas à transfusão destaca-se a atenção ao tipo de componente que será transfundido. Erros assistenciais na transfusão podem ocorrer por negligência na observação da prescrição médica (93,2%), checagem dos hemocomponentes infundidos

(91,3%) e da tipagem sanguínea (43,2%) e número da bolsa (58,5%). Há muito o que se considerar diante da prescrição de uma transfusão sanguínea, de modo que erros podem advir de quaisquer profissionais envolvidos no ato transfusional, o que demanda atenção ao procedimento a ser realizado para garantir a segurança do paciente que será transfundido (SILVA et al., 2017).

Segundo Diniz e Moreno (2018) é notável que reações por incompatibilidade sanguínea do sistema ABO/Rh, tais como a reação hemolítica aguda (RHA), que causa pode levar o paciente transfundido à óbito, ocorrem justamente por erros relacionados à assistência, tais como a troca de amostras pré-transfusionais ou troca de bolsas, o que evidencia a importância da checagem da tipagem sanguínea e número da bolsa antes de se iniciar o procedimento, e dados que identificam o paciente, sendo essa uma responsabilidade do profissional que realizar a instalação do hemocomponente. Deste modo, nos dados obtidos através dos registros constatou-se que a checagem prévia da tipagem sanguínea pode ser considerada insatisfatória e irregular, ao ser comparada com a totalidade de transfusões realizadas, dada a importância da mesma para a segurança no processo transfusional. Além da tipagem sanguínea a variável de registro de início (55,9 %) e fim (66,1%) da transfusão não foi combinante. O tempo de duração da administração de uma transfusão é de prescrição médica, porém não se deve exceder 4h em que a bolsa se encontra em ambiente externo (PEREIRA et al., 2016).

Com vista aos dados coletados referente ao uso do carimbo do profissional a cada procedimento, houve uma discrepância quanto aos seus valores (5,5%), foi a variável em que teve a menor taxa de execução nos registros de transfusão. Isso gera uma grande lacuna quanto ao uso dos registros de enfermagem com foco no respaldo profissional, visto que sem o uso do carimbo não há a elegibilidade dos dados contidos, tornando aquele registro não fidedigno para fins jurídicos. Cumprindo assim a Resolução nº196/96 que diz que todo o registro de enfermagem deve conter identificação onde se inclui o carimbo (BRASIL, 1996).

4. CONCLUSÃO

A avaliação dos registros de enfermagem relacionados ao procedimento de transfusão sanguínea nas unidades de internação estudada revelou fragilidades importantes que prejudicam a conduta da equipe multidisciplinar e a segurança transfusional, tendo em vista a falta de informações no prontuário dos pacientes. A falta de checagem do tipo sanguíneo representa um alto risco de ocorrência de uma reação grave, que pode ser fatal e a falta de

dados referente a ocorrência de reações transfusionais prejudica a identificação de reações adversas pós transfusão sanguínea.

Este cenário revela que os cuidados dos profissionais precisam ser melhorados a fim de evitar prejuízos para os receptores de componentes sanguíneos. A instituição estudada deve buscar formas de melhoria da qualidade dos registros de transfusão sanguínea a fim de elevar a qualidade dos serviços hemoterápicos, bem como garantir a segurança transfusional dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação : sangue e hemoderivados : dados de 2015** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016**. Redefine o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília - DF, 2016.

DINIZ, D.; MORENO, A. Reações de transfusão de sangue e cuidados peritransfusionais. **Cuid Arte Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 59-66, 2018.

FLAUSINO, G et al. The production cycle of blood and transfusion: what the clinician should know. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 269–279, 2015.

FRANTZ, S.R.S.; PINHEIRO, M.V.; FRAJII, N. A. **Manual de Atividades Hemoterápicas das Agências Transfusionais de Manaus**. Manaus, AM: Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - HEMOAM, 2016.

MATTIAS, D; ANDRADE S. R. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: um instrumento para monitorização do paciente. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, p. e2600015, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 196, de 10 de Outubro De 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Brasil, 1996.

NASCIMENTO, A.; ILHA, S.; MARZARI, C.; DIEFENBACH, G.; BACKES, D. Cuidado de Enfermagem no Processo de Doação de Sangue: Percepção dos profissionais e dos doadores. **Revista de Enfermagem do Centro Mineiro**, v. 5, n.1, p. 1497-1504, 2015.

PEREIRA, C. et al Cuidados de Enfermagem para segurança do paciente em hemoterapia. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 1, p. 28-33, 2016.

SILVA, E.; VIEIRA, C.; SILVA, F.; FERREIRA, E. Desafios da Enfermagem diante das reações transfusionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, n. 25, p. 1-8, 2017.

TOREZAN, G.; SOUZA, E. N. DE. Transfusion of blood products : are the nurses prepared to care for peritransfusion ? **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 4, n. 2, p. 26–27, 2010.

ATIVIDADES INTEGRATIVAS NO AUXÍLIO À SAÚDE DO IDOSO E MELHORA DA AUTOESTIMA

**Luisa Dardengo Ramalho¹, Luiza Zuccon Côco¹, Tássia Faller Tetemann¹, Kelly
Cristina Mota Braga Chiepe² e Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro²**

1. Curso de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina, Espírito Santo, Brasil;
2. Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina, Espírito Santo, Brasil.

RESUMO

Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida, visto que o processo de envelhecimento pode gerar limitações. O bem-estar proporcionado pela participação do idoso em atividades em grupo contribui para que ele vivencie trocas de novas experiências e propicia a conscientização para a importância do autocuidado. Em estudo, percebe-se que grande parte dos idosos e demais população ainda desconhecem os objetivos, benefícios e as precauções das práticas integrativas e complementares. Nota-se que essas práticas, quando bem empregadas, trazem benefícios para os idosos, como também para quem as desenvolve, e com isso contribui em conjunto com outras formas de tratamento para a efetiva promoção à saúde da terceira idade. Dessa forma, este artigo tem como objetivo imprescindível criar uma nova perspectiva acerca dos benefícios proporcionados pelas atividades integrativas, motivando a promoção do envelhecimento saudável e a interação social dessa faixa etária.

Palavras-Chave: Idoso, Atividades integrativas e Saúde.

ABSTRACT

Living longer is important if you can add quality of life to the additional years of life, since the process of aging can create limitations. The welfare provided by the participation of elders in group activities contributes to them undergoing exchanges of new experiences and provides awareness to the importance of self-care. Under study, it is perceived that a large part of the elderly and population still do not know the goals, benefits and precautions of integrative and complementary practice. Note that these practices, when well applied, bring benefits to the elderly, as well as to who develops them, and this way contributes, in combination with other ways of treatment, to an effective health promotion for the elderly. Therefore, this article has as an essential goal creating a new perspective on benefits offered by the integrative activities, motivating the promotion of healthy aging and social interaction of this age group.

Keywords: Aged, Integrative activities and Health.

1. INTRODUÇÃO

Considerando a classificação de idoso pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como todo indivíduo acima de 60 anos, pode-se inferir que o envelhecimento é um processo gradual, universal e irreversível, no qual acarreta uma perda funcional progressiva no organismo, incluindo mudanças físicas e comportamentais. Por conseguinte, essas alterações interferem nas atividades diárias e na visão do idoso quanto a sua funcionalidade.

É relevante mencionar que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida, visto que o processo de envelhecimento pode gerar limitações. Nesse sentido, é comum os idosos buscarem se ressignificar de diferentes maneiras: através de mudanças nos hábitos de vida, aprender novas atividades, realizar sonhos no qual nunca foram concretizados. Assim, pode-se considerar que as atividades de lazer e de convivência em grupo contribuem para manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso e para amenizar possíveis conflitos pessoais. Também deve-se ressaltar que o bem-estar proporcionado pela participação do idoso em atividades em grupo contribui para que ele vivencie trocas de novas experiências e propicia a conscientização para a importância do autocuidado. Em síntese, este trabalho tem como objetivo relacionar a promoção da saúde do idoso com a prática de atividades integrativas.

Desta forma, foi realizada uma pesquisa exploratória, através de levantamento bibliográfico em artigos científicos, livros, periódicos e sites, com objetivo de instruir esse grupo populacional e torná-lo apto a transmitir à sociedade como as atividades integradas, para sua faixa etária, podem influir em sua autoestima e saúde.

A pesquisa também será importante para os profissionais voltados à área geriátrica, tornando possível a associação do tratamento clínico com atividades integrativas, pensando na maior autonomia do idoso, e, conseqüentemente, promover sua autoestima.

1.1 CONCEITOS DE SAÚDE E ATIVIDADES INTEGRATIVAS

A saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946). Portanto, o melhor estado de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social.

Conforme Figueiredo (2013), as práticas integrativas e complementares compreendem modelos complexos e recursos terapêuticos da medicina tradicional e alternativa. Figueiredo (2013) também afirma que as práticas integrativas possuem diversos objetivos como a promoção e prevenção da saúde através de uma visão expandida do processo saúde-doença e a ascensão completa do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Essas práticas têm como objetivo o bem-estar adquirido na realização dos exercícios, socialização entre a faixa etária e aprendizado através dos profissionais de saúde e das atividades interdisciplinares.

Ainda há pouco conhecimento sobre como os idosos brasileiros estão conseguindo criar alternativas no seu dia a dia, para experimentar um processo de envelhecimento mais prazeroso. A aposentadoria reflete-se no imaginário como perda da capacidade produtiva e criativa, porém muitos esperam o tão aguardado momento para realizar, nessa nova fase da vida, aquilo que ainda não foi possível; novo estudo, novos projetos, uma viagem dos sonhos (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

1.2 CATEGORIAS DE ATIVIDADES INTEGRATIVAS

Segundo Garcia (2006) e Cruvinel (2009), grupos de convivência que utilizam atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas são muito proveitosas, em especial entre idosos. O uso da arte-terapia e de atividades físicas propicia ao indivíduo a exploração de suas potencialidades, promovendo a prevenção e mesmo o controle e tratamento de transtornos psicossociais, como a depressão, ansiedade e ociosidade, fator de risco para doenças crônico-degenerativas, especialmente afecções cardiovasculares, principais causas de morte nos idosos.

Ainda de acordo com Garcia (2006), a diversificação das atividades, incluindo a dança, o canto e atividades corporais, permite a redescoberta de potencialidades, resultando no aumento da auto-estima, fato importante para lidar com a dificuldade em aceitar o próprio envelhecer.

Camargo, Telles e Souza (2018), enfocam que a oferta de atividades físicas em espaços públicos, centros de atendimentos a idosos, em praças e parques modificam a vida das pessoas, trazendo resistência ao envelhecimento e um caráter mais lúdico para quem envelhece.

Esses encontros também auxiliam a interação após práticas corporais, como, por exemplo, no caso das mulheres que, em seguida os exercícios, almoçam juntas e praticam

artesanato, ou os homens, que lancham e se despedem garantindo a presença no dia seguinte.

1.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À POPULAÇÃO IDOSA

Apesar de representar uma das principais conquistas das últimas décadas, em termos populacionais, o envelhecimento é desvalorizado e representado por perdas, incapacidades e doenças. A aposentadoria funciona como “selo de inutilidade”, ampliando ainda mais o caráter de declínio, de disfunção social e de referências negativas (GARCIA, 2006).

O envelhecimento não pode ser definido como uma etapa da vida associada a finitude, a perda significativa. A expectativa para o envelhecimento com saúde e qualidade de vida envolve o fato de ter autonomia, para garantir direitos e participação na vida social. Do ponto de vista da qualidade de vida, essa autonomia é de extrema relevância, uma vez que sua perda impacta negativamente na autoestima, podendo gerar um quadro de ansiedade e depressão que prejudica a saúde dessa população (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

Inclusive, é importante ressaltar que a vida moderna vem retirando os indivíduos do convívio social e das relações que humanizam o cotidiano em virtude da tecnologia e das redes sociais, fragilizando os laços formados a partir da proximidade e do contato interpessoal. Assim, a inserção das práticas corporais e integrativas faz com o que o cotidiano ganhe sentido pelo simples fato de conviver e ter contato presencial com outras pessoas.

Os grupos que favorecem a interação entre idosos, facilitam o exercício da autodeterminação, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor - aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social (GARCIA, 2006).

É necessário incentivar a sociedade a construir, efetivamente, outra identidade para os idosos, mostrando ao Estado e à população que estes podem desempenhar papéis sociais até o fim de suas vidas, sendo produtivos e, assim, mais felizes, participando da política, das universidades abertas, dos grupos de convivência, dos fóruns, dos conselhos e associações de aposentados, dançando, namorando, viajando, fazendo teatro, canto, artes plásticas, enfim, vivendo a vida plenamente, trazendo a política para um novo patamar (TAHAN, 2010).

1.4 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

“O envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, não sendo definido por um nível ou limiar específico do funcionamento, ou da saúde” (OMS, 2015).

No nível biológico, segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, da OMS (2015), o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas e perdas biológicas. Essas mudanças incluem alterações nos papéis e posições sociais, que em resposta, tendem a selecionar metas e atividades em menor número e otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tarefas, o que pode ser associado ao desenvolvimento de novos papéis e pontos de vista.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2015), o envelhecimento saudável se relaciona com uma terceira idade ativa e aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Desta forma, ocorre o auxílio para que as pessoas idosas percebam o seu potencial, promovendo o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para os indivíduos. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo (OPAS, 2015).

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem exploratória qualitativa, para a identificação de produções sobre saúde do idoso e atividades integrativas. Adotou-se a revisão da literatura para elaboração de uma revisão integrativa, considerando que tal método contribui para o

processo de sistematização e análise dos resultados de outras publicações, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes.

A estratégia para identificação e seleção dos artigos científicos foi a busca de publicações indexadas nas bases de dados de acesso livre, disponíveis na internet, como Scielo, EBSCO host, Google Acadêmico, portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde, bem como em sites da Organização Mundial de Saúde (OMS), que contribuirão para o embasamento científico do estudo. O levantamento dessas publicações ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2020.

Após seleção dos artigos que se adequavam ao problema de pesquisa deste estudo, 10 publicações foram analisadas mediante leitura minuciosa, destacando 08 que atenderam plenamente ao objetivo proposto. Em seguida, para organizar e tabular os dados da revisão integrativa, foi elaborado um quadro, destacando os autores, o título, os resultados e as conclusões dos artigos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Foram utilizados 10 artigos para elaboração do referencial teórico do trabalho. Dentre esses, 08 foram selecionados e apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Resultados e conclusões dos artigos selecionados

Autores	Título do Artigo	Resultados	Conclusões
FIGUEIREDO, Thomaz da Cunha; Frigo, Letícia Fernantes.	Práticas integrativas e complementares em evento para a terceira idade: Relato de experiência.	Realização de atividades que contemplam a esfera psicológica, social e física, através da ginástica funcional, cuidados com a alimentação, avaliação biomecânica, direitos do idoso, cuidado com a memória, além de atividades integrativas e complementares, como loga, Qi-gong.	Grande parte dos idosos desconhece os benefícios e precauções das práticas integrativas, por isso é importante sua divulgação para que se unam aos demais tratamentos convencionais. Foi relatada a satisfação com o bem-estar adquirido na realização dos exercícios, e os participantes que desconheciam as práticas buscaram saber mais a respeito das atividades que contribuiriam para sua saúde.
GARCIA, Maria Alice Amorim, <i>et al</i>	Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos	A depressão mostra-se como um dos transtornos mais incapacitantes nos idosos, não há o necessário respeito ao processo de aceitação do envelhecimento por parte dos profissionais, da população em geral e dos próprios idosos. As limitações são decorrentes das condições socioeconômicas adversas.	Os grupos representam um espaço de educação em saúde, agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam convívio trocando experiências, visando também uma estratégia de vínculo entre profissionais da saúde e usuários, interferindo na adesão ao tratamento e medidas de prevenção.

CRUVINEL, Tomaz Alberto Costa	Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família.	Devido à saúde fragilizada e maior necessidade de atendimento médico, os idosos utilizam mais os serviços de saúde. Estudo populacional demonstrou que as internações de idosos representaram aproximadamente um terço do total de internações nos hospitais. No ambiente hospitalar, os idosos são expostos a vários riscos, como por exemplo, as infecções; dessa forma a proposta da Política Pública da Saúde do Idoso é focar no atendimento domiciliar.	A população idosa enfrenta os mais diversificados problemas, que vão desde o preconceito até problemas fisiológicos. Esse grupo etário, geralmente apresenta alterações específicas e é vulnerável a múltiplas perdas, principalmente das funções do organismo, predispondo-se a doenças e a hospitalização. Os dados encontrados remetem a refletir sobre a necessidade de profissionais mais qualificados no cuidado com os idosos e a desmistificação do envelhecimento.
ANDRADE, Luana Machado et al.	Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa	O processo de envelhecimento é determinado como um conjunto de fatores biológicos, físicos, psicológicos e sociais. Visando amenizar esses fatores, torna-se crucial um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento contínuo de ações de promoção à mesma, culminando na prevenção de doenças.	Além das práticas que promovam a saúde, se faz importante a inserção dos idosos na sociedade, objetivando minimizar os impactos causados pela terceira idade e promovendo seu bem-estar físico e mental, além do sentimento de inclusão social. Desse modo, os estudos selecionados nesta pesquisa apontam para a necessidade da educação gerontologia desde a infância, até com os próprios idosos.
TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de.	Obesidade durante a gravidez: Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida.	A autonomia e a independência na realização das atividades aparecem como fatores positivos de saúde. Além disso, as atividades de lazer são destacadas como potencializadoras da saúde.	A ideia atual de saúde está associada a sentir-se bem e feliz, trocar experiências e vivências com o outro. Através do presente artigo conclui-se que a equipe de saúde em conjunto com os idosos apresenta uma visão ampliada da saúde, na medida em que organizam e realizam atividades de acordo com as necessidades apresentadas por este grupo.
CAMARGO, Tereza Claudia de Andrade; TELLES, Silvio de Cassio Costa; SOUZA, Claudia Teresa Vieira de.	A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado.	As práticas corporais e integrativas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde, ampliando o campo da atividade física e da saúde. Essas práticas têm como proposta a recuperação e a promoção da saúde, substituindo ou agindo como coadjuvante nos tratamentos crônicos com insucesso terapêutico.	A percepção de que o envelhecimento está caracterizado como a finitude da vida é algo que depende exclusivamente de cada um, assim como dar a dimensão exata do que se quer com a própria existência. A proposta de (re) invenção está em descobrir como ressignificar a própria vida como forma de extrair gratificação, prazer e qualidade, mesmo que o cotidiano por vezes imponha suas limitações.
BERNARDO, Lillian Dias; CARVALHO, Claudia Reinoso Araújo de.	O papel do engajamento cultural para idosos: uma revisão integrativa da literatura	O estudo reforça que o engajamento cultural foi associado ao menor isolamento social. Dessa forma, as interações sociais proporcionadas pelo engajamento em ir ao cinema, museus, galerias ou ao teatro também se configuraram como uma variável que reduziu a taxa de incidência de depressão	Engajar-se em atividades culturais é uma forma de usufruir e proporcionar experiências de alto valor social, com impactos benéficos na vida das pessoas idosas. Desta forma, o presente estudo – em consonância com as conferências mundiais, vêm reforçando a necessidade de ampliação das pesquisas nessa área. Ressalta-se que os estudos de revisão, tais como este, constituem um momento inicial para identificar demandas e lacunas em um determinado tema e deles emergem novas possibilidades de investigação.

Após a análise dos artigos selecionados, foram detectados diversos benefícios que as atividades integrativas proporcionam para os idosos, desde a experiência de novas convivências até a melhora da autoestima, condicionamento físico e mental, além de ser uma atividade que contribui para a atenção primária. Revelaram, também, as dificuldades encontradas na inserção social e os insuficientes espaços disponíveis para a prática de atividades físicas e de integração comunitária.

Os estudos demonstraram que grande parte dos idosos, bem como a população de um modo geral, ainda desconhecem os objetivos, benefícios e as precauções das práticas integrativas e complementares. Apesar disso, nota-se que a atividade desenvolvida, quando bem empregada, traz benefícios para os idosos, como também para quem as desenvolve, e com isso contribui em conjunto com outras formas de tratamento para a efetiva promoção à saúde da terceira idade.

Para Andrade (2013), com o crescimento progressivo do número de idosos, o Brasil deve passar, no período de 1960 a 2025, da décima sexta para a sexta posição mundial em relação ao contingente populacional. Segundo Bernardo e Carvalho (2019), ao considerar as questões do envelhecimento na agenda das políticas públicas, verifica-se que, esse tema ainda está relacionado à dependência, inatividade, fragilidade e doenças, aspectos esses que são também os mais recorrentes nos estudos e pesquisas.

Nesse Sentido, torna-se imperativo exigir que governantes e sociedade encontrem formas de colocar em prática as políticas públicas direcionadas à promoção do bem-estar, garantia de respeito e dignidade aos idosos brasileiros (TAHAN, 2010).

4. CONCLUSÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno social, sendo importante ressaltar e valorizar esse processo do desenvolvimento humano, como qualquer outra fase da vida.

Com análise do acervo bibliográfico utilizado, pode-se concluir que no âmbito social contemporâneo um espaço reservado à valorização dos idosos ainda é falho. Diante dessa afirmativa, pode-se inferir que há a necessidade imediata de atenções mais eficientes direcionadas ao bem-estar dos idosos, assim como na integração de atividades que os beneficiem no quesito psico-físico-social.

Desta forma, o presente estudo reforça a necessidade de ampliação das pesquisas em geriatria e gerontologia. Ressalta-se que os estudos de revisão, constituem o passo inicial para identificar as necessidades relacionadas a esse tema, possibilitando novas investigações.

5. REFERÊNCIAS

- BERNARDO, L. D.; CARVALHO, C. R. A. O papel do engajamento cultural para idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, n. 3, p. 1-13, 2019.
- CAMARGO, T. C. A.; TELLES, S. C. C.; SOUZA, C. T. V. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 2, p. 367-380, 2018.
- CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família**. (Monografia) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2009.
- FENALTI, R. C. S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 17, n. 2, p. 131-141, 2003.
- FIGUEIREDO, T. C.; FRIGO, L. F. Práticas integrativas e complementares em evento para terceira idade: Relato de Experiência. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**, v. 3, n. 2, p. 72-73, 2013.
- GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.
- MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2015.
- OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- , A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

BENEFÍCIOS DA AURICULOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM UM AMBULATÓRIO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS

Daiane Luzia Pacheco dos Santos¹, Sandra Lúcia Alves Martins da Silva¹ e Margarete Bernardo Tavares da Silva^{1,2}

1. Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Escola de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil.

2. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ), Serviço de Vigilância em Saúde, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

A população idosa vem crescendo no Brasil devido ao aumento da expectativa de vida e junto com esse crescimento, há também o surgimento das doenças naturais no processo de envelhecimento como as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Com a intenção de prevenir os agravos, promover e recuperar a saúde, voltado para o cuidado integral e humanizado, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. A auriculoterapia é uma reflexologia que trata o pavilhão auricular como um microssistema no qual está projetado o corpo humano, possuindo definições na superfície externa da orelha, onde um estímulo é aplicado em pontos que se relacionam diretamente com o cérebro, e este, por sua vez, atua de forma reflexa sobre os órgãos. Objetivamos analisar a percepção dos idosos acompanhados em uma Policlínica sobre a auriculoterapia. Metodologia: pesquisa qualitativa com foco na pesquisa social, realizada através da entrevista semiestruturada. A análise do conteúdo das entrevistas realizadas, seguiu a proposta a técnica de tematização e elencou como categorias de análise: 1- Influência da auriculoterapia no cuidado da saúde; 2- Compreensão do significado de Qualidade de vida. Concluímos que a prática da auriculoterapia foi satisfatória para todos os entrevistados e que contribuiu para uma melhor qualidade de vida. É importante uma maior divulgação sobre as PICS para que a população e os estudantes da área de saúde tenham mais conhecimento. São necessários mais estudos sobre as PICS, embasando cientificamente e respaldando a manutenção destas práticas dentro do rol de procedimentos oferecidos pelo SUS.

Palavras-chave: Auriculoterapia, Consulta de enfermagem e Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The elderly population have been increasing in Brazil due to the rise in life expectancy. Alongside its rising there is also the appearance of natural diseases in the aging process, such as Noncommunicable diseases (NCDs). Intending to prevent illnesses, promote and bring about healing, with comprehensive and human-oriented care, the Ministry of Health approved the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPICS).

Auriculotherapy is a reflexology that approaches the auricula as a micro system in which the human body is projected, in the outer portion of the ear, where a stimulus is applied in points that directly connects to the brain. On the other hand, it reflects on organs. Hereby, we aim to analyse the perception of the elderly people being cared in an auriculotherapy polyclinic. Methodology: qualitative research focusing on social surveys being held through a semi-structured interview. The analysis of the interview content followed the thematization technique and listed the following: 1 – the influence of auriculotherapy in health care; 2 – the understanding of life quality meaning. Taking the auriculotherapy practices into account, we have reached the conclusion that it has been satisfactory for all the interviewees and it has made a major contribution to their quality of life. It is of utmost importance a bigger disclosure about the PNPICS in order for the population and students be aware of them. Further studies about the PNPICS are necessary to support scientifically and maintain these practices in the list of treatments offered by SUS.

Keywords: Auriculotherapy, nursing consultation and elderly health care.

1. INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo no Brasil devido ao aumento da expectativa de vida, isto se deu ao fato de termos vivenciado transformações epidemiológicas e demográficas. A fragilidade desta população e suas constantes necessidades motivam estudos e ações que promovam e protejam sua saúde em amplos aspectos, que possam estar relacionados ao seu bem-estar físico, mental e social (MOURÃO et al., 2016).

O crescente número de idosos no Brasil e no mundo vem acompanhado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), naturais do processo de envelhecimento, que são consideradas um sério problema de saúde coletiva, pois podem agravar e/ou propiciar a ocorrência de outras doenças. As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, porém, as doenças renais, musculoesqueléticas, como reumatismo e artrite, e doenças de saúde mental também são classificadas como DCNT (MOURÃO et al., 2016).

Na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde o Ministério da saúde aprovou através da Portaria GM/MS Nº971 em 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), reconhecendo um total de 29 práticas

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são a denominação que o Ministério da Saúde (MS) deu ao que se tem chamado na literatura científica internacional de Medicinas Alternativas e Complementares. Refere-se a um conjunto heterogêneo de práticas, produtos

e saberes, agrupados pela característica comum de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional (BRASIL,2006).

Uma das práticas integradas nas PICS é a auriculoterapia. Ela é uma reflexologia que trata o pavilhão auricular como um microsistema onde está projetado todo o corpo humano, possuindo definições na superfície externa da orelha, cujo mecanismo de ação se assemelha ao sistema somatotrópico do córtex cerebral. Nesta prática, o estímulo é aplicado em pontos que se relacionam diretamente com o cérebro, e este, por sua vez, atua de forma reflexa sobre os órgãos (NOGUEIRA et al., 2017).

A auriculoterapia foi inserida na graduação em enfermagem da Unigranrio através do curso de extensão, com público alvo mulheres de várias faixas etárias, colhendo anamnese, fazendo uma escuta diferenciada relacionada a saúde mental e finalizado com a prática de auriculoterapia. Logo em seguida fomos para o campo de estágio, um ambulatório de idosos também da universidade, onde praticamos a consulta de enfermagem e a auriculoterapia como conduta. A partir desse momento, foi que surgiu em nós o interesse de descobrir a visão do idoso sobre o tratamento da auriculoterapia nas doenças agudas e crônicas, e sua percepção sobre a possibilidade de minimizar os danos causados por medicamentos que controlam essas doenças.

Com este estudo queremos entender qual a percepção dos idosos sobre a auriculoterapia no tratamento da sua saúde, partindo do pressuposto de que a auriculoterapia quando desenvolvida traz melhoria do estado mental, psíquico e físico e promove o equilíbrio do paciente e o seu bem-estar, evitando ou reduzindo assim a medicalização.

Diante da realidade do aumento da população idosa e conseqüentemente com o surgimento de doenças relacionadas ao desgaste natural da idade, ocorre o aumento de prescrições médicas na tentativa de aliviar o desconforto desses indivíduos e que acabam ocasionando outras complicações.

Conhecendo a existência da auriculoterapia como recurso terapêutico de baixo custo e sem contraindicações, que indica resultados eficazes em inúmeras enfermidades e diante do pouco entendimento e compreensão da população à respeito dessa técnica, resolvemos trazer esta pesquisa porque acreditamos na beneficência que este tipo de tratamento oferece aos idosos, e que o mesmo possa vir a ser utilizada juntamente com a terapia medicamentosa ou até mesmo substituindo-a, conforme os resultados apresentados.

Apresentamos como objetivo neste estudo analisar a percepção dos idosos sobre a auriculoterapia, acompanhados na Policlínica no município de Duque de Caxias – PDC.

Descrever a utilização da auriculoterapia pela Enfermagem. Identificar a percepção do idoso em relação ao desfecho da prática integrativa da auriculoterapia.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Para o alcance dos objetivos traçados para esta pesquisa, foi utilizada a pesquisa qualitativa com foco na pesquisa social (MINAYO,2009). Tendo em vista que o objeto de estudo estava diretamente ligado aos idosos em tratamento contínuo e regular com práticas integrativas..

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009)

O desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu na PDC – policlínica de Duque de Caxias, atualmente sob administração da UNIGRANRIO e campo de estágio de diversos cursos oferecidos pelo corpo docente aos acadêmicos. A escolha deste campo foi pela conveniência de ser uma unidade da universidade e onde foi campo de estágio das autoras desse trabalho.

Segundo “informações verbais” levantadas com os coordenadores da PDC, durante o período do estágio, a Policlínica Duque de Caxias (PDC) foi fundada em 2013 com o intuito de apoiar e fornecer cenário para as práticas da Escola de Ciências da Saúde da UNIGRANRIO. Ela organiza e distribui os professores e alunos de todas as escolas da área de saúde, tais como enfermagem, fisioterapia, psicologia, educação física, farmácia e nutrição. No início funcionava em convênio com o SUS e posteriormente, devido à grande demanda, implementou-se então o atendimento privado onde o cliente contribuía com um valor simbólico pelo atendimento. Dessa forma, passou a produzir recursos financeiros, permitindo gerar novos empregos, custear materiais de limpeza, segurança e manutenção da policlínica.

A policlínica Duque de Caxias tem grande importância para os seus alunos, pois os permitem colocar em prática todo o aprendizado da sala de aula e aplicar seus conhecimentos de técnicas variadas, onde todos se beneficiam com a qualidade do ensino e aprendizagem.

Os sujeitos da pesquisa foram idosos em tratamento regular na PDC com auriculoterapia há no mínimo seis meses. Consideramos neste estudo que idoso é pessoa com 60 anos ou mais, seguindo o definido pela Política Nacional do idoso (BRASIL, 1994).

Os critérios de inclusão foram indivíduos portadores de doenças crônicas em tratamento no ambulatório de práticas integrativas da PDC, que estavam gozando plenamente de suas habilidades cognitivas e aceitaram participar da pesquisa.

A consulta de Enfermagem com tratamento de auriculoterapia é realizada na PDC duas vezes na semana nos turnos da manhã e da tarde. Atende em média 8 pessoas por dia, sendo sua maioria idosos, que varia de 4 a 6 atendimentos, embora atenda pessoas de outras faixas etárias.

Esta pesquisa é uma vertente do projeto guarda-chuva do Estágio Integralizador que tem como Tema central: “ENSINAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE”. Estando registrado no CAAE: 47890915.5.0000.5283. Com parecer consubstanciado número 1.245.160.

Elegemos a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de dados. Esta técnica (GERHARDT, SILVEIRA, 2009) permite que através dos depoimentos e com o auxílio de um roteiro, possam ser identificadas as categorias de análise sobre a percepção dos idosos em relação ao desfecho do tratamento com auriculoterapia. Para análise das entrevistas foi utilizada o método de Análise de Conteúdo por Tematização, segundo Fontoura (2011) esta técnica segue sete passos:

- 1- Transcrição na íntegra e literal de toda a entrevista; As entrevistas foram registradas em gravador digital. A transcrição foi realizada em um editor de texto, onde foram registradas todas as falas literais dos entrevistados. Ao final tínhamos seis folhas de entrevistas transcritas, pois os participantes foram bem sucintos em suas colocações.
- 2- Leitura e releitura das falas para identificação dos conteúdos; Após a leitura das falas foi possível identificar a percepção positiva sobre a influência da auriculoterapia sobre a sua saúde e a classificação sobre o que é qualidade de vida para os idosos relacionadas a nítida diminuição dos processos algícos durante o tratamento.
- 3- Identificação das falas de acordo com o foco do trabalho;
- 4- Agrupamento dos pontos encontrado nas falas considerados relevantes conforme a coerência, semelhança e pertinência;
- 5- Definição dos conteúdos que são os contextos dos pontos relevantes; Nestas três etapas elaboramos quadros comparativos para estruturar e facilitar a identificação dos pontos relevantes, conforme apresentado no quadro 1, como exemplo:

Quadro 1. Apresentação da esquematização das fases 3 a 5 do processo de tematização, (FONTOURA, 2011)

Tema: Benefícios da Auriculoterapia no processo saúde-doença		
Trecho Selecionado para Evidenciar o Tema	Essência do Trecho	Comentário
Idoso 2 "Sim". "Ah influenciou sim que quando eu coloco eu me sinto muito bem eu não fico com muitas dores né eu sinto assim bem melhor...durmo bem entendeu? Assim, eu achei... vale à pena continuar, é aí quando eu não faço né, exemplo, já tem três semanas né eu já sinto diferença"	Ah influenciou sim que quando eu coloco eu me sinto muito bem eu não fico com muitas dores Vale à pena continuar Já tem três semanas né eu já sinto diferença"	A auriculoterapia teve influência positiva na vida desses idosos. Todos reconheceram que houve melhoras durante o tratamento.
Idoso 6 "Tá sendo ótimo, muito bom, tô adorando, adorando, tô... tô adorando, vou sentir muita falta dela porque ela vai se afastar agora e só volta em fevereiro"	Tá sendo ótimo, muito bom, tô adorando	

6- Separação das unidades de contexto do restante das falas, identificando assim as categorias para análise: Após a análise dos quadros comparativos e a separação das unidades de contextos das falas foi possível identificar duas categorias para análise neste estudo, quais são: 1- Influência positiva da auriculoterapia no cuidado da saúde; 2- Compreensão do significado de Qualidade de vida melhorada.

7- Interpretação à luz dos referenciais para desenvolvimento do texto final. Nesta fase discutimos os achados das entrevistas, aproximando com os autores que buscamos no nosso referencial teórico.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O número de pessoas idosas no Brasil vem aumentando consideravelmente. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima-se que em 2020 os idosos irão compor 15% da população. O envelhecimento é um processo natural, que acontece de forma individual e gradativa. Com o avanço da idade, ocorrem modificações no organismo do indivíduo, diante disso, é natural surgirem afecções que acometem esses indivíduos. O Ministério da Saúde, na Portaria nº. 2.528/2006 aponta que a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a

autonomia e a independência dos indivíduos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aos atendimentos à idosos realizados na atenção básica destaca-se a consulta que é imprescindível para um acompanhamento sistematizado e contínuo favorecendo o vínculo com o usuário. De acordo com Silva (1996), “Na consulta de enfermagem é fundamental que a (o) enfermeira (o) tenha habilidade para comunicar-se tanto de forma verbal como não-verbal, pois conforme o processo comunicativo está inserido nas relações sociais do ser humano e a fala, a escrita, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas. Portanto é essencial que o enfermeiro em sua consulta, conheça o idoso como indivíduo e por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem planeje e desenvolva ações para promoção, recuperação e manutenção da saúde proporcionando maior independência e autonomia e uma melhor qualidade de vida, considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem (COFEN, Resolução 358/2009).

Na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde o Ministério da Saúde aprova através da Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) que reconhece 29 práticas que segundo o Departamento da Atenção Básica do MS (BRASIL, 2018) tem suas definições estabelecidas.

Aguiar, Kanan e Masiero (2020) apresentam como resultado do estudo bibliométrico de práticas integrativas complementares em saúde, as PICS mais citadas e estudadas. Abaixo a definição do Ministério da Saúde para estas PICS:

Homeopatia - Homeopatia é uma abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes, e cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultra diluição de medicamentos. Envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo. Os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura -A medicina tradicional chinesa (MTC) é uma abordagem terapêutica milenar, que tem a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos como bases fundamentais para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes,

visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos, na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e, como procedimentos terapêuticos, acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa. Para a MTC, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece, aos estados-membros, orientações para formação por meio do Benchmarks for Training in Traditional Chinese Medicine. A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças. Criada há mais de dois milênios, é um dos tratamentos mais antigos do mundo e pode ser de uso isolado ou integrado com outros recursos terapêuticos da MTC ou com outras formas de cuidado. A auriculoterapia é uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo encontra-se representado como um microsistema – por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. A auriculoterapia chinesa faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas que tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas. Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo) que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde.

Plantas medicinais – fitoterapia - As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, cultivadas ou não, administradas por qualquer via ou forma, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A fitoterapia é uma terapia integrativa que vem crescendo notadamente neste começo do século XXI, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo sido institucionalizada no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

Biodança - Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Utiliza exercícios e músicas organizados que trabalha a coordenação e o equilíbrio físico e emocional por meio dos movimentos da dança, a fim de induzir experiências de integração, aumentar a resistência ao estresse, promover a renovação orgânica e melhorar a comunicação e o relacionamento interpessoal.

Meditação - Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as inter-relações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.

Terapia Comunitária Integrativa - Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Nela, o saber produzido pela experiência de vida de cada um e o conhecimento tradicional são elementos fundamentais na construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e diminuição do isolamento social. Atua como instrumento de promoção da saúde e autonomia do cidadão.

Terapia de florais - Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. A terapia de florais de Bach, criada pelo inglês Dr. Edward Bach (1886-1936), é o sistema precursor desta prática. Exemplos de outros sistemas de florais: australianos, californianos, de Minas, de Saint Germain, do cerrado, Joel Aleixo, Mystica, do Alaska, do Hawai.

Yoga - Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga, que se referem a tradições especializadas, e trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante com vistas à unificação do ser humano em si e por si mesmo. Entre os principais benefícios obtidos por meio da prática do yoga estão a redução do estresse, a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração e de criatividade e a promoção da reeducação mental com conseqüente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes.

Neves (2014) diz que a auriculoterapia é uma especialidade no âmbito da medicina tradicional chinesa onde se utiliza a técnica de estimulação de pontos no pavilhão auricular que tem relação com os demais órgãos e regiões da estrutura física. Os bons resultados terapêuticos demonstrados, permitiu que esta técnica se desenvolvesse rapidamente, utilizando exclusivamente o pavilhão auricular.

No pavilhão auricular existem mais de 200 pontos cada qual tendo uma relação específica com um órgão ou área do corpo. As pesquisas recentes indicam que esses pontos podem ser usados eficazmente no tratamento de distúrbios como a obesidade, as toxicomanias, alcoolismo, tabagismo, dores e outros problemas.

Atualmente a auriculoterapia é uma prática terapêutica bem estruturada, de fácil aplicação com muito bons resultados, podendo complementar outras terapias e ajudar os pacientes sem que haja perigo de efeitos colaterais. Para que se obtenha êxito no resultado da aplicação dessa técnica é preciso que seja bem estruturada no conhecimento da anatomia auricular; identificar os pontos de punctura auricular; utilizar pontos auriculares no diagnóstico de enfermidades; aplicar o protocolo terapêutico adequado a cada caso;

executar as técnicas de punctura auriculoterapia com segurança e com atenção às possíveis limitações de cada paciente. (ESMOT, Escola de Medicina Oriental e Terapêuticas).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Esta pesquisa foi realizada no período de outubro à dezembro de 2018, na ocasião foram entrevistados seis idosos na consulta de enfermagem em tratamento de auriculoterapia na policlínica Duque de Caxias (PDC) da Unigranrio, durante o estágio integralizador. Todos os idosos que foram abordados aceitaram participar da entrevista de imediato e assinaram o TCLE, não havendo algum tipo de resistência.

Por conta da dinâmica do tratamento tivemos uma limitação no quantitativo de idosos, pois o tratamento com auriculoterapia é realizado e avaliado uma vez na semana, fazendo com que os mesmos idosos retornassem na semana seguinte e também por estarmos em campo de estágio somente um dia específico na semana, desse modo atendíamos os mesmos pacientes. Esses idosos eram predominantemente do sexo feminino, com idade 60 e 76 anos, tendo em comum a baixa escolaridade, o que refletiu no desenvolvimento das respostas. As enfermidades que mais motivaram a procura pelo tratamento com as práticas integrativas em saúde foram: dores articulares principalmente em joelhos, cefaléia, estresse, ansiedade, depressão, hipertensão e diabetes. Para garantir o anonimato dos entrevistados, foi atribuída a letra I seguido de um número cardinal, conforme a sequência das entrevistas.

Quadro 2. Caracterização dos entrevistados dos estudos-Caxias/2018.

Idosos	Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo de tratamento
I 1	70 anos	Feminino	2º ano do Ensino Fundamental	5 meses
I 2	60 anos	Feminino	Ensino Médio Completo	7 meses
I 3	76 anos	Feminino	4º ano do Ensino Fundamental	8 meses
I 4	67 anos	Masculino	Ensino Médio Completo	6 meses
I 5	64 anos	Feminino	Ensino Fundamental Completo	2 meses
I 6	65 anos	Feminino	5º ano do Ensino Fundamental	2 meses

As entrevistas foram registradas em gravador digital, em seguida transcritas na íntegra e utilizada a análise de discussão por tematização de Fontoura (2011) e foram identificadas as seguintes categorias:

4.2 INFLUÊNCIA DA AURICULOTERAPIA NO CUIDADO DA SAÚDE

A influência da auriculoterapia na saúde dos idosos, revela-se positiva através da melhoria das condições de saúde relatada pelos próprios pacientes, no alívio das suas patologias, proporcionando a eles o domínio físico e psicológico.

Os idosos que estavam fazendo tratamento na PDC, apontaram que a auriculoterapia tem por finalidade contribuir para o seu bem-estar. Todos eles concordaram que a auriculoterapia, como visto anteriormente, proporciona inúmeros benefícios a sua saúde e que estimulando os pontos auriculares que fazem direta correspondência ao órgão ou região do corpo que esteja em desequilíbrio energético só traz resultados positivos. Segundo Souza (2001) na visão oriental, o pavilhão auricular é considerado um centro de agrupamento de meridianos, e por isso, possui influência sobre todo o organismo, considerando-se que as doenças têm origem por um desequilíbrio energético.

Maciocia (2007) diz que para compreendermos os fatores causadores das doenças na MTC, é importante salientar novamente que corpo, mente e emoções são tidos como totalmente integrados no ser humano. Essa esfera físico-mental-emocional é um círculo de interação onde nenhum desses níveis tem um papel secundário, mas todos têm a mesma importância.

Os idosos de uma forma geral fazem uso de muitos medicamentos por conta de algumas doenças crônicas, o que muita das vezes resulta em outros distúrbios causando-lhes muito desconforto. A saúde e a qualidade de vida sofrem influência mais que em outros grupos etários, ela atribui múltiplas proporções do real e dizem respeito a peculiaridade dos fenômenos de saúde ou doenças que figuram os indivíduos e suas famílias. Essa fase da vida do ser humano é vista de acordo com diferentes aspectos. Ela pode ser constituída por alterações biológicas, orgânicas, as quais interferem no bom funcionamento do organismo, o que a torna sinônimo de doença, podendo ser vista como uma questão patológica que caracteriza a senescência própria dos saberes médicos. (HAYFLICK, 1996; CIOSEK, 2011).

Um dos pontos importantes colocado pelos idosos é o auxílio da auriculoterapia nos sintomas clínicos, contribuindo para a diminuição de ingestão de medicamentos, como por exemplo, para dores nas costas. Entretanto todos entendem que a auriculoterapia é um tratamento complementar, não podendo substituir o acompanhamento regular de sua doença base. Desta forma é possível indicar que a diminuição no uso de drogas analgésicas seja um dos benefícios indiretos da aplicação desta prática integrativa. De acordo com o Garcia (2015), foi constatado que a desmedicalização entre os usuários de práticas integrativas em

saúde, dá-se não apenas ao idoso, mas em toda a família, podendo colaborar na desconstrução da automedicação.

Segundo Jung apud Fernandes (2015), é preciso desmedicalizar e para que isso ocorra se faz necessário o aprimoramento das técnicas, priorizando a individualidade da promoção da saúde na assistência, buscando diminuir o tempo do tratamento medicamentoso. Diante dessa afirmativa e tendo em vista os relatos dos entrevistados, indica-se que a auriculoterapia por se tratar de uma técnica de baixo custo, com resultados imediatos e sem contraindicações, pode proporcionar uma identificação quase que imediata com os idosos em tratamento. A continuidade do tratamento da auriculoterapia favorece o tratamento regular das doenças crônicas nos idosos.

Percebeu-se claramente pelos relatos, que todos os idosos pesquisados estavam muito satisfeitos com os resultados do seu estado de saúde, conforme relato abaixo:

“É um meio de você vê que está fazendo efeito né...quando a coisa não tá fazendo efeito a gente não volta né, a gente só volta quando vê, a gente vê as coisas agindo” (Idosa 2)

Pereira (2006) fala que quanto ao domínio físico e psicológico, com destaque a melhora da autoestima. É uma das questões que propicia ânimo para o autocuidado desses idosos, que se encontravam prejudicados nas atividades de vida diária. O autocuidado é uma das ações básicas e utilizadas na avaliação da vulnerabilidade do idoso. Segundo a teoria de Dorothea E. Orem, o autocuidado é “... a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar”. Os requisitos universais do autocuidado, preconizados por Orem, estão relacionados, de uma maneira geral, com as atividades de vida diária do indivíduo a ser assistido (PIRES,2015).

Entre os benefícios citados pelos idosos, o que eles mais priorizam é o de ter autonomia, pois, ter que “depende” de outras pessoas é muito ruim, segundo seus relatos. Quando fazem a aplicação da auriculoterapia, as dores diminuem, lhes dando condições de sair de casa para ir numa padaria, mercado ou o que seja nas suas atividades instrumentais da vida diária. O que parece uma atividade simples, para quem está se libertando de dores, é uma grande vitória. Traz como retorno a sensação de bem estar, de serem participantes da vida como um todo.

4.3 COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA MELHORADA

A qualidade de vida é uma concepção multidimensional sugerida como indicador de saúde da população e sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção à saúde (BRASIL, 2017). Nos dias de hoje cada vez mais se fala sobre qualidade de vida. É uma concepção que envolve parâmetros das áreas de saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, novas tecnologias e tudo o que se relacione com o ser humano, sua cultura e seu meio (ALMEIDA et al., 2012). Porém os conceitos e concepções que se referem à qualidade de vida são bastantes diversos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) diz que a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A partir desta definição dada nos anos 1990, estudos foram sendo desenvolvidos na perspectiva de caracterizar essa percepção do indivíduo de sua inserção na vida, Almeida e colaboradores (2012) colocam algumas dimensões na categorização da como: percepções objetivas e subjetivas sobre qualidade de vida, estilo e condições de vida e saúde com exercício físico.

Foi possível no desenvolver desta pesquisa identificar a existência de uma restrição à definição de qualidade de vida para os idosos entrevistados, pois para os mesmos se refere a ausência de dor, conforme exemplificado abaixo ao exporem o que é qualidade de vida na sua percepção:

“Eu acho que é viver sem sentir dor” (Idoso 1)

“Qualidade de vida é você não sentir dor” (Idoso 2)

Os estudos mostram diferentes pontos de vista de diversos autores sobre qualidade de vida, no entanto não foi possível encontrar um conceito único ou talvez definitivo sobre o assunto, entretanto, com pensamento em comum quando dizem haver duas esferas que caracterizam a qualidade de vida de acordo com a percepção do indivíduo. Essas esferas seriam denominadas: esfera objetiva e esfera subjetiva. A esfera objetiva refere-se a elementos quantificáveis e concretos. Segundo Minayo *et al.* (2000) a percepção objetiva de qualidade de vida corresponde às necessidades mais elementares da vida humana como: alimentação, habitação, trabalho, acesso à saúde, saneamento básico, educação e lazer. Sendo então necessidades de sobrevivência, pelo menos a garantia delas.

“Qualidade de vida eu acho que você se alimentar direito né, se alimentar ter possibilidade de ter suas coisas”(Idoso 5)

Já a esfera subjetiva está relacionada a sentimentos e valores, e isto está ligado a questões socioculturais. Minayo et al. (2000) tratam a esfera subjetiva de percepção com valores não materiais como amor, felicidade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. Complementando com sentimentos de prazer, felicidade, angústia e tristeza este tipo de percepção varia de acordo com as necessidades, expectativas e percepções individuais.

“...tranquilidade, paz de espírito” (Idoso 5)

Podemos perceber então que a percepção na maioria dos entrevistados em relação a qualidade de vida se apresenta de forma objetiva, lembrando que o aspecto objetivo e o subjetivo estão relacionados entre si pois, segundo Tubino *“nenhuma análise sobre qualidade de vida individual poderá ser desenvolvida sem uma contextualização na qualidade de vida coletiva”* (2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das práticas integrativas foi descrito neste trabalho através de entrevistas, destacando a prática da auriculoterapia, onde os idosos entrevistados puderam externar suas experiências vivenciadas em um consultório de Enfermagem com tal prática.

Foi constatado a satisfação dos entrevistados na utilização desta prática a nível de prevenção, promoção e recuperação da saúde em todos os idosos, o que contribui para uma melhor qualidade de vida, visto que, o idoso que utiliza dessa prática terapêutica poderá utilizar menos recursos medicamentosos, evitando também em alguns casos o uso do serviço de urgência/emergência, o que reduziria o gasto público.

Uma limitação neste estudo foi relacionada ao fato de não podermos identificar a utilização da auriculoterapia como primeira opção de tratamento complementar, pois os idosos entrevistados não tinham a opção de escolha, somente havia a oferta da auriculoterapia dentre todas as possibilidades prevista na legislação.

Muitos ainda não sabem desta prática e de seus benefícios, por isso, é de grande importância que haja uma maior divulgação sobre as práticas integrativas, e que possa ser de conhecimento de toda a população. Sugerimos que tanto na PDC quanto nas unidades básicas de saúde, as PICS sejam apresentadas aos seus usuários e sua possibilidade de acesso a tais intervenções, mesmo que em algumas unidades ainda não ofereça algum tipo de tratamento com as PICS, para que assim o usuário já entendendo a importância e seus benefícios possam optar por receber tal prática, diminuindo assim custos e uma possível desmedicalização.

Os acadêmicos da área de saúde também precisam estar inteirados sobre as PICS, o que aumentaria a divulgação e o interesse por realizar tais práticas, sugerimos então que as universidades incluam uma discussão acerca do assunto com seus alunos para que seja possível ampliar o conhecimento e o interesse por realizar tais práticas.

Para além da implementação das práticas, no atual cenário político brasileiro, coloca-se imperiosa a necessidade do desenvolvimento de pesquisas sobre a temática, principalmente para fundamentar cientificamente e respaldar a sua manutenção no rol de procedimentos do SUS. É necessário que cada uma das práticas integrativas seja testada para ter fundamento científico e respaldo teórico para sua utilização.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas humanas**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica **Práticas integrativas e complementares em Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em 31/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS**, Brasília – DF, 2006

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome **Política Nacional do Idoso** Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1ª ed. Brasília – DF, 1994.

BRASIL, C.C.A. et al. Qualidade de vida e características associadas e aplicação do WHOQOL- BREF no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 5, p. 1705-1716, 2017.

CIOSAK, S. It. et al . Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. spe. 2, p. 1763-1768, 2011.

ESMOT, **Escola de Medicina Oriental e Terapêuticas**. Entidade Formadora Certificada. Disponível em: <<https://www.esmot.com/cursos/auriculoterapia/>>. Acessado em 08/11/2020.

FERNANDES, M. G. **A Medicina centrada na pessoa: o componente espiritual na abordagem pelo médico de família e comunidade**. (Dissertação) Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2015.

FONTOURA H. A. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: **Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa**. Niterói: Intertexto, 2011.

GERHARDT,T.E.; SILVEIRA,D.T. **Métodos de Pesquisa** 1ª ed. Porto Alegre editora da UFRGS, 2009.

HAYFLICK, L. et al. **Como e por que envelhecemos**. Disponível em: <<http://www.ideac.com.br/assets/como-e-por-que-envelhecemos.pdf>>. Acessado em: 20/05/2019.

MACIOCIA, G. **Canais de acupuntura: uso clínico dos canais secundários e dos oito vasos extraordinários**. Editora Roca, 2007

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000,

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria,método e criatividade**. 28ª ed. Petrópolis Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MOURÃO, L. F. et al. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiology-Communication Research**, v. 21, p. e1657, 2016.

NEVES, L. M. **Manual Prático de Auriculoterapia**. 4ª ed. Porto Alegre: Do Autor, 2014.

NOGUEIRA, M.I.S.; MACHADO, A.K.C. O uso da auriculoterapia em idosos por enfermeiras da atenção básica: Uma revisão integrativa. **Congresso Internacional Envelhecimento Humano**. Rio Grande do Norte, 2017.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v. 41, n. 10, p. 403-409, 1995,

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PIRES, A. F. et al. A Importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem no Cuidado de Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9. n. 2. p. 1-4, 2015.

SOUZA, M. P. **Tratado de auriculoterapia**. Brasília: Look, 2001

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Conhecimento de um grupo de pacientes sobre medicamentos digitálicos por eles utilizados. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 531-538, 2013.

TUBINO, M. J. G. **Dimensões sociais do esporte**. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1992.

DESAFIOS NO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM

Thandara Rejane Santos Ferreira Andrade¹, Ianka Heloisa Alencar Santos², Erivelton Cunha Torres³, Sávio Menezes Fárias⁴, Grayce Ellen Souza Rezende⁵ e Yasmim Anayr Costa Ferrari⁶

1. Universidade Tiradentes (UNIT), Departamento de Enfermagem, Aracaju, Sergipe, Brasil.

RESUMO

Analisar os entraves que dificultam o acesso do público masculino aos serviços de saúde. Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através dos descritores combinados pelo operador booleano and. Os critérios de inclusão foram ter publicação entre 2014 e 2019, em português e inglês e disponíveis na íntegra. Ao final das buscas foram selecionados 08 artigos. A natureza patriarcal promove estereótipos de gênero, enraizados há décadas na cultura brasileira, que impulsionam práticas e valores da população masculina, desde a percepção moral até os hábitos de vida. O reconhecimento do homem como invulnerável, acaba contribuindo para esse cuidado menor de si e maior exposição a situações de risco, entraves relevantes que explicam a recusa desse público em procurar acesso as redes de cuidado, especialmente a atenção primária. Ademais, outros obstáculos que dificultam a procura pelos serviços de saúde, como os de ordem institucional, problemas em relação à acessibilidade e despreparo dos profissionais para acolher esses indivíduos. Torna-se necessário uma aproximação calma e efetiva por parte do profissional, de modo a promover melhorias na qualidade da assistência à saúde do homem. A conscientização sobre a prevenção e o processo saúde e doença através da educação em saúde, visando identificar e evitar danos, é essencial para mudar o panorama de saúde do público masculino no país.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Enfermagem e Saúde do Homem.

ABSTRACT

Analyze the barriers that hinder the male public's access to health services. Integrative literature review conducted in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Nursing Database (BDENF) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) databases, using the descriptors agreed by the operator boolean and. The inclusion criteria were to have publication between 2014 and 2019, in Portuguese and English and available in full. At the end of the searches, 08 articles were selected. The

patriarchal nature promotes gender stereotypes, rooted for decades in Brazilian culture, that drive practices and values of the male population, from moral perception to life habits. The recognition of men as invulnerable, ends up contributing to this lesser care of themselves and greater exposure to risk situations, relevant obstacles that explain the refusal of this public to seek access to care networks, especially primary care. In addition, other obstacles that hinder the demand for health services, such as those of an institutional nature, problems in relation to accessibility and unpreparedness of professionals to welcome these individuals. It is necessary to have a calm and effective approach on the part of the professional, in order to promote improvements in the quality of health care for men. Awareness about prevention and the health and disease process through health education, aiming to identify and avoid harm, is essential to change the health scenario of the male public in the country.

Keywords: Health Education, Men's Health and Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de gênero é imprescindível para a compreensão de comportamentos humanos. O gênero aponta características que padronizam o contraste entre feminino e masculino e, as associações que se constroem entre os dois grupos no âmbito social. Em contrapartida, o sexo determina aspectos biológicos, anatômicos e fisiológicos. Entre os indivíduos do gênero masculino, existe um grande entrave em aceitar suas vulnerabilidades, fator relacionado a representação sócio cultural. Estereótipos de gênero enraizados na cultura patriarcal brasileira impulsionam práticas e valores de ser “HOMEM” (MORAES; OLIVEIRA; SILVA, 2017).

A doença é considerada um sinal de fraqueza, que os homens não reconhecem como inerente à sua condição biológica, essa crença ganha repercussão e acaba contribuindo para deficiência do autocuidado deste público, provocando um enorme problema sanitário. Neste contexto, no Brasil, foi instituída a Portaria nº 1.944 que discorre sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), tornando-se um marco histórico para o país (BRASIL, 2009). Sua finalidade concentra-se em homens na faixa etária dos 20 aos 59 anos e nas ações de saúde desenvolvidas pela atenção primária. A PNAISH foi idealizada para direcionar as ações de saúde, bem como sensibilizar os homens ao autocuidado, tendo como principal objetivo reduzir os altos índices de morbimortalidade masculina (TEIXEIRA; CRUZ, 2016).

A PNAISH reconhece obstáculos que dificultam a procura pelos serviços de saúde, como a ordem institucional, problemas em relação à acessibilidade, além do despreparo dos profissionais para acolher esses indivíduos. A assistência prestada ao homem deve ser

conduzida através do respeito as suas particularidades, dando-lhes o protagonismo devido, que contribuirá para ações que possibilitam a formação de vínculos entre o usuário e o profissional (FERREIRA, 2016).

Contudo, apesar dos investimentos de políticas públicas e sanitárias como a PNAISH, observam-se baixos índices de adesão da população masculina na busca da assistência à saúde. Além disso, a presença dos homens nos serviços de saúde do país está bastante associada ao papel de acompanhantes das mulheres ou no transporte dos filhos em busca de agendamento de consultas e exames (MOURÃO, 2019).

Nessa conjuntura, os profissionais da saúde possuem consciência acerca da necessidade do atendimento especializado aos homens. Não obstante, há carência de incentivos, ferramentas e ações que insira tal público nos serviços de saúde. Sendo assim, faz-se necessário estratégias e políticas públicas efetivas que atuem na geração de mudanças das práticas de saúde, que reconheçam tanto os profissionais quanto aos usuários masculinos, para que haja fortalecimento da assistência integral a saúde de tais indivíduos (MOURÃO, 2019).

Desse modo, é de extrema relevância o reconhecimento dos entraves sanitários em relação ao público masculino e a necessidade da busca de meios para alcançar a população masculina, analisar as raízes dos processos saúde e doença nos mesmos, e realizar a elaboração de ações e práticas educativas individuais e coletivas que enfatizem o autocuidado (MORAES; OLIVEIRA; SILVA, 2017). Diante da problemática exposta, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os entraves para a não adesão dos homens aos serviços de assistência à saúde? Nesta perspectiva, o presente estudo objetivou analisar os entraves que dificultam o acesso do público masculino aos serviços de saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura realizada a partir de fontes secundárias. A revisão integrativa da literatura é a mais ampla abordagem metodológica no que se refere as revisões, visto que, permite-se a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para compressão do fenômeno analisado. Identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos sobre o mesmo assunto. Nesse contexto, a

utilização da revisão integrativa permite o desenvolvimento da percepção crítica e científica dos pesquisadores (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para o levantamento dos estudos realizou-se a busca nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Educação em Saúde, Enfermagem e Saúde do Homem combinados com o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos completos publicados em português e inglês, disponíveis na íntegra e publicados entre os anos 2014 a 2019, com metodologia coesa e que retratasse a temática em questão. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não contribuíssem para a resposta do questionamento proposto e textos em formato editoriais, relatos de casos e cartas ao editor.

Por meio das buscas direcionadas através dos descritores foram encontrados 3.028 artigos. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão, resultando em 407 trabalhos. Destes, foram analisados 47 artigos e a amostra final contemplou oito estudos. A tabela 1 descreve as etapas da coleta de dados.

Tabela 1 - Descrição da busca dos artigos científicos através dos descritores nas bases de dados. Aracaju-SE, Brasil, 2020

Etapas	Bases de dados	Descritores	
		Educação em Saúde AND Saúde do Homem	Saúde do Homem AND Enfermagem
Encontrados	LILACS	1284	452
	BDENF	94	321
	MEDLINE	453	424
Critérios de inclusão	LILACS	122	115
	BDENF	38	107
	MEDLINE	14	11
Leitura de títulos e resumos	LILACS	10	15
	BDENF	2	4
	MEDLINE	9	7
Incluídos	LILACS	2	1
	BDENF	1	2
	MEDLINE	1	1

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados oito artigos científicos para elaboração da revisão integrativa. A tabela 2 destaca o ano de publicação, autores, título e objetivo dos estudos selecionados.

Tabela 2. Descrição dos artigos selecionados de acordo com ano de publicação, autores, título e objetivo. Aracaju/SE, Brasil, 2020

Ano	Autores	Título	Objetivo
2019	MOURÃO, S. L. M. et al.	Práticas educativas à saúde do homem: desafios na Estratégia Saúde da Família	Investigar, a partir da visão dos usuários masculinos e profissionais de saúde, quais práticas educativas são realizadas na Estratégia Saúde da Família que contemplam a saúde do homem.
2018	ASSIS, N. O. et al.	Atuação dos enfermeiros frente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: um estudo exploratório	Conhecer como os enfermeiros desenvolvem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na atenção primária.
2017	SOLANO, L. C. et al.	O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária	Investigar os aspectos que influenciam no acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária.
2016	ARRUDA, G. O. et al.	Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos	Identificar a prevalência e os fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos residentes no município de Maringá-Paraná.
2016	FERREIRA, J. I. C. et al.	Políticas públicas de atenção integral à saúde do homem: desafios para a enfermagem	Avaliar o conhecimento, as práticas e crenças dos trabalhadores do sexo masculino acerca de sua saúde.
2016	TEIXEIRA, D. B. S. et al.	Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde	Identificar as causas que levam os homens a desenvolverem resistência no cuidado da sua saúde, e saber se as concepções de gênero trazem obstáculos à procura aos serviços de saúde.
2015	XAVIER, S. Q. et al.	Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde	Identificar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, a participação dos homens nos grupos de educação em saúde na Unidade Básica de Saúde de um município no Sul do Rio Grande do Sul e reconhecer os motivos que os levaram a procurar o grupo de saúde que participam.
2014	CAVALCANTI, J. R. D. et al.	Assistência Integral a Saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento	Conhecer as necessidades de saúde, identificar os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem e apresentar as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana a um grupo de homens.

O sistema de saúde brasileiro segue o modelo biomédico, centrado na doença, o que o torna precário em ações de caráter preventivo e de promoção a saúde. Tal conduta se demonstra no comportamento dos homens, que buscam atendimento quando a enfermidade já está instalada, gerando prognósticos desfavoráveis e elevados custos financeiros. Outrossim, é visível a falta de valorização do público masculino no que se refere às unidades de assistência à saúde, sendo repercutido nas propagandas espalhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país que possuem enfoque no público feminino e em seus aspectos reprodutivos (TEIXEIRA; CRUZ, 2016).

Além disso, outro ponto que favorece a problemática é a questão de gênero. Os homens são criados para demonstrar força e superioridade, em contrapartida isso os torna mais vulneráveis às doenças silenciosas e crônicas, elevando taxas de morbimortalidade entre o público masculino. Deste modo, fatores como vergonha na exposição de determinados exames e constrangimento com profissionais da saúde são considerados determinantes para a precária adesão masculina na assistência em saúde (TEIXEIRA; CRUZ, 2016).

Cavalcanti et al. (2014) realizaram um estudo com 10 homens participantes de um grupo religioso. O perfil sociodemográfico encontrado foi idade entre 42 e 68 anos, estado civil casado em 80%, renda familiar de menos de um e mais de três salários mínimos, ensino fundamental incompleto em 70%, profissão de agricultor em 70% e jornada de trabalho semanal de 20 a 52 horas. Quanto aos obstáculos, relataram a vergonha de buscar um serviço de saúde, a impaciência pela espera do atendimento, falta de tempo devido ao regime de trabalho e falta de resolutividade das necessidades de saúde. No tocante às estratégias, a humanização nos serviços de saúde foi a principal, contemplando a melhoria na acessibilidade com ampliação nos horários de atendimento e resolutividade das necessidades, o acolhimento com um bom atendimento, comunicação e formação de vínculos por meio de estabilidade profissional e visita domiciliar.

Do mesmo modo, Solano et al. (2017) realizaram um estudo com oito homens usuários do serviço de saúde para identificar os motivos da baixa procura do público masculino nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a insatisfação e críticas dos homens aos atendimentos prestados nas UBS. Algumas das problemáticas mais reportadas foram as inúmeras filas e o longo tempo de espera para o atendimento. Além disso, observou-se que as UBS foram criadas para funcionamento em horários quase sempre inconciliáveis para os homens que trabalham. Ademais, a inexistência de programas de saúde voltados ao público masculino e as ausências na APS de profissionais

fundamentais para tais indivíduos, como urologistas, configuram-se em fatores importante, sendo assim, necessário a criação de estratégias e ofertas de ações voltadas a assistência e resolutividade para composição e organização de uma rede eficaz para os homens.

Na mesma perspectiva, o estudo de Ferreira et al. (2016) buscou discutir o conhecimento, as práticas e crenças dos trabalhadores do sexo masculino acerca de sua saúde. A amostra foi composta por trinta homens, onde 66,67% possuíam de 20 a 30 anos e 83,34% não tinham conhecimento sobre o PNAISH. Após isso, os resultados do estudo foram divididos em duas categorias: a política pública de atenção integral à saúde do homem apresentada como ferramenta primordial na promoção da saúde e prevenção de doenças, e a disseminação dessa política, alertando sobre riscos e doenças. Na primeira categoria, o estudo reafirmou barreiras como: autocuidado prejudicado devido ao aspecto sociocultural do machismo, falta de tempo para ir aos serviços de saúde e desconhecimento sobre as políticas públicas de saúde do homem. Na segunda categoria, a falta de tempo, devido ao horário de trabalho, foi o maior entrave relatado no estudo.

Em relação a prevalência e fatores associados ao uso de serviços de saúde pela população masculina, Arruda e Marcon (2016) realizaram um estudo com 421 homens, onde 28% tinham idade entre 40 e 49 anos, 36,8% cursaram até o ensino médio, 34% tinham renda entre 2,1 e 4 salários mínimos, 40% eram empregador autônomo, 58% era da cor branca, 67,9% tinham companheira, 71,3% tinham filhos, 89,8% eram adeptos de alguma religião, 80,3% estavam inserido no mercado de trabalho, 52,7% detinham plano de saúde e 53% pertenciam a classe econômica B. Em relação a utilização do serviços de saúde, 42,8% tinham utilizado serviços de saúde e 57,8% eram serviços públicos, 46,3% correspondiam a unidade básica de saúde como tipo de serviço, 82,7% eram para consultas médicas como tipo de atendimento, 55,3% relataram a doença como motivo de procura, 77% apresentavam auto percepção positiva da saúde, apesar de 42,8% deles relatarem possuir alguma morbidade.

Já o estudo de Xavier et al. (2015) buscou identificar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, a participação dos mesmos nos grupos de educação em saúde e quais os motivos que os incentivaram a busca pelos respectivos grupos. Dessa forma, foram avaliados seis homens usuários da UBS que já participavam de grupos de educação em saúde. A faixa etária encontrada foi de 35 a 56 anos, 67% possuíam filhos, 83% possuíam o ensino fundamental incompleto, 83% eram casados, 33% relataram fumar e ninguém relatou ser alcoólatra. No tocante a participação dos homens nos grupos, foi evidenciado que os mesmos participavam exclusivamente das ações voltadas para hipertensos e diabéticos, o

que demonstra a falta de ações específicas para o público, conforme o que indica a PNAISH. O surgimento dos agravos, as orientações e os encaminhamentos médicos foram as principais razões para a procura da UBS. A participação dos homens, facilita o acesso devido ao esclarecimento de dúvidas e agendamento de consultas e exames no momento da reunião.

Outro ponto importante a ser destacado é a percepção dos profissionais sobre a PNAISH. Assim, para avaliar a conduta profissional diante da PNAISH na APS, Assis et al. (2018) avaliaram nove enfermeiros. Sobre a capacitação e o conhecimento dos enfermeiros em relação à PNAISH, os entrevistados relataram pouco conhecimento da política e conseqüentemente a não utilização das suas diretrizes para a produção de ações preventivas de doenças e de promoção a saúde, além da não realização de capacitações. Acerca da saúde do homem na formação do enfermeiro, oito enfermeiros não tinham cursado disciplinas específicas para a saúde do homem e apenas um relatou que cursou uma disciplina exclusiva para a saúde do homem durante a graduação, o que corrobora para uma má qualificação dos profissionais e contribui para um atendimento não direcionado ao público masculino, favorecendo a não adesão dos mesmos aos serviços de saúde.

É notório que existem desafios consideráveis para a implementação de estratégias de prevenção e promoção de saúde voltadas para o homem, pois além das dificuldades impostas por esse público para acessar o sistema de saúde, existe uma estrutura moldada com foco no público feminino. Mesmo com a implementação da PNAISH, em 2009, ainda existe um longo caminho para equilibrar a balança etária entre homens e mulheres, visto que, atualmente, a população feminina apresenta, em média, 7,4 anos a mais de vida. Os profissionais de saúde confirmam que existe uma visível desigualdade nas UBS em relação a assistência de homens e mulheres, associado ao desinteresse dos homens e a cultura machista, que corroboram para o afastamento dos indivíduos nos serviços de saúde. Dessa forma, a manutenção das políticas afirmativas capazes de desconstruir a ideia masculinizada de que o homem é dono de sua saúde e que o autocuidado é irrelevante, é fundamental para a garantia de qualidade de vida (MOURÃO et al., 2019).

Sendo assim, medidas devem ser implementadas para atrair mais esses indivíduos ao sistema de saúde, seja através da instalação de postos de saúde voltados para o homem, quadros de funcionários com maior presença masculina, e política de divulgação mais efetiva para levar confiança e conscientizar que o cuidado deve se sobrepôr a questão de gênero e ideologias (TEIXEIRA; CRUZ, 2016).

4. CONCLUSÃO

A assistência à saúde do homem no Brasil possui algumas falhas que dificultam o acesso do público masculino aos serviços de saúde. Entre elas estão a demora no atendimento, retraimento na busca do serviço, o horário do atendimento no turno de trabalho, a cultura machista, fragilidade do processo de trabalho por parte dos profissionais, e baixa divulgação de campanhas voltadas para os homens. Foi evidenciado que esses fatores trazem como consequência a baixa adesão da população masculina nos serviços de saúde. Portanto, é essencial o desenvolvimento de estratégias e políticas públicas específicas para essa população.

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde percebam a importância do PNAISH, para o fortalecimento de uma comunicação mais eficaz e formação de vínculos com os usuários, desmistificando os tabus relacionados a saúde do homem. Sendo assim, tais estratégias necessitam ser voltadas ao acolhimento, para melhoria e maior adesão dos homens nas unidades básicas de saúde, a fim de tornar-se essencial a promoção, prevenção e diagnósticos precoce para o público masculino.

5. REFERÊNCIAS

ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: Prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-9, 2016.

ASSIS, N. O. et al. Atuação dos enfermeiros frente à política nacional de atenção integral a saúde do homem: um estudo exploratório. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 3, p.151-156, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 20/08/2020.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Integral Assistance to Men's Health: needs, barriers and coping strategies. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p.628-634, 2014.

FERREIRA, J. I. C. et al. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 6, p. e7631, 2016.

MORAES, M. C. L; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. J. Uma questão masculina: conhecendo possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata. **Revista Medica Herediana**, v. 28, n. 4, p.230-235, 2017.

MOURÃO, S. L. B. et al. Práticas educativas à saúde do homem: desafios na Estratégia Saúde da Família. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 251, p. 2893-2897, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

TEIXEIRA, D. B. S.; CRUZ, S. P. L. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, p. 126–136, 2016.

XAVIER, S. Q. et al. Group of education in health: closeness of men to a primary health care center. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2372-2382, 2015.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PARASITOSE INTESTINAIS COM IDOSOS DO PROGRAMA HIPERDIA

Kelem Bianca Costa Barros¹, Flávia Rodrigues Neiva² e Ana Rosa Botelho Pontes¹

1. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil;
2. Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil;

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo ressaltar a educação em saúde como ferramenta de prevenção das parasitoses, mediante a construção e a troca de conhecimento entre um grupo de usuários e acadêmicos de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde. Por meio de oficinas quinzenais, é criada uma tecnologia educativa visando a participação ativas dos usuários e ao final implementando perguntas e respostas para assim fixar o tema proposto. Além disso, um ponto importante para a disseminação de conhecimento é a educação em saúde, visto que trabalha com uma linguagem simples e direta para que ocorra melhor compreensão e adequação mediante a realidade e necessidade do usuário. A participação dos usuários se dá de maneira ativa, na sala de espera durante o aguardo do atendimento e as suas dúvidas e experiências favoreceram para a concretização do objetivo da ação. A partir do exposto acima, pode-se observar que a sala de espera vai muito além da sua função principal, ela proporciona momentos de compartilhamento de conhecimentos e experiências as quais geram mudanças positivas de comportamentos.

Palavras-chave: Educação em saúde, Saúde do idoso e Parasitologia.

ABSTRACT

The present study aims to emphasize health education as a tool to prevent parasites, through the construction and exchange of knowledge between a group of users and nursing students in a Basic Health Unit. Through biweekly workshops, educational technology is created aiming at the active participation of users and, in the end, implementing questions and answers to establish the proposed theme. In addition, an important point for the dissemination of knowledge is health education, since it works with a simple and direct language so that better understanding and adaptation occurs according to the user's reality and needs. User participation takes place actively, in the waiting room, and their questions and experiences favored the achievement of the objective of the action. From the above, it can be seen that the waiting room goes far beyond its main function, it provides moments for sharing knowledge and experiences that generate positive behavioral changes.

Keywords: Health education, Elderly health and Parasitology.

1. INTRODUÇÃO

A parasitose intestinal se configura como um tipo de endoparasitismo que vivem no trato gastrointestinal do homem, tais parasitas pertencem aos filos *Protozoa*, *Platyhelminthes*, *Nematoda* e *Acanthocephala*. As parasitoses mais comuns no Brasil são *Entamoeba histolytica*, *Giárdia intestinalis*, *Hymenolepis nana*, *Schistosoma mansoni*, *Tenia solium*, *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Enterobius vermicularis*. Tais patologias estão entre as infecções mais recorrentes em todo mundo, segundo a organização mundial da saúde (OMS), cerca de 50% da população mundial é atingida, sendo no Brasil cerca de 1,5 milhões de pessoas infectadas, somente, pelo *Schistosoma mansoni*. De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2014 as doenças parasitárias representaram a sexta causa de morbidade no país, totalizando mais de 776.358 mil internações (ANDRADE et al., 2010; RODRIGUES et al., 2018).

As parasitoses constituem um grave problema de saúde pública, inclusive em países desenvolvidos, tal cenário é decorrente das grandes transformações ocorridas a partir da década de setenta, caracterizada pela urbanização acelerada, mudanças climáticas e o alto fluxo de imigração devido a maior aproximação com outros países. Tais condições, dão início ao processo de favelização, as quais resultam no deficiente saneamento básico, condições de higiene precárias, ausência de educação sanitária e costumes culturais inapropriados, os quais são os grandes fatores de transmissão dessas enteroparasitoses (NEVES et al., 2013; RODRIGUES et al., 2018).

Por isso, seu predomínio se encontra em áreas com qualidade de condições de vida e saneamento básico deficiente ou inexistente, baixo poder econômico e acesso à educação e saúde sem qualidade. Sua incidência se encontra, principalmente, nos idosos, visto que tem seu autocuidado afetado, baixa imunidade e não possuem hábitos de higiene pessoal adequados e contato com lugares possivelmente contaminados, como água (NEVES et al., 2013).

Os idosos apresentam maior predisposição às parasitoses intestinais em comparação à população jovem, devido as alterações morfofisiológicas ocorrerem naturalmente com o processo de envelhecimento e do declínio do autocuidado, resultando em modificações imunológicas, pele e entre outros, e prejuízo da higiene geral, como a pessoal, alimentar e domiciliar, mas também por apresentar precárias condições de moradia e não ter ajuda de

familiares e/ou cuidadores para o seu auxílio com as Atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e as Atividades básicas de vida diária (ABVD) (ELY et al., 2010).

Assim, a educação em saúde é um importante fator de prevenção constituído por um conjunto de saberes e práticas orientadas a promoção de saúde, uma vez que tem como princípios regulamentar, controlar os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos de uma determinada população. Trata-se de um artifício em que o conhecimento científico atinge a sociedade, oferecendo subsídios para a adoção de novas condutas em saúde, essencial no trabalho do cuidado em enfermagem, estabelecendo-se a partir da participação da população com o compartilhamento de suas vivências, culturas, crenças e necessidades (SOUZA et al., 2013).

Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo promover a troca e a construção de saberes entre acadêmicos e idosos do programa Hiperdia, por meio de ações educativas, no sentido de prevenir as parasitoses intestinais nesse grupo.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a supervisão docente, durante as atividades extensionistas do projeto “Promoção de saberes sobre as parasitoses intestinais em idosos do programa Hiperdia” que ocorreram de modo quinzenal, no mês agosto de 2019, na sala de espera da Unidade Municipal de Saúde do Guamá, situada na cidade de Belém- PA, tendo como público alvo o grupo de dezessete (17) idosos cadastrados no programa Hiperdia. Para as ações educativas utilizam-se as estratégias das tecnologias educativas, como flip chart, quiz, banner, jogo dos setes erros, caça palavras e entre outros, priorizando a linguagem clara e acessível para facilitar o alcance da informações pelos idosos. Os temas discutidos foram selecionados a partir das parasitoses mais comuns da região, abordando os tópicos de introdução, definição, principais sinais e sintomas; forma de transmissão, tratamento e medidas de prevenção. Neste dia, foi realizado uma abordagem introdutória do assunto em geral e realizado um *Quiz* sobre os pontos tratados e, posteriormente, sanaram-se todas as dúvidas presentes. *Quiz* é o nome de um jogo de questionários que tem como objetivo fazer uma avaliação dos conhecimentos sobre determinado assunto, podendo ser aplicado a grandes grupos, como

a participantes individuais que devem acertar a maior quantidade de respostas para ganhar. Em um *Quiz*, por norma, os concorrentes devem responder as perguntas apenas com um termo afirmativo ou negativo.

Durante a realização da oficina, teve a participação de 17 usuários, da faixa etária entre 55 a 65 anos, em que na apresentação inicial 100% dos usuários não tinham conhecimento sobre o termo parasitose intestinal, esquistossomose e outros termos técnicos, porém após mencionar a nomenclatura social “barriga d’água e lombriga”, cerca de 80% dos usuários conseguiram identificar a patologia. Potencialmente, eram pessoas de nível educacional incompleto, verificado pela oratória e de nível socioeconômico baixo, em virtude dos discursos de situação de habitação e as atividades diárias. Obtendo a necessidade de explicar de forma clara e objetiva, utilizando palavras simples as etapas de introdução, principais parasitoses, sinais e sintomas, tratamento e formas de prevenção.

Foi analisado o nível de aprendizado dos usuários, por meio da aplicação de um Quiz, o qual apresentava perguntas referente os pontos abordados e a cada pergunta realizada os usuários deveriam responder com sim ou não. Diante a realização da atividade, apenas um usuário obteve o erro correspondente a duas perguntas. Em geral, a atividade teve um rendimento de cerca 98,69% de margem de acertos, presumindo que houve assimilação do conteúdo por parte dos clientes.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

No início da ação é notório o desvio de atenção dos usuários devido a pequena ou nenhuma educação sanitária, mas também o elevado barulho no ambiente prejudicaram a concentração.

Ademais, o grupo possuía baixo nível de instrução, fator que dificulta o entendimento sobre sua condição de saúde e do controle de outras doenças, dentre as quais, as parasitoses intestinais. Em decorrência disso, o primeiro contato é mais dificultoso devido à resistência cultural, baixo poder executivo e degradação dos hábitos de higiene pessoal, domiciliar e alimentar trazida pelos idosos. Mediante isso, primeiro procuramos ser ouvinte do saber que eles carregam e assim introduzir e adequar, aos poucos, os ensinamentos a sua realidade domiciliar e financeira, pois muitos relacionam mudança de comportamento com custo monetário. Porém, no decorrer da explicação os usuários expuseram suas

opiniões e experiências sobre a temática, realizaram perguntas e, até mesmo, gravaram para compartilhar posteriormente com as pessoas do seu convívio social. Em decorrência disso, revelaram seus conhecimentos empíricos e se deixaram abertos a possibilidade da troca de conhecimentos e sua reformulação, mas também a mudança de hábitos de vida.

Somado a este contexto, a troca de conhecimento entre os grupos vulneráveis auxilia na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida dos idosos, evitando a progressão de doenças aos níveis de maior complexidade assistencial, comprometendo sua qualidade e estimativa de vida. Assim, a sala de espera torna-se mais que um ambiente monótono de aguardo para o atendimento e sim um espaço de construção de saber, principalmente, prevenção das parasitologias.

4. CONCLUSÃO

Diante disso, as parasitoses intestinais estão ligadas, diretamente, as precárias condições de habitação, saneamento básico e carência de educação em saúde. A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem, em que o educador tem o papel de estimular reflexões dos sujeitos sobre a sua realidade vivencial, incentivando a construção do conhecimento e a reconstrução do senso comum, tendo a ação educativa como seu principal instrumento de dissipação do conhecimento. A ação proporcionou maior compreensão dos sujeitos sobre os cuidados domésticos, pessoais e alimentares, dando um novo significado a sala de espera da unidade.

Dessa forma, a eficácia da atividade é evidente, pois gerou maior esclarecimento e possibilitou a disseminação das informações adquiridas naquele momento pelos usuários a todos do seu convívio social.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.C. et al. Parasitoses intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Revista Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora**, v. 12, n. 2, p. 231-240, 2010.

RODRIGUES, S.R. et al. Projeto parasitoses intestinais em crianças: Prevalência e fatores associados. **Revista Ciência em Extensão**, v. 11, n. 3, p. 50-63, 2018.

NEVES, D.P. et al. **Parasitologia humana**. 13^a ed. Atheneu, 2010.

ELY, L.S. et al. Prevalência de endoparasitose em idosos. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 14, n. 4, 2010.

SOUZA, L.V.B. et al. Educação em saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 1, p. 112-121, 2013.

ESTUDO DAS CAUSAS DE MORTES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ACRE, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Déborah de Oliveira Togneri Pastro^{1,2,3,4}, Caroline Nolasco de Melo¹, Jesiane Rocha da Silva Maia⁴, Maria Amélia de Jesus Ramos Albuquerque⁴, Tayna Feltrin Dourado⁴ e Vyctor Mont'Alverne Napoleão Carneiro⁴

1. Hospital das Clínicas do Acre, Programa de Residência Médica em Pediatria – Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Centro de Ciência da Saúde e do Desporto (CCSD), Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Graduação em Medicina, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Identificar as principais causas de óbitos evitáveis em menores de cinco anos de idade, no período entre 2013 e 2017 em Rio Branco, Acre. O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, cuja fonte de dados foi constituída pelo sistema de informações sobre mortalidade (SIM) e pelo sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC), ambos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (DataSUS). A fonte de dados foi composta pelos óbitos por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos de idade, cujas mães residiam em Rio Branco - Acre, no período de 2013 a 2017. A taxa de mortalidade na infância no período estudado declinou de 15,59 para 13,3, a faixa etária predominante nos óbitos avaliados ocorreu entre 0 a 6 dias de vida (40,18%). O gênero prevalente correspondeu ao sexo masculino (52,71%). Na avaliação dos subgrupos de óbitos por causas evitáveis, 36% foram classificados como causas não claramente evitáveis; 22,43% como causas mal definidas; 15,80% estavam relacionados a atenção à mulher na gestação e 8,50% ações de diagnóstico e tratamento adequado. A sepse neonatal foi tida como a principal causa básica de morte (13,64%). Apesar de ter sido observada redução na taxa de mortalidade na infância no período estudado em Rio Branco, essa ainda se encontra acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Apesar dos avanços na assistência à saúde da mulher e da criança ocorridos ao longo dos anos avaliados, a taxa de mortalidade na infância ainda é preocupante tanto no cenário local quanto nacional.

Palavras-chave: Mortalidade na infância, Causas evitáveis de óbito, SIM e Rio Branco.

ABSTRACT

Identify the main causes of preventable deaths in children under five years old, in the period between 2013 and 2017 in Rio Branco, Acre. The present work is a descriptive study, whose

data source was constituted by the information system on mortality (SIM) and the information system on live births (SINASC), both made available by the Ministry of Health (DataSUS). The data source was composed of deaths from preventable causes in children under five years of age, whose mothers lived in Rio Branco - Acre, in the period from 2013 to 2017. The mortality rate in childhood in the studied period declined from 15.59 for 13.3, the predominant age group in the deaths assessed occurred between 0 and 6 days of life (40.18%). The prevalent gender was male (52.71%). In assessing the subgroups of deaths from preventable causes, 36% were classified as causes that are not clearly preventable; 22.43% as ill-defined causes; 15.80% were related to the attention to women during pregnancy and 8.50% were related to diagnosis and adequate treatment. Neonatal sepsis was considered the main basic cause of death (13.64%). Despite a reduction in the mortality rate in childhood during the period studied in Rio Branco, it is still above that recommended by the World Health Organization. Despite the advances in health care for women and children that occurred over the years. In the years evaluated, the infant mortality rate is still a concern both in the local and national scenario.

Keywords: Infant mortality, Preventable causes of death, SIM and Rio Branco.

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade na infância, definida como a morte em crianças com menos de cinco anos de idade, se constitui como um importante indicador na análise da situação de saúde da população, sendo utilizada internacionalmente como um indicador sensível e fidedigno das condições de vida e saúde desse grupo de indivíduos. Além disso, auxilia no planejamento de políticas públicas e de programas relacionados à promoção de saúde e prevenção de agravos (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; NASCIMENTO et al., 2014; NASCIMENTO; ALMEIDA; GOMES, 2014; SARDINHA, 2014).

As chances de morte no primeiro ano de vida se relacionam frequentemente ao nível de desenvolvimento de uma sociedade, incluindo não somente a atenção à saúde, mas as situações que indiretamente interferem na saúde, como condições de saneamento, grau de escolaridade, renda, exposição à agentes infecciosos e circunstâncias de higiene (NASCIMENTO; ALMEIDA; GOMES 2014; SARDINHA, 2014; SILVA, 2018). A grande maioria dos óbitos na infância se concentra no primeiro ano de vida, especialmente no primeiro mês. Existe uma importante participação das causas perinatais como a prematuridade, evidenciando a relevância dos fatores relacionados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade nesses períodos (SARDINHA, 2014).

A Taxa de Mortalidade Infantil tem como definição a quantidade do número de óbitos em menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente de um

determinado espaço geográfico, no período de um ano. Esse número avalia o risco de uma criança nascida viva, morrer antes de completar um ano de idade (LISBOA et al., 2015). Esta pode ser classificada a depender da idade do óbito da criança, sendo definida como mortalidade neonatal (se refere aos óbitos que decorre nas quatro primeiras semanas de vida da criança 0-28 dias) que pode ser fragmentada em neonatal precoce (0 - 6 dias de vida) e neonatal tardia (7 - 28 dias), e mortalidade infantil pós neonatal (óbitos que ocorreram entre 28 dias a menor que um ano de idade) (KOLLING, 2011; CAMPELO, 2013; LISBOA et al., 2015).

A Taxa de Mortalidade na Infância é definida como a quantidade de número de óbitos em menores de cinco anos de idade por mil nascidos vivos, de um determinado local ou região (SILVA, 2018; SILVA, 2015). É considerada um grave problema de saúde pública, uma vez que apesar da redução global de seus índices, ainda é uma realidade presente em vários países em desenvolvimento (KOLLING, 2011; FRANÇA et al., 2017). Esse conceito é importante para a análise das causas de morte que incidem em cada um dos períodos de vida da criança (NASCIMENTO; ALMEIDA; GOMES 2014; LISBOA et al., 2015; FRANÇA et al., 2017).

Alguns autores sugerem que a mortalidade na infância no país é um evento previsível em sua maior parte. As mortes preveníveis são definidas como aquelas que poderiam ser evitadas com adequadas tecnologias de atenção à saúde. É considerada um evento sentinela porque seu acontecimento pode indicar problemas na atenção à saúde e em outros setores que necessitam de aprimoramento. O pré-natal quando iniciado de forma precoce e realizado de acordo com as quantidades ideais de consultas, possui papel crucial na prevenção da mortalidade infantil. A importância desse segmento se dá pela possibilidade de estabelecer o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do feto, por permitir o estabelecimento de ações preventivas para a gestante e garantir adequada organização do parto além do fornecimento de orientações de cuidado para situações importantes após o nascimento (IBGE, 2016; SILVA, M.L.R, 2018).

A classificação dos óbitos como evitáveis possui o objetivo de monitorar e avaliar os serviços de saúde, além de analisar e comparar indicadores de saúde entre as regiões (NASCIMENTO et al., 2014; NASCIMENTO; ALMEIDA; GOMES, 2014). Para decantar a qualidade dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde criou uma lista de causas de mortes denominadas como evitáveis por intervenções, com a finalidade de identificar e sistematizar os resultados (NASCIMENTO et al., 2014). Essa classificação é aplicada como medida de avaliação da qualidade da atenção à saúde e os seus itens de critérios devem ser

constantemente revisados, promovendo assim avanços tecnológicos nos sistemas de saúde (MALTA, 2007; LISBOA et al., 2015; FRANÇA et al., 2017).

No país, pesquisas que analisam a incidência das causas de mortes evitáveis em menores de um ano, comprovam que a adequada atenção à saúde cuidados com os recém-nascidos e atenção ao parto, apresentam impacto na redução dos óbitos infantis (MALTA, 2007; NASCIMENTO; ALEMIDA; GOMES, 2014). No Brasil, as taxas de mortalidade infantil apresentaram declínios consideráveis nas últimas décadas, onde no período entre 1980 e 2010 houve uma redução de 82,80 para 15,97, porém, ainda assim o Brasil apresenta taxa de mortalidade infantil considerável (SILVA, 2015).

Embora o Brasil tenha avançado em relação à mortalidade na infância, esta continua sendo uma preocupação de saúde pública. No ano de 1997 o índice era em torno de 35,20% e em 2007 alcançou um valor de 24,32%. Em 2015 apresentava a frequência de 16 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, ocupando o 120º lugar entre os 187 países que fazem parte da Organização das Nações Unidas, ficando atrás de países como o Chile, Uruguai, Venezuela e também a Argentina. Avaliando os estados brasileiros, as maiores taxas de mortalidade na infância se aglomeram nas regiões do Norte (25%) e Nordeste (25,6%). Os melhores valores encontram-se nas regiões consideradas de maior desenvolvimento econômico como o Sudeste (17,7%) e o Sul (16,1%), enquanto no Centro Oeste apresenta valores intermediários (18,9%) (SILVA, 2015; NETTO et al., 2017; RAMALHO et al., 2018; MARQUES, 2018; MEDEIROS et al., 2019).

A questão da saúde como um fator primordial da humanidade possui tanto destaque que a partir de 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU) sugeriu a criação de um relatório onde descreve os Oito Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no qual o quarto objetivo que enfatiza a promoção e redução da mortalidade na infância em dois terços do valor referente ao ano de 1990. A intenção dos ODM foi alcançada em 2010, e a taxa de mortalidade na infância foi de 15,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, embora o país ainda apresente elevados índices (PAIXÃO; FERREIRA, 2012).

No Brasil, perante a necessidade de normatizar as estatísticas de mortalidade, o Ministério da Saúde introduziu em 1976 o Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM) e estabeleceu um modelo de Declaração de Óbito. Contudo, apesar da importância do adequado preenchimento dessa declaração, nem sempre a causa do óbito elucidada corretamente. Com a intenção de melhorar a forma de preenchimento, o ministério e as secretarias propuseram diversas estratégias incluindo capacitações de médicos e a criação de serviços de verificações de óbitos e além de solicitar apoio dos Institutos de Medicina

Legal (IML). No ano de 2010, com intenção de aprimorar essas estratégias, foi criada o serviço de vigilância do óbito infantil e fetal (GARCIA, 2011; PAIXÃO; FERREIRA 2012; PNUD, 2016; MARQUES et al., 2018). É de fundamental importância que as declarações sejam preenchidas de forma correta, pois essa estratégia corrobora para o aperfeiçoamento dos registros com as causas dos óbitos, possibilitando assim, aplicação de medidas de prevenção e promoção à saúde (SARDINHA, 2014).

Nesse intuito, o Brasil divulgou em 2007 e modificou em 2010 a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis pelo Sistema Único de Saúde, que ressalta os óbitos preveníveis em crianças menores de cinco anos de idade. A lista separa os óbitos em reduzíveis por ações de imuno prevenção; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde; vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde), causas mal definidas e demais causas (não claramente evitáveis) (GARCIA et al., 2011; PAIXÃO et al., 2012; CAMPELO, 2013; NASCIMENTO et al., 2014; NASCIMENTO; ALMEIDA; GOMES, 2014; FRANÇA et al., 2017; MALTA et al., 2007).

Discorrer sobre a tendência da mortalidade na infância de acordo com as causas evitáveis, possibilita avaliar com uma maior exatidão o estado de saúde da população infantil de uma determinada localidade, além de providenciar subsídios para a implantações de intervenções adequadas às necessidades dos grupos populacionais com maior vulnerabilidade. O objetivo deste artigo é descrever a frequência da mortalidade na infância em Rio Branco-Acre no período entre 2013 e 2017.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo foi realizado na cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre, que possui cerca de 348.354 habitantes (45,9% da população do Estado), distribuídos em uma área de 9.962k² (6,5% do Estado) onde aproximadamente 90% dos habitantes residem em área urbana. Rio Branco é a cidade do estado com maior acessibilidade aos recursos de promoção e prevenção da saúde, fato esse que justifica a escolha desse município para análise da mortalidade na infância por causas evitáveis.

Trata-se de um estudo descritivo cuja fonte de dados foi constituída pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos do Ministério da Saúde. A fonte de dados foi composta pelos óbitos na infância por causas evitáveis de mães residentes na região de Rio Branco - Acre, no período de 2013 a 2017.

Fora calculada a taxa de mortalidade na infância a partir da descrição do número de nascidos vivos e ocorrência de óbitos evitáveis no período estudado. Para estimar as causas básicas de morte foi utilizado a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) e para descrição de evitabilidade utilizou-se a lista de causas por mortes evitáveis por intervenções do SUS, onde os óbitos foram classificados em: reduzíveis atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis à adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento precoce; reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculada a ações; causas mal definidas e não evitáveis.

A análise descritiva e o processamento de dados foram feitos por meio do Microsoft Office Excel, versão 2018. Os resultados foram descritos através da obtenção da taxa de mortalidade, porcentagem e por números absolutos, expostos através de tabelas e gráficos. Esses dados foram discutidos, a partir do conhecimento prévio e visão crítica sobre o tema, além do referencial teórico explicitado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados no período de 2013 e 2017 um total de 34.166 nascidos vivos em Rio Branco-Acre e 535 óbitos por causas evitáveis. A taxa de mortalidade na infância dos últimos cinco anos foi de 15,65, sendo maior no ano de 2014 com um coeficiente de 16,97 e menor no ano de 2017 com um coeficiente de 13,31.

Uma redução mais expressiva da taxa de mortalidade na infância fora observada por Sanders et al. (2017) em um estudo realizado na cidade de Fortaleza, onde se constatou uma queda de 20,6 para 11,9. O estudo demonstrou maior redução na taxa de mortalidade do que a evidenciada em Rio Branco possivelmente porque o mesmo foi realizado em um período maior. Já a diminuição desse coeficiente em nossa cidade ao longo dos anos,

provavelmente está relacionada à maior acessibilidade aos serviços de atenção básica e à eficácia das políticas públicas de promoção e prevenção da saúde.

Tabela 1. Descrição do número de nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade na infância, no período de 2013 a 2017, em Rio Branco-Acre.

ANO	N		
	Nascidos Vivos	Óbitos	Taxa de Mortalidade na Infância
2013	7.116	111	15,59
2014	7.011	119	16,97
2015	6.965	115	16,51
2016	6.614	104	15,72
2017	6.460	86	13,31
Total	34.166	535	15,65

Quando observados os óbitos por causas evitáveis no período avaliado, nota-se que a maioria deles ocorreu na faixa etária de 0-6 dias com 215 óbitos (40,2%) e a menor frequência se deu na faixa etária de 1 a 4 anos de idade com 73 óbitos (13,64%).

Tabela 2. Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos no período entre 2013 a 2017, em Rio Branco-Acre.

Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos faixa etária, no período de 2013 e 2017		
Faixa etária	Óbitos	%
0 – 6 dias	215	40,18
7 – 27 dias	90	16,82
28 – 364 dias	157	29,35
1 a 4 anos	73	16,65

Estes dados mantêm o padrão observado por Ramalho et al. (2018), que também registrou no município de Rio Branco uma maior ocorrência de óbitos nessa idade. A frequência de óbitos evitáveis encontrada em sua maioria na faixa etária neonatal precoce está intimamente relacionada às condições de gestação e nascimento do recém-nascido,

além de refletir de forma direta a qualidade da assistência pré-natal recebida durante a gestação.

De acordo com a figura 1, a distribuição dos óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos de idade de acordo com o sexo, registrou 285 óbitos para o sexo masculino e 249 óbitos para o sexo feminino, com um evento de óbito com o sexo ignorado.

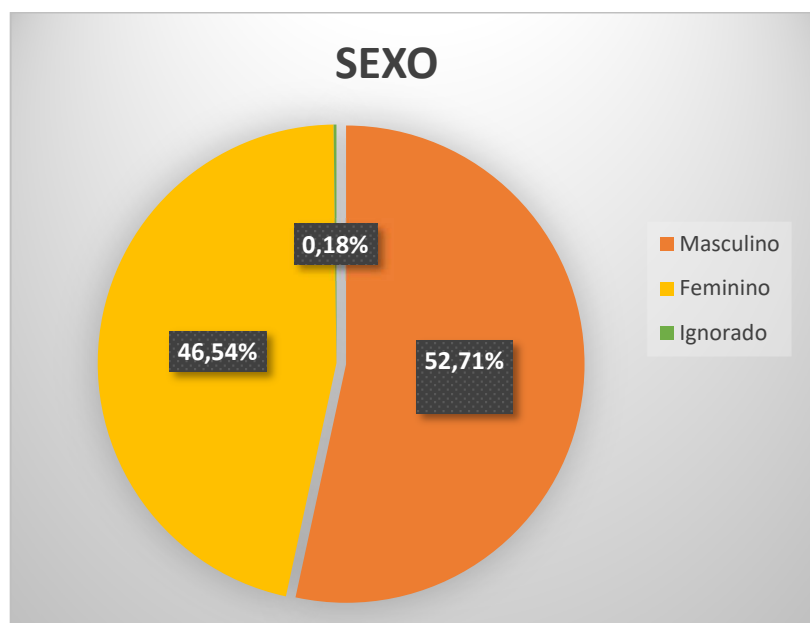


Figura 1. Distribuição dos óbitos de causas evitáveis em menores de cinco anos de idade, de acordo com o sexo, no período entre 2013 a 2017, em Rio Branco, Acre.

A maioria dos óbitos evitáveis ocorreu no sexo masculino, corroborando com os achados demonstrados no estudo de Barreto et al. (2012), onde 58,26% dos eventos fatais ocorreu em meninos. De acordo com Sanders et al. (2017), o sexo masculino é mais propenso a mortalidade devida ao amadurecimento pulmonar ocorrer mais tardiamente nesse grupo, deixando-o mais susceptível a incidência de problemas respiratórios (SOUSA et al., 2016; MEDEIROS et al., 2019).

A Figura 2 evidencia que a maior frequência de óbitos por causas evitáveis ocorreu por situações relacionadas a causas não claramente evitáveis (36%), seguido de causas relacionadas a reduzíveis por atenção adequada ao recém-nascido (22,43%). As causas relacionadas às ações de diagnóstico e tratamento adequado ocorreram num total de 8,50%, enquanto aquelas reduzíveis as ações de promoção à saúde somaram um conjunto de 8,41%.

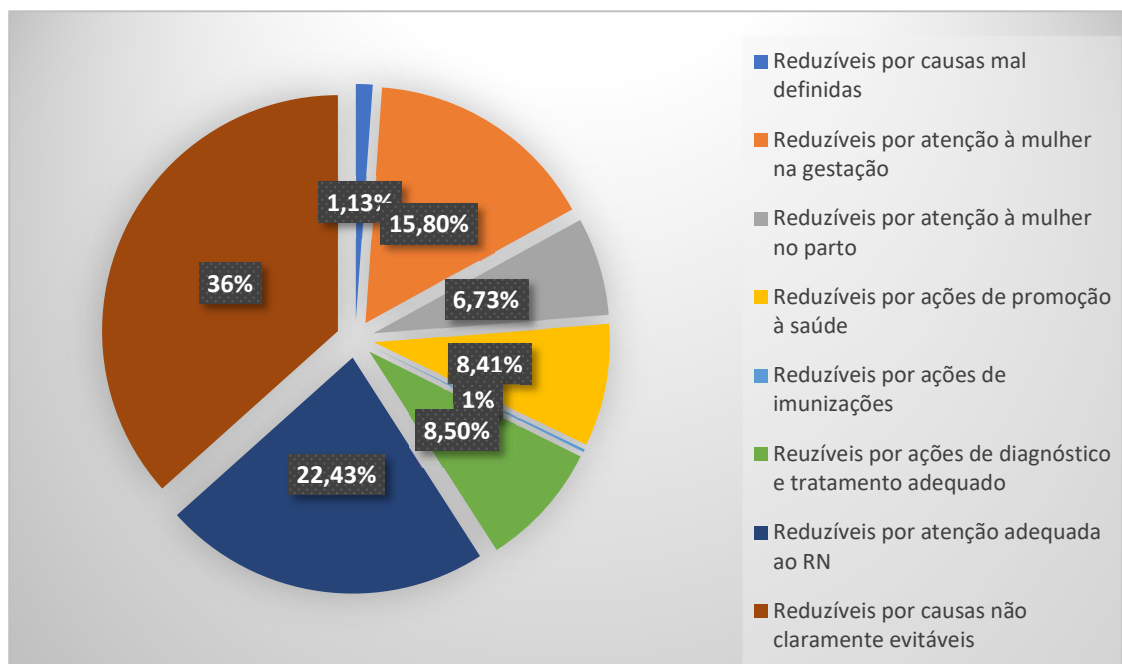


Figura 2. Classificação dos óbitos por causas evitáveis, em menores de 5 anos de idade, em Rio Branco-Acre no período de 2013 a 2017.

A elevada porcentagem encontrada nas causas não claramente evitáveis no município de Rio Branco reforça a importância da qualificação dos serviços que notificam e investigam as causas de mortes evitáveis na capital. Marques et al. (2018), constatou em Recife, a importância do correto preenchimento da declaração de óbito, uma vez que a identificação equivocada da causa de morte pode levar a estatísticas errôneas sobre a causa básica do óbito e refletir no monitoramento da qualidade dos serviços de saúde (SARDINHA, 2014).

Ademais, as causas de óbitos evitáveis relacionadas por atenção a mulher na gestação e no parto somaram uma frequência de 22,53%. Estes achados se encontram abaixo do encontrado por Nascimento et al. (2014), cuja frequência de óbitos que poderiam ter sido evitados por adequada atenção à mulher na gestação somou uma frequência de 61,2%. Essa discrepância pode estar associada a um maior acesso aos serviços de assistência de pré-natal, seguimento básico essencial para o desfecho de uma gestação e parto saudáveis.

Quando avaliadas as causas mais frequentes de óbitos evitáveis no período estudado, observamos que a maior frequência ocorreu por sepse neonatal com total de 73 óbitos (13,64%), seguido de desconforto respiratório do recém-nascido e asfixia ao nascer, com 61 óbitos (11,40%), ambos ocorreram em sua maioria na faixa etária de 0 – 6 dias de vida. Conforme Oliveira et al. (2012) destaca que os óbitos neonatais precoces ainda são eventos

em destaque nos estudos de mortalidade infantil e na infância, uma vez que estes estão intimamente relacionados à assistência do pré-natal. Os longos períodos de internação em unidades de terapia intensiva neonatal colaboram para o elevado índice de óbitos por sepse neonatal, uma vez que os recém-nascidos ficam expostos aos adventos comuns do período de hospitalização (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Tabela 3. Principais causas de mortes básicas, de acordo com as categorias do CID-10, de causas de óbitos evitáveis em menores de cinco anos em Rio Branco-Acre, no período de 2013 a 2017.

Causas dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos, em Rio Branco-Acre, no período de 2013 a 2017						
CAUSA	Óbito Por Faixa Etária					Total: N (%)
	0–6 dias	7 – 27 dias	28 – 364 dias	1 – 4 anos		
Desnutrição calórica protético	0	0	2	3	05 (0,93)	
Transtornos de equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico	12	5	10	0	27 (5,04)	
Meningite bacteriana e Encefalite	0	0	3	8	11 (2,05)	
Pneumonia e Bronquiolite	0	3	17	6	26 (4,85)	
Outros transtornos respiratórios	0	0	7	2	09 (1,68)	
Feto/RN afetado por afecção materna	6	2	2	0	10 (1,86)	
Desconforto respiratório do RN e Asfixia ao nascer	50	9	2	0	61 (11,4)	
Sepse neonatal	34	31	8	0	73 (13,64)	

Os transtornos do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico foram responsáveis por 27 óbitos (5,04%), já as pneumonias somadas as bronquiolites provocaram 26 óbitos (4,85%) na população avaliada, dessa forma, apesar de possuir acesso a um calendário de imunização adequado, Rio Branco ainda apresenta um número considerável de óbitos por infecções das vias aéreas inferiores. Esse achado pode estar relacionado à baixa adesão aos seguimentos de puericultura que possibilitam orientações profiláticas cruciais relacionados ao crescimento, desenvolvimento e alimentação na infância, uma vez que o aleitamento materno exclusivo e a adequada transição alimentar são fatores protetores importantes na prevenção das doenças respiratórias (MARTINS et al., 2016).

Por outro lado, meningite e encefalites foram responsáveis por 11 óbitos (2,05%), sendo que a maioria deles ocorreu na idade de 1 a 4 anos. A desnutrição energético-proteica motivou a ocorrência de 5 óbitos (0,93%). A desnutrição energética proteica é uma entidade crônica e seu desfecho fatal ocorre por infecções, desequilíbrios hidroeletrólíticos e metabólicos que podem estar notificados nas demais causas evitáveis acima, justificando sua baixa prevalência na presente pesquisa.

O presente estudo utilizou dados secundários baseados no preenchimento de ficha de notificação que possivelmente apresentaram falhas, portanto sua análise integral apresentou-se limitada.

4. CONCLUSÃO

A frequência de óbitos na infância está diretamente relacionada as condições sociais da população, disponibilidade de saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Nos subgrupos de causas evitáveis de óbitos na infância a maioria foi correspondente às causas não claramente evitáveis (36%), inferindo fragilidade nos registros, o que pode ser atribuído entre outras ao preenchimento inadequado das declarações bem como dos registros insatisfatórios dos serviços de notificação de óbito.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade Infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 114-20, 2012.

NASCIMENTO S.G. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 208-12, 2014.

NASCIMENTO L.F.C.; ALMEIDA M.C.S.; GOMES C.M.S. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 7, p. 303-9, 2014.

FRANÇA, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: Estimativas do estudo de Carga Global da Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, suppl 1, p. 46-60, 2017.

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 765-76, 2007.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 711-720, dez. 2015.

KOLLING A. F., **Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Sapiranga, RS, entre 2006-2009**. (Dissertação) Mestrado em Epidemiologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2011.

CAMPELO, G.L., **Três Perspectivas sobre a Pobreza no Brasil: Armadilha da Pobreza Nutricional, infraestrutura e pobreza, subnutrição e mortalidade infantil**. (Tese) Doutorado em Economia – Universidade Federal do Ceará, Brasil, 2013.

GARCIA, L.P.; SANTANA, I.R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 83-120, 2011.

PAIXÃO, A. N.; FERREIRA, T. Determinantes da mortalidade infantil no Brasil. **Informe GEPEC**, v. 16, n. 2, p. 6-20, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> acesso em: 14/05/2016.

SARDINHA, L.M.V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. (Tese) Doutorado Medicina Tropical – Universidade de Brasília, Brasil, 2014.

PNUD – **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável–ODM**. 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>> acesso em: 15/05/2016.

SOUSA, J.S. et al. Estimção e análise dos fatores determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 10, n. 2, p. 140-155, 2016.

SILVA, M.L.R. **Mortalidade infantil por causas evitáveis na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro**. (Dissertação) Mestrado em saúde da família - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, A.F. **Ensaio sobre a pobreza no Brasil**. (Dissertação) Mestrado em Economia Rural – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MARQUES, L.J.P et al. Concordância da causa básica e da evitabilidade dos óbitos infantis antes e após a investigação no Recife, Pernambuco, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.27, n. 1, e 20170557, 2018.

OLIVEIRA, I.S.S. et al. Óbitos evitáveis de menores de cinco anos na macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p.1-402, 2018.

SANDERS, L.S.C. et al. Mortalidade Infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 83-89, 2017.

MEDEIROS, V.A.B et al. Perfil da mortalidade neonatal em Alagoas no período de 2008 a 2017. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 16-31, 2019.

NETTO, A. et al. Mortalidade Infantil: Avaliação do programa rede mãe Paranaense em regional de saúde no Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 01-08, 2017.

RAMALHO, A. A. et al. Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 33, 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

SANTOS, H.G. et al. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 907-916, 2014.

ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.

OLIVEIRA, B.R.G. et al. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 586-593, 2012.

BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

MARTINS, A.L.O. et al. Incidência de infecções comunitárias de vias aéreas inferiores em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p. 204-209, 2016.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA SOBREVIDA DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Ruth Canuto Bezerra¹, Jesiane Rocha da Silva Maia¹, Barbara Roque¹, Andrielle Scariote¹, Eryckson Araújo Nunes¹ e Ruth Silva Lima da Costa²

1. Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Secretaria Estadual de Saúde do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

O câncer de mama é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo e estima-se que a sua incidência para o ano de 2020, seja de 66.280 casos novos entre as mulheres brasileiras. Vários fatores podem estar relacionados a uma maior ou menor taxa de sobrevida dos acometidos pela doença. Objetivo: descrever os fatores que influenciam na sobrevida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Método: trata-se de revisão integrativa da literatura, com coleta de dados em setembro de 2020, nas bases de dados do *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e no período compreendido entre os anos de 2015 a 2020. Resultados: os resultados apontam que o câncer de mama ocorre com maior frequência entre mulheres na faixa etária de 55 e 69 anos. O padrão socioeconômico elevado, o acesso aos serviços de saúde, o estadiamento inicial da doença, bem como o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento são fatores que influenciam positivamente para a taxa de sobrevida entre as acometidas. Conclusão: faz-se necessário a implementação de políticas públicas mais eficazes, no sentido de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce, e que possam estimular o fluxo de atendimento, de forma que ele possa ser contínuo e de fácil acesso, atendendo todas as necessidades das mulheres, garantindo a elas uma melhor sobrevida.

Palavras-chave: Carcinoma de mama *in situ*, Taxa de sobrevida e Mulheres.

ABSTRACT

Breast cancer is considered a serious public health problem in Brazil and worldwide and its incidence for the year 2020 is estimated to be 66,280 new cases among Brazilian women. Several factors may be related to a higher or lower survival rate of those affected by the disease. Objective: to describe the factors that influence the survival of women diagnosed with breast cancer. Method: this is an integrative literature review, with data collection in September 2020, in the databases of the *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)* and *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS)* and in the period between the years 2015 to 2020. Results: the results show that breast cancer occurs more frequently among women aged 55 to 69 years. The high socioeconomic standard, access to

health services, the initial stage of the disease, as well as the time between diagnosis and the start of treatment are factors that positively influence the survival rate among those affected. Conclusion: it is necessary to implementation of more effective public policies, in order to facilitate access to early diagnosis and treatment, which can stimulate the flow of care, so that it can be continuous and easily accessible, meeting all the needs of women, guaranteeing them better survival.

Keywords: Breast carcinoma *in situ*, Survival rate and Women.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a sua incidência para o ano de 2020 seja de 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de 43,74 casos por 100.000 mulheres (BRASIL, 2020).

Em 2018, ocorreram 17.572 mortes de mulheres por esse tipo de câncer no país. No mesmo ano, a taxa bruta de mortalidade foi de 13,84 óbitos por 100 mil mulheres no Brasil, mas variou entre as regiões geográficas, Sudeste (14,76/100.000) e Sul (14,64/100.000, que foram as que obtiveram taxas mais elevadas. A incidência e a mortalidade por essa neoplasia, tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos de idade (INCA, 2019; BRASIL, 2020).

Denomina-se câncer o conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, que se dividem rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, formando tumores, que podem espalhar-se para várias regiões do corpo. Dentre esses tipos de câncer, o de mama é um dos mais frequentes, como o carcinoma invasivo ductal e lobular (GONÇALVES, 2012; INCA, 2020).

O processo de formação do câncer geralmente é demorado, levando anos até que se origine um tumor palpável e pode ser decorrente de vários fatores com destaque àqueles relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. Quanto a idade, o aumento do risco está associado à história de menarca precoce e menopausa tardia, além de primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos (INCA, 2002; BRASIL, 2013; INCA, 2019).

Mediante a isso, alguns estudos observaram que, o estadiamento do tumor está relacionado a taxa de sobrevida do paciente, assim como a extensão do carcinoma, a

presença de linfonodos com comprometimento e a presença de metástase. Esses fatores são importantes para o prognóstico da doença (AYALA et al., 2019; ROSA; RADÜNZ, 2012).

A sobrevida quando relacionada ao tamanho do tumor e comprometimento de linfonodos mostra que mulheres com diagnóstico precoce apresentam uma redução da mortalidade e que o padrão socioeconômico e o nível de escolaridade mais elevados, estão diretamente relacionados à melhores taxas de sobrevivência e redução de diagnósticos com estadiamento avançados (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Mediante a isso, o objetivo desse trabalho é descrever os fatores que influenciam na sobrevida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, realizada através de um levantamento bibliográfico utilizando dados de fontes secundárias sobre os fatores que influenciam na sobrevida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. A questão norteadora adotada para este estudo foi: Quais os fatores que influenciam a taxa de sobrevida das mulheres com câncer de mama?

As etapas percorridas para a operacionalização dessa revisão foram: 1- escolha da questão norteadora; 2- seleção dos estudos compuseram a amostra a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa; 3- estabelecimento das informações que serão captadas e classificação dos estudos; 4- julgamento analítico dos artigos inclusos na revisão; 5- análise crítica dos artigos incluídos e discussão dos resultados; 6- relato da revisão e síntese das informações adquiridas no percorrer das outras etapas.

Para a seleção dos artigos foram usadas as seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) nos quais foram utilizadas as palavras chaves/descriptores: carcinoma de mama in situ AND taxa de sobrevida AND mulheres e breast carcinoma in situ AND survival rate AND women.

Os critérios de inclusão utilizados foram: disponível eletronicamente gratuitamente, artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, texto completo com resumos disponíveis e publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2020). Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigos publicados anteriormente ao período definido e artigos que não respondiam à pergunta da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios mencionados foram encontrados um total de 36 artigos. Posteriormente à leitura na íntegra dos artigos, foram selecionados 10 artigos, os quais respondiam à pergunta norteadora da pesquisa.

Quadro 1. Seleção dos artigos incluídos no estudo.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS						
1ª Busca: Associação dos descritores	Critério 01	Critério 02	Critério 03	Critério 04	Critério 05	
Carcinoma de mama in situ AND taxa de sobrevida AND mulheres e breast carcinoma in situ AND survival rate AND women	Disponível eletronicamente gratuitamente	Idioma Português/ Inglês	Ano da Publicação 2015 - 2020	Exclusão de artigos de revisão e relato de caso	Resposta a questão Norteadora	Artigos que se enquadram com os critérios estabelecidos
Quantos artigos?	Quantos artigos?	Quantos artigos?	Quantos artigos?	Quantos artigos?	Quantos artigos?	Quantos artigos?
640	425	255	74	36	10	10

Após a busca, foram realizadas leituras criteriosas das publicações selecionadas para elaborar a presente revisão. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos, a partir da identificação de variáveis de interesse e conceitos-chaves, sendo assim os resultados foram categorizados em um quadro ajustado para este propósito contendo os seguintes itens: autor/ano, periódico, título, objetivo, delineamento do estudo, resultados, com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa, de maneira que estas viabilizassem a aquisição de respostas ao problema do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 10 estudos que atenderam aos critérios de inclusão instituídos. Em relação à contextualização com a temática abordada, os artigos selecionados foram publicados nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, não sendo localizadas publicações referentes ao tema discutido no ano de 2020. Os dados referentes ao quadro 2 apresentam as características dos artigos incluídos no presente estudo.

Quadro 1. Características dos artigos incluídos na amostra.

AUTOR/ANO	TÍTULO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADO
(AYALA, et al.,2019)	Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000 – 2014.	Estudo de coorte.	Investigar a sobrevida em 10 anos após o diagnóstico e fatores prognósticos de mulheres com câncer de mama.	A idade média no momento do diagnóstico foi de 55,3 anos. A maioria das pacientes foi classificada no momento do diagnóstico com estadiamento patológico II ou III, e foi verificada menor sobrevida nesses estádios.
(BUZATTO et al.,2017)	Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab in her2-positive breast cancer: pathologic complete response rate, predictive and prognostic factors.	Estudo de coorte.	Revisar a taxa de resposta patológica completa de paciente com câncer de mama HER2-positivo.	A adição de trastuzumabe à quimioterapia neoadjuvante melhorou significativamente a taxa de resposta patológica completa, melhorando a sobrevida de pacientes.
(DE BRITO et al.,2016)	Health care factors associated with survival among women with breast cancer on hormone therapy in Rio de Janeiro, Brazil, 2004 – 2010.	Estudo longitudinal retrospectivo.	Entender como os cuidados de saúde influenciam na sobrevivência ao câncer de mama.	A média de idade da população estudada foi de 57,5 anos. Foi observado que a sobrevida foi menor naqueles pacientes que usaram inibidores de aromatase, não fizeram cirurgia, realizaram tratamento com quimioterapia, receberam radioterapia e tiveram mais hospitalizações.
(NOGUEIRA et al.,2018)	Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais.	Estudo de coorte.	Investigar a associação entre raça/cor e a sobrevivência em 10 anos de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	Obtiveram menores valores de sobrevivência as mulheres com faixas etárias menores de 50 anos e maiores que 70 anos, com raça/cor negra, com rendas mais baixas, usuárias do setor público dos serviços de saúde e com estadiamentos mais avançados.
(TRUFELLI et al., 2015)	Adjuvant treatment delay in breast cancer patients.	Estudo de coorte.	Avaliar se o tempo entre a cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante em pacientes com câncer de mama é um fator de risco para menor sobrevida global.	O tempo entre a cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante foi fator de risco para menor sobrevida global.
(GUERRA et al.,2015)	Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde.	Estudo de coorte	Avaliar a iniquidade socioeconômica na sobrevida do câncer invasivo de mama em mulheres atendidas em um polo de referência em assistência oncológica.	As mulheres atendidas no serviço público tiveram pior prognóstico, e tal efeito foi mediado, sobretudo, pelo estadiamento da doença mais avançado no momento do diagnóstico.
(BALABRAM et al., 2015)	Association between age and survival in a cohort of Brazilian patients with operable breast cancer.	Estudo de coorte	Examinar a relação entre idade e mortalidade por câncer de mama.	As mortes por câncer de mama foram relativamente mais frequentes na faixa etária mais jovem, seguida por mulheres com idade entre 36-69 anos e na faixa etária mais velha.
(FORMIGHERI et al.,2018)	Analysis of time interval between breast cancer diagnosis and treatment.	Estudo retrospectivo.	Avaliar o intervalo de tempo entre a suspeita radiológica e o tratamento do câncer de mama.	O rastreamento mamográfico tem papel importante no aumento da taxa de sobrevida do câncer de mama pela oportunidade de se realizar o diagnóstico precoce, o atraso entre a suspeita clínica e o início do tratamento foi um fator influenciador da taxa de sobrevida.
(DU PLESSIS et al., 2015)	Treatment outcomes of breast carcinoma in a resource-limited environment	Estudo de coorte	Avaliar resultados do tratamento do carcinoma de mama em um ambiente com recursos limitados.	A média de idades dos pacientes foi de 56 anos, em pacientes em estágio III nenhuma resposta patológica completa foi registrada e no estágio II foi de 10%.
(PERES et al.,2015)	Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos.	Estudo de coorte.	Verificar a associação entre sobrevida e recidiva com o estadiamento do câncer de mama	A faixa etária predominante das mulheres atendidas foi de 50-69 anos. Foi visto maior quantidade de diagnósticos em pacientes estágio III e maior ocorrência de metástase em pacientes em estágio III.

Os dados epidemiológicos demonstram que frequentemente a idade média das mulheres no momento do diagnóstico do câncer de mama, está situada entre 55 e 69 anos. (PERES et al., 2015; DU PLESSIS; MARÉAPFFELSTAEDT; JUSTUS, 2015; DE BRITO; PORTELA; DE VASCONCELLOS, 2016; NOGUEIRA et al., 2018; AYALA et al., 2019).

Dessa forma, o rastreamento mamográfico tem papel fundamental no aumento da taxa de sobrevivência dessas mulheres, pela oportunidade de se realizar o diagnóstico precoce (FORMIGHERI, et al., 2018), o qual é garantido pela lei 11.664/08 que prevê ações de prevenção, detecção, controle e tratamento dos cânceres do colo uterino e de mama a partir dos 40 anos de idade (BRASI, 2008).

Um estudo realizado em um serviço de mastologia em Santa Catarina, observou que no momento do diagnóstico 79,1% das pacientes apresentavam estadiamento patológico II ou III, o que foi corroborado por um estudo realizado em Goiás, em que 34,1% das pacientes foi diagnosticada em estágio III. A chance de sobrevivência para as pacientes diagnosticadas em estádios III e IV é menor, sendo assim, a justificativa para o aumento da mortalidade nas pacientes diagnosticadas nesses estádios, seria a maior ocorrência de metástases (PERES et al., 2015; DE BRITO; PORTELA; DE VASCONCELLOS, 2016).

No estado de Minas Gerais, foi realizado um estudo com 563 mulheres com câncer de mama em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON), onde se evidenciou que as mulheres da raça negra, apresentaram pior taxa de sobrevivência e prognóstico, quando avaliada a sobrevivência de 10 anos. Essas mulheres foram diagnosticadas em estadiamentos mais avançados (NOGUEIRA et al., 2018).

Em contrapartida, em um outro estudo realizado no estado de Goiás, foi evidenciado maior incidência do câncer de mama em mulheres brancas (PERES et al., 2015), nesse sentido, não se conseguiu fazer uma associação entre taxa de sobrevivência e raça/cor, aventando a possibilidade de haver dificuldade na caracterização dessa variável pela diversidade racial existente no Brasil (GUERRA, et al., 2015).

Relacionando-se a taxa de sobrevivência ao padrão socioeconômico, foi evidenciado que as mulheres usuárias do sistema público de saúde tiveram pior prognóstico, pois as diferenças entre posições socioeconômicas influenciaram no diagnóstico precoce da doença (FORMIGHERI et al., 2018).

De acordo com dados do Ministério da saúde, o número de óbitos e o atraso no início do tratamento, são mais frequentes entre as usuárias do sistema público de saúde, reafirmando a associação entre o nível socioeconômico e a taxa de sobrevivência (BRASIL, 2020).

A resposta patológica completa é definida como inexistência de neoplasia residual invasiva em mama e axila, e assim pode ser considerada como importante fator prognóstico e está associado a uma melhor taxa de sobrevivência (BUZATTO; RIBEIRO-SILVA; ANDRADE, et al., 2017). A quimioterapia neoadjuvante é o ideal para o tratamento de câncer de mama (TRUFELLI et al., 2015), porém alguns estudos mostraram que essa terapia apesar de ideal, ainda é pouco utilizada (DU PLESSIS; MARÉAPFFELSTAEDT; JUSTUS, 2015; GUERRA et al., 2015).

Nesse sentido, o trastuzumabe quando associado a quimioterapia melhora a resposta patológica completa quando contraposto a quimioterapia isolada, dessa forma aumentando a taxa de sobrevida. Cerca de 25% das pacientes portadoras de câncer de mama apresentam receptor *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2* (HER2) positivo, o qual está associado a pior prognóstico, sendo assim, ainda que, o trastuzumabe tenha otimizado o tratamento do câncer de mama, é importante ressaltar que ele está associado a eventos adversos e custo elevado (BUZATTO; RIBEIRO-SILVA; ANDRADE et al., 2017).

Um estudo publicado na revista de mastologia na África do Sul, acompanhou 250 pacientes com câncer de mama. A idade média dessas mulheres foi de 56 anos, as em estágio III não obtiveram resposta patológica completa e aquelas em estágio II a resposta foi de 10%. Porém as opções de tratamento de quimioterapia adjuvante e neoadjuvante foram subutilizadas por parte da equipe de saúde, o que diminuiu a sobrevida das mulheres em tratamento (DU PLESSIS; MARÉAPFFELSTAEDT; JUSTUS, 2015).

Mediante a isso, dados de uma pesquisa realizada com 348 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em Santo André- SP, evidenciou que o tempo entre a cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia) resultou em uma sobrevida global mais breve e para cada mês de atraso o risco de morte aumentou em 1,3 vezes, pois quase 10% das pacientes tiveram atraso de 4 meses entre cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante (TRUFELLI et al., 2015). Logo, o atraso no início da quimioterapia adjuvante, está associado com pior prognóstico para pacientes com neoplasia mamária, decorrente de atrasos entre o intervalo de tempo desde a suspeita clínica e radiológica, até o diagnóstico e tratamento do câncer de mama (BRASIL, 2020).

O maior risco de mortalidade pela doença, encontra-se faixa etária mais jovem, até 35 anos e idade acima de 70 anos. Pessoas mais jovens têm tumores mais agressivos, enquanto pacientes com mais idade têm mais comorbidades e diagnóstico em estágio mais avançado (BALABRAM; TURRA; GOBBI, 2015).

Destarte, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, garante que o paciente com câncer receba, gratuitamente, todos os tratamentos necessários do Sistema Único de Saúde, no prazo de até 60 dias, a contar da data de assinatura do laudo de diagnóstico para o paciente iniciar o primeiro tratamento (BRASIL, 2012).

4. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo, apontaram os fatores contribuintes para elevar a taxa de sobrevivência de mulheres em tratamento de câncer de mama e dentre esses destacam-se o padrão socioeconômico elevado, o acesso aos serviços de saúde, o estadiamento inicial da doença, bem como o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Esses fatores que influenciam positivamente para a taxa de sobrevida entre as acometidas.

Os resultados ressaltam a necessidade do diagnóstico precoce através de programas de rastreio, pois estadiamentos iniciais resultam em maiores taxas de sobrevida. O tratamento quimioterápico neoadjuvante associado ao trastuzumabe aumentam a resposta patológica completa e a sobrevida global, devendo ser disponibilizado para todas as mulheres.

Dessa forma, faz-se necessário a implementação de políticas públicas mais eficazes, no sentido de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce, e que possam estimular o fluxo de atendimento, de forma que ele possa ser contínuo e de fácil acesso, atendendo todas as necessidades das mulheres, garantindo a elas uma melhor sobrevida.

5. REFERÊNCIAS

AYALA, A.L.M.; ANJOS, J.C.D.; CASSOL, G.A.; HÖFELMANN, D.A. Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1537-1550, 2019.

BALABRAM, D., TURRA, CM., GOBBI, H. Associação entre idade e sobrevida em uma coorte de pacientes brasileiras com câncer de mama operável. **Cafajeste. Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1732-1742, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso 18/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso 15/10/2020.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Lei 1.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília- DF, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2012.

BUZATTO, I.P.C.; RIBEIRO-SILVA, A.; ANDRADE, J.M. et al. Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab in HER2-positive breast cancer: pathologic complete response rate, predictive and prognostic factors. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 50, n. 2, p. e5674, 2017.

DE BRITO, C.; PORTELA, M.C.; DE VASCONCELLOS, M.T. Health care factors associated with survival among women with breast cancer on hormone therapy in Rio de Janeiro, Brazil, 2004 - 2010. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 39, n. 6, p. 358-65, 2016.

DU PLESSIS, M.; APFFELSTAEDT, J. P. Treatment outcomes of breast carcinoma in a resource-limited environment. **South African Journal of Surgery**, v. 53, n. 2, p. 43, 2015.

FORMIGHERI, A. et al. Analysis of time interval between breast cancer diagnosis and treatment. **Mastology (Impressa)**, v. 28, n. 4, p. 206-211, 2018.

GONÇALVES, L.L.C. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 47-54, 2012.

GUERRA, MR et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1673-1684, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>>. Acesso 18/09/2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). **Controle do câncer de mama: detecção precoce [Internet]**. Rio de Janeiro: INCA. 2019. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/progr_ama_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>. Acesso em 15/10/2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). Coordenação de Prevenção e Vigilância – (CONPREV). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso 18/09/2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). **O que é câncer?** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso 15/10/2020.

NOGUEIRA, M.C. et al. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00211717, 2018.

PERES, V.C. et al. Breast Cancer In Women: Recurrence And Survival At Five Years. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 740-747, 2015.

ROSA, L.M.D.; RADÜNZ, V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 980-989, 2012.

SCHNEIDER, IJC E D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, 2009.

TRUFELLI, DC et al. Atraso no tratamento adjuvante em pacientes com câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 61, n. 5, p. 411-416, 2015.

INSTRUMENTOS EDUCATIVOS EM PRIMEIROS SOCORROS APLICADOS EM UMA VIRADA SUSTENTÁVEL

Ana Paula de Negreiros Araújo¹, Fernanda Feijó Martins^{1,2}, Glenda Caroline Pereira do Nascimento^{1,3}, Glenda Patrícia Viera da Silva^{1,4}, Gledson Cavalcante de Araújo^{1,4}, Led Daianna Fernandes de Figueiredo⁵ e Wanderson Araújo Nobre¹

1. Cruz Vermelha, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Universidade do Estado de Goiás-UFG; Centro Universitário Fametro, Manaus, Amazonas, Brasil;
3. Centro Universitário do Norte (UniNorte), Manaus, Amazonas, Brasil;
4. Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Manaus, Amazonas, Brasil;
5. Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Manaus, Amazonas, Brasil;

RESUMO

Trabalhar a educação em saúde com crianças parte da premissa da necessidade de conexão com as mesmas através do universo lúdico, pois é desta forma que se promove um espaço tanto de fala, quanto de reflexão, e repasse de novos conhecimentos as mesmas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pela Cruz Vermelha Brasileira Amazonas, durante a 5ª Virada Sustentável, em um espaço público da cidade de Manaus-AM, sob a responsabilidade do Departamento de Primeiros Socorros e Ensino (DPSE), a respeito de educação em saúde em Primeiros Socorros voltados para o Público Infantil. Tinha-se como intuito levar o conhecimento das principais intercorrências de primeiros socorros às crianças, utilizando materiais recicláveis em formas de instrumentos metodológicos. A Cruz Vermelha Brasileira Filial Amazonas em parceria com o Movimento da Virada Sustentável em Manaus, realizou a educação em saúde sobre primeiros socorros voltados para as crianças, disseminando o conhecimento nessa população, através de materiais reutilizáveis, contribuindo para o crescimento da comunidade e preservação do meio ambiente.

Palavras-chave: Cruz Vermelha, Educação em Saúde, Primeiros Socorros e Criança.

ABSTRACT

Working with health education with children is based on the need to connect with them through the playful universe, as this is the way to promote a space for speech and reflection and the transfer of new knowledge to them. This is a descriptive study, an experience report, carried out by the Brazilian Red Cross of Amazonas, during the 5th Sustainable Turn, in a public space in the city of Manaus-AM, under the responsibility of the First Aid and Education Secretariat (DPSE), with regard to health education for children in first aid. It was intended to bring knowledge about the main complications of first aid to children, using recyclable materials in the form of methodological instruments. The Brazilian Red Cross, Amazonas

Branch, in partnership with the Virada Sustentável Movement of Manaus, carried out health education on first aid for children, disseminating knowledge in this population, through reusable materials, contributing to the growth of the community and preservation of the environment.

Keywords: Red Cross, Health Education and First Aid and Children.

1. INTRODUÇÃO

O universo infantil é intensamente construído e estimulado através de experiências lúdicas, ou seja, do brincar. Em todas as etapas do desenvolvimento infantil percebe-se que a compreensão de estar inserido em uma sociedade, de pertencer à mesma, de experimentar sensações, emoções, pensamentos, de nomear e dar significado a cada fragmento vivenciado, fortalece tanto a criança como indivíduo singular, como ser sociocultural.

Com isso, o brincar torna-se muito além de um processo que a criança é capaz de realizar, um faz-de-conta, mas sim, da sua forma de expressão entre o mundo subjetivo e o coletivo, de desenvolvimento cognitivo, emocional, sociocultural, que possui afetação nas interações estabelecidas a criança, e por isso, a brincadeira torna-se a ferramenta de comunicação e acesso a esse universo (QUEIROZ; MACIEL; BRANCO, 2006).

Em Homem (2009), é possível perceber a relevância que o processo lúdico possui para o fortalecimento do desenvolvimento infantil, para a comunicação da criança com o outro, sejam com seus pares, sejam com as pessoas de diferentes idades.

As atividades de educação em saúde são uma proposta de levar conhecimento à sociedade sobre temáticas relacionadas a temas relevantes e que possuam sentido e significância àquela comunidade e ao indivíduo que a compõe, como consta em (SALCI et al., 2013).

É importante que os assuntos abordados possam gerar impacto para propagação de conhecimentos, para a redução de agravos, e principalmente, para empoderamento sobre a saúde, e isso independe de fatores sócio demográficos, por exemplo, como a idade ou nível de escolaridade.

Trabalhar a educação em saúde com crianças parte da premissa da necessidade de conexão com as mesmas através do universo lúdico, pois é desta forma que se promove um espaço tanto de fala, quanto de reflexão, e repasse de novos conhecimentos as mesmas.

O público infantil possui uma vastidão de estímulos a serem explorados, gerando uma potencialidade infindável de ferramentas à acessá-los, assim, se torna uma linguagem

universal tanto para as crianças quanto para os adultos, e este é o objetivo do que se buscará a ser relatado neste presente texto.

A experiência de uma atividade ludo educativa aconteceu em uma Virada Sustentável em Manaus-Amazonas, no ano de 2019, promovido por um aglomerado de organizações da sociedade civil, movimentos sociais e culturais, e uma diversidade de órgãos públicos e privados, com o objetivo de levar a um maior número de pessoas a possibilidade de um movimento que valoriza o desenvolvimento sustentável social, que reformula a participação e ação de todos os atores sociais.

Em parceria com a organização deste evento, e baseando-se nessa idealização, e nas diretrizes da sociedade civil organizadora, Cruz Vermelha Brasileira Filial Amazonas, as atividades desenvolvidas nessa experiência foram também respeitando a sustentabilidade, logo, todos os materiais utilizados foram oriundos de produtos reutilizáveis, e produzidos pelos participantes dessa ação.

A Cruz Vermelha tem como princípios a humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade, logo, um dos eixos de foco do trabalho desenvolvido é garantir a promoção de saúde, a partir de estratégias que possam beneficiar a comunidade (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 2020). O Departamento de Primeiros Socorros e Ensino (DPSE), tem a função de facilitar esse desenvolvimento de educação em saúde à comunidade.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pela Cruz Vermelha Brasileira Amazonas, durante a 5ª Virada Sustentável, que ocorreu no dia 28 de julho de 2019, em um espaço público da cidade de Manaus-AM, sob a responsabilidade do departamento de Primeiros Socorros e Ensino (DPSE), a respeito de educação em saúde em Primeiros Socorros voltados para o Público Infantil.

A equipe foi composta por 1 pedagoga, 1 gerente de comunicação, 1 instrutor nacional de primeiros socorros e 3 instrutores estaduais de primeiros socorros, destes, 3 enfermeiros e 1 psicóloga. Tinha-se como intuito levar o conhecimento das principais intercorrências de primeiros socorros às crianças, como: queimaduras, choque elétricos, quedas, cuidados com animais peçonhentos, intoxicação, pedir ajuda corretamente, dentre outros, de forma lúdica, educativa, compreensiva e interessante. Foram idealizados a criação de instrumentos que

ajudassem no repasse de informações, e por se tratar de uma virada sustentável, a matéria prima utilizada foi originada de materiais recicláveis, tais como: caixas de papelão, cano de pvc é manuseado e produzidos pelos próprios instrutores estaduais, durante um dia de trabalho. Foram confeccionados um total de 6 instrumentos, sendo eles: “caixa misteriosa” “Dado dos dodóis”; “bichinhos peçonhentos”; “ossinhos humanos”; “Lousa mágica”; “Quebra-cabeça: Os mascotes da CVBAM”, foram levados ainda seringas com tinta guache, ataduras, gazes, para simular pequenos incidente.



Figura 1. Elaboração e criação dos instrumentos.



Figura 2. Instrumentos prontos

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma tenda própria da instituição, foram expostos aos materiais para a educação em saúde. Por se tratar de um espaço aberto e de acesso à todos, recebeu-se crianças acompanhadas de seus responsáveis, assim como também, crianças desacompanhadas, que viviam nos arredores do local, e em extrema vulnerabilidade, dentre elas, crianças de nacionalidade brasileira e venezuelana.

A atividade decorreu por 05h, seguia-se uma sequência lógica, similar à estações, para que todas crianças tivessem a oportunidade de aprender sobre os diversos temas que estavam sendo expostos. Cada estação era identificada por um brinquedo que fizesse referência ao que se buscava trabalhar com as crianças.

A primeira estação trazia uma caixa misteriosa, que continha 07 materiais que são utilizados em primeiros socorros e 07 utensílios de finalidades diversas. A criança colocava uma das mãos dentro da caixa, puxava um objetivo, e tinha que identificar os materiais que eram destinados ao primeiros socorros e deveria dizer a sua funcionalidade, se soubesse, os objetos que não soubessem para que servia, os instrutores ajudavam, dizendo o nome e função.

Já a segunda estação, do dado mágico que continha 6 lados, e em cada um havia situações rotineiras de acidentes as crianças, como queimadura, corte ocasionado por queda de bicicleta, intoxicação por produtos deixados ao alcance das crianças, choque elétrico, decorrente de brincar com as tomadas de energia elétrica, sangramento nasal e asfixia por objetos colocados na boca. O dado era jogado, e a criança falava o que a imagem apresentava, o que fazer para evitar. Nessa oportunidade, era explicado como evitar queimaduras, como ficar longe de fogão, manipular apenas com ajuda de um adulto, quanto aos cortes, praticar os esportes com os equipamentos de segurança, lavar a ferida com água e sabão, para se evitar intoxicações, não manipular produtos, nem ingerir, para evitar choques elétricos, não brincar com as tomadas, não introduzir objetos ou colocar os dedos, os sangramentos nasais, inclinar a cabeça para frente, utilizar o dedo indicador e o polegar em forma de pinça e fazer leve pressão, é comunicar um adulto, para se evitar asfixia, não colocar objetos na boca.

Na terceira estação, a atividade desenvolvida fora com o quebra-cabeça dos bichinhos peçonhentos, que continha os animais peçonhentos mais encontrados no Estado do Amazonas, como as quatro principais serpentes presentes: cobra cascavel (*Crotalus*), coral

verdadeira(*Micrurus lemniscatus*), surucucu (*Lanthesis muta*), jararaca (*Brothops jararaca*), além do escorpião preto-da-amazônia (*T. obscurus*), e dos aracnídeos: aranha - armadeira (*Phoneutria*), caranguejeira (Infraordem *Mygalomorphae*). As crianças puderam ver a imagem dos animais e os cuidados a serem tomados, como: manter o ambiente onde mora arejado, incluindo quintal e jardim, não colocar a mão em buracos, ter cuidado ao mexer pilhas de madeira, e atenção a locais onde possam haver roedores, já que estes são um dos alimentos desses animais, e também a bater os calçados fechados antes calça-los, não brincar com esses animais e a respeitá-los.

Na quarta estação, houve a simulação de ferimentos com fratura exposta e sangue, foram utilizados algodão, tinta guache, seringas, e tubo pvc como osso, com o objetivo de ensiná-los a biossegurança, não tocar em sangue sem antes estar protegidos, já que existem doenças que podem ser transmitidas pelo sangue.

Para a quinta estação, o quebra-cabeça das mascotes da CVBAM, traziam dois bonecos, devidamente fardados, representando a instituição, onde era explicado sobre a história e quais atividades se desenvolviam na Cruz Vermelha

Na última estação, houve a atividade com a lousa mágica, que foi usada para aprender como pedir socorro, as crianças tinham que preencher na lousa o número do Corpo de Bombeiros – 193, e do Serviço Médico de Urgência Móvel (SAMU) - 192, quando não sabiam, recebiam ajuda dos instrutores.



Figura 3. Aplicação dos instrumentos lúdicos.

Passaram pela tenda 30 crianças, dentre elas, algumas com grau de instrução maior, outras carentes desse conhecimento, e com isso, foi possível atingir o objetivo da ação, que fora de levar educação em saúde sobre primeiros socorros para as crianças, buscando nivelar o nível de conhecimentos gerais sobre ações de cuidado e prestação de primeiros socorros à todas as crianças, visto que inúmeros acidentes ocorrem nessa idade, e com os demais membros de sua comunidade, fazendo com que estes também estejam inseridos na sociedade como promotores de medidas efetivas de primeiros socorros.



Figura 4. Equipe do DPSE e elaboradores da Virada Sustentável.

4. CONCLUSÃO

A experiência de levar a educação em saúde ao público infantil, de diferentes nacionalidades, demonstrou que as atividades lúdicas são eficientes em conseguir promover comunicação, e que quão mais detentoras de conhecimentos sobre a saúde, a partir da idade e maturação que cada uma se encontra.

Devido à variedade de informações prévias que esse público apresentava, também notou-se as discrepâncias de noções, ou não, sobre o que fazer em determinadas situações. Com isso, levar o conhecimento de primeiros socorros a todas as idades, é garantir que

possa haver cada vez mais, maior acessibilidade à sociedade, sobre sua saúde e seu cuidado consigo e com o próximo.

A Cruz Vermelha Brasileira Filial Amazonas em parceria com o Movimento da Virada Sustentável em Manaus, realizou a educação em saúde sobre primeiros socorros voltados para as crianças, disseminando o conhecimento nessa população, através de materiais reutilizáveis, contribuindo para o crescimento da comunidade e preservação do meio ambiente.

5. REFERÊNCIAS

CVBAM. **Cruz Vermelha Brasileira Amazonas.** Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br/pb/institucional/historia-da-cvb/>>. Acesso em 17/09/2020.

HOMEM, C. A ludoterapia e a importância do brincar: reflexões de uma educadora de infância. **Cadernos de Educação de Infância** n. 88, 2009.

QUEIROZ, N.L.N.; MACIEL, D.A.;BRANCO, A.U. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. **Paidéia**, v. 16, n. 34, p. 169-179, 2006.

SALCI, M.A.; MACENO P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

VARIAÇÕES GENÔMICAS EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS DE UMA POPULAÇÃO DO NORTE DO BRASIL

Leopoldo Silva de Moraes¹, Carlos Alberto Machado da Rocha², Plínio Cerqueira dos Santos Cardoso¹, Vanessa Luane Alves de Moraes³, Brenda Samara de Freitas Silva⁴, Gerlyda Meireles da Costa⁵

1. Universidade Federal do Pará (UFPA), Laboratório de Citogenética Humana e Mutagenese. Belém, Pará, Brasil;
2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA), Belém, Pará, Brasil;
3. Universidade da Amazônia (UNAMA). Curso de Medicina Veterinária, Belém, Pará, Brasil;
4. Secretaria Municipal de Saúde de Castanhal. Programa Estratégia Saúde da Família, Castanhal, Pará, Brasil.
5. Hospital Adventista de Belém (HAB), Belém, Pará, Brasil.

RESUMO

A esquizofrenia é abordada como uma doença única, todavia, podemos afirmar que é um grupo de transtornos, onde pacientes apresentam curso clínico, respostas aos tratamentos e sinais e sintomas variáveis. Ela afeta até 1% da população mundial e tem etiologia desconhecida, porém com várias teorias proponentes, entre as quais destacamos neste capítulo as de fundo genético. Em termos clínicos, na esquizofrenia não há um valor mensurável preciso para o diagnóstico, senão o exame do estado mental. O paciente apresenta sintomas que são classificados como positivos (delírios e alucinações), negativos (anedonia, alogia, avolição) e cognitivos (empobrecimento do discurso). As modalidades de tratamento são uma combinação de terapias como as drogas antipsicóticas, as terapias psicossociais, que visam obter melhores resultados para a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes acometidos, uma vez que este transtorno não tem cura. É possível que vários genes em combinação sejam os responsáveis biológicos por alterações no funcionamento cerebral. Componentes ambientais, representados pelas relações vitais que a pessoa estabelece, podem funcionar como fatores psicossociais estressores que afetam a expressão desses genes, fazendo com que a esquizofrenia apareça.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Genética e Teorias etiológicas

ABSTRACT

Schizophrenia is approached as a single disease, however, we can say that it is a group of disorders, where patients have a clinical course, responses to treatments and variable signs and symptoms. It affects up to 1% of the world population and has an unknown etiology, but with several proponent theories, among which we highlight in this chapter those with a genetic

background. In clinical terms, in the schizophrenia there is no precise measurable value for the diagnosis, only the examination of the mental state. The patient has symptoms that are classified as positive (delusions and hallucinations), negative (anhedonia, alogia, avolition) and cognitive (impoverishment of speech). Treatment modalities are a combination of therapies such as antipsychotic drugs, psychosocial therapies, which aim to obtain better results for the quality of life and well-being of the affected patients, since this disorder has no cure. It is possible that several genes in combination are responsible for biological changes in brain function. Environmental components, represented by the vital relationships that the person establishes, can function as psychosocial stressors that affect the expression of these genes, causing schizophrenia to appear.

Keywords: Schizophrenia, Genetics and Etiological theories

1. INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia (ESQ) costuma ser abordada como uma doença única, todavia podemos afirmar que é um grupo de transtornos, com etiologias heterogêneas, onde pacientes apresentam curso clínico, respostas aos tratamentos e sinais e sintomas variáveis, (KAPLAN; SADOCK, 2017). Ela afeta até 1% da população mundial independente do ambiente, cultura ou traços socioeconômicos de cada região. Sua etiopatogenia heterogênea determina uma gama de sinais e sintomas que dificulta o diagnóstico em curto espaço de tempo (SALES et al., 2015).

Considerada pelos estudiosos como o transtorno psiquiátrico mais grave, a ESQ é uma complexa síndrome clínica com manifestações psicopatológicas levando o paciente a mudanças no pensamento, percepção, emoção, movimentos e comportamentos (CHAVES, 2017).

Com características clínicas que incluem sintomas positivos (delírios e alucinações), negativos (distanciamento afetivo, alogia), e cognitivos (prejuízo da memória, atenção e funções executivas), considera-se que a ESQ é uma doença psiquiátrica severa com etiologia complexa e multifatorial.

Doença com enorme potencial de desencadear incapacidade na vida de seus portadores, a ESQ revela-se como um grande problema de saúde pública, prejudicando a garantia da saúde e do bem-estar dos esquizofrênicos (CHAVES, 2017). A ESQ afeta o “eu”, sendo responsável por alterações na estrutura vivencial e levando a consequências significativas como déficits biopsicossociais, os quais prejudicam a qualidade de vida do doente e das pessoas no seu entorno, particularmente seus familiares (DAMHA, 2015).

Eventos que expõem casos de determinadas doenças na mídia, envolvendo uma personalidade famosa e chamando atenção por alguma diferença no visual ou no comportamento, trazem a doença mais para perto mesmo das pessoas que não convivem com ela diretamente (ROCHA, 2013). Em 2001, o longa-metragem “Uma Mente Brilhante” baseado no livro de Sylvia Nasar, de 1998, surpreendeu o público pela vida de superações de John Nash. Ele foi considerado um gênio da matemática, e após os 30 anos apresentou uma doença mental sem cura, que o impossibilitava de discernir o real do irreal. Assim, foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide e viveu até 2015, quando faleceu com sua esposa em um acidente automobilístico (BARROS et al., 2020).

A observação de maior número de casos de ESQ em certas famílias levou os pesquisadores a sugerirem que os componentes genéticos estão intimamente relacionados à etiopatogenia da doença. Em estudo recente, divulgado na revista *Nature* (KAHN et al., 2015), os pesquisadores compararam o genoma de 37 mil pessoas com a patologia e outras 113 mil sem o transtorno. Nessas análises, as variações genéticas que aparecem significativamente mais vezes nas pessoas com o transtorno são consideradas “associadas” ao distúrbio.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Há uma longa história na evolução dos conceitos, começando com Hipócrates, 4600 a.C., que descreveu a ESQ como um *delirium* orgânico. A magnitude do problema da ESQ atraiu a atenção de figuras importantes da psiquiatria e da neurologia ao longo da história.

No século XIX, Benedict Morel (1809–1873), um psiquiatra francês, em 1851 aplicou o termo *Démence precoce* para pacientes deteriorados cuja doença havia se iniciado na adolescência. Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) descreveu os sintomas da catatonia. Ewald Hacker (1843-1909), em 1871, definiu hebefrenia como deterioração mental e comportamentos agressivos. No século XX, o termo "esquizofrenia" (do grego *skhizein*, “dividir”; *phrênos*, “pensamento”, “mente”) foi assinalado por Eugen Bleuler, em 1911, como “divisão da mente”, “mente fendida” ou “mente dividida – o transtorno caracterizado pela perda da associação entre os processos de pensamento e entre pensamento, emoção e

comportamento. Emil Kraepelin (1896-1926), apresentou uma distinção entre esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva, classificando pela primeira vez as formas clínicas em hebefrênica, catatônica e paranoide (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os critérios de diagnóstico da esquizofrenia com base na classificação nacional de doenças (CID-10). Não obstante toda contribuição de todos os autores ao longo dos tempos e da evolução do conceito de esquizofrenia, a definição conceptual e clínica da enfermidade ainda estão longe de um consenso.

Com uma longa história na evolução dos conceitos nos quais Hipócrates, 4600 a.C. descreve a ESQ como um *delirium* orgânico. Passando por Morel (1851), faz referência a demência precoce, Ewald Hecker, 1871 , que define como hebefrenia como deterioração mental e comportamentos agressivos, Kraepelin, 1896 , que vem fazendo a distinção entre esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva., classificando pela primeira vez as formas clínicas em hebefrênica, catatônica e paranoide em 1899 , Minkowski, 1953, afirma que o paciente exibe um afastamento da realidade, em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) define os critérios de diagnóstico da esquizofrenia com base na classificação nacional de doenças (CID-10). Não obstante toda contribuição de todos os autores ao longo dos tempos e da evolução do conceito de esquizofrenia, a definição conceptual e clínica da enfermidade ainda está longe de ter conformidade.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A ESQ assume o 4º lugar dentre os transtornos mentais que mais atingem a população em atividades laborais, perdendo apenas para a depressão (1º lugar), alcoolismo, transtornos de ansiedade e stress, ressaltando seu valor incapacitante. A população de jovens e adultos é a mais afetada por este transtorno mental crônico (SALES et al., 2015).

De acordo com Wu (2015), a ESQ inicia-se entre a adolescência e a vida jovem adulta (em torno dos 13 aos 28 anos), predominantemente na terceira década de vida. Importante salientar que entre homens e mulheres não há desigualdade de acometimento, no entanto nelas a síndrome se inicia mais tardiamente e possui um curso menos agressivo. Não há estudos que justifiquem essa divergência entre os gêneros.

A condição etiológica multifatorial da ESQ é bem evidenciada em estudos com gêmeos monozigóticos, dizigóticos e filhos adotivos onde é comprovado que a semelhança genética neste transtorno entre os monozigóticos é de 50% e nos dizigóticos 15%, ao passo

que esse componente genético deveria ser de 100% e 50%, respectivamente, caso os fatores ambientais não influenciassem (RANGEL; SANTOS, 2013). Em relação aos adotivos, a expectativa de desenvolver a ESQ é maior em filhos de mães biológicas afetadas que em não afetadas, conferindo a influência genética (RODRIGUES, 2018).

Em um trabalho de meta-análise, Immonen (2017) conclui que a idade de início dos sintomas da ESQ, tem um impacto pequeno, embora significativo, em alguns casos desse transtorno psicótico. Segundo (2015), com taxas de suicídio 20 vezes maiores que da população em geral, a ESQ está entre as doenças neuropsiquiátricas graves e apresenta uma estatística de esperança de vida média 20% menor. As hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e emergenciais, medicações, suscitam um enorme custo social quer indireto devido à improdutividade quer direto para o estado, além dos associados a repercussões familiares.

2.3 TEORIAS ETIOLÓGICAS

Explicar a etiopatogenia da ESQ é hoje um dos grandes desafios de diversos grupos de pesquisa na área da psiquiatria, sabe-se que fatores como variáveis biológicas específicas, tais como os fatores genéticos, bioquímicos e alterações sutis na morfologia cerebral estão diretamente envolvidos na gênese desta importante entidade nosológica. Assim, inúmeras são as explicações para a etiopatogênese da doença, mas ainda não são suficientes para elucidar tal fisiopatologia, colocando a ESQ como uma das desordens psiquiátricas mais complexas e desafiadoras (SOUZA, 2008).

Pouco citadas em outros trabalhos, as infecções virais durante a gestação têm uma grande relação no aumento da probabilidade de desenvolver a esquizofrenia. É a hipótese defendida por Rahmoune, Harris, Guest e Bahn, (2013). Esses autores acreditam que devido as infecções provocarem mudanças nos estágios de neurodesenvolvimento do feto em função de ação de agentes pró e anti-inflamatórios, são responsáveis por variações no desenvolvimento do cérebro e, por conseguinte, no comportamento do indivíduo.

As causas da ESQ ainda são desconhecidas, havendo várias propostas difundidas na literatura, com destaque para: Hipótese do Distúrbio do Neurodesenvolvimento (Alterações Estruturais); Teorias Neuroquímicas (A hipótese dopaminérgica); Teoria Genética; Teorias Psicológicas (SILVA, 2006). Neste capítulo, a Teoria Genética receberá maior atenção.

2.3.1 Alterações estruturais

Doença de neurodesenvolvimento com neurodegeneração é assim que alguns autores consideram a ESQ. Com o advento das técnicas de neuroimagens pesquisadores conseguiram relatar que existe uma perda de volume cerebral nos portadores da ESQ, a restringida densidade de axônios, dendritos e sinapses são as principais suspeitas para estas alterações estruturais no SNC, ainda corroboradas com outras anormalidades encontradas como aumento no tamanho ventricular, alterações no córtex pré-frontal e hipocampo, diminuição no número de neurônios em algumas áreas do cérebro (RANGEL, 2014).

2.3.2 A hipótese dopaminérgica

A dopamina é um importante neurotransmissor do tipo catecolaminérgico encontrado no Sistema Nervoso Central (SNC) e que regula importantes vias de sinalização através da ativação de cinco tipos de receptores (D1, D2, D3, D4 e D5). Derivada do mesmo precursor da noradrenalina e adrenalina, esta catecolamina possui ampla distribuição no Sistema Nervoso Central (SNC), sobretudo nas áreas mesocortical, nigro-estriatal, túbero infundibular e mesolímbica, áreas essas que tem papéis importantes na coordenação dos movimentos corporais, motivação e esforço e recompensa, emoções e comportamento e secreção de hormônios (CUPERTINO, 2014).

Esta hipótese surgiu com o aumento do metabolismo de dopamina devido a administração dos antipsicóticos (AP) clorpromazina e Haloperidol em camundongos, e foi reforçada pela observação de que o tratamento da psicose com Reserpina levava ao bloqueio da receptação de dopamina e de outras monoaminas. Assim pesquisadores concluíram que os sintomas positivos da ESQ estão intimamente relacionados aos elevados níveis de dopamina ou de seus metabólitos em determinadas estruturas do SNC, por outro lado atribui-se os sintomas negativos da doença (ESQ) ao baixo nível de dopamina, conclusão que se chega nas observações comportamentais em animais e pacientes com lesões de córtex do lobo frontal (ZANATTA, 2014).

O mal funcionamento da via dopaminérgica mesolímbica pode estar vinculado ao aparecimento dos sintomas positivos da esquizofrenia (delírios, alucinações, pensamento desordenado); enquanto que as alterações na via dopaminérgica mesocortical podem estar relacionadas aos sintomas negativos (redução do afeto, anedonia, iniciativa diminuída) e cognitivos (MORAES et al., 2019).

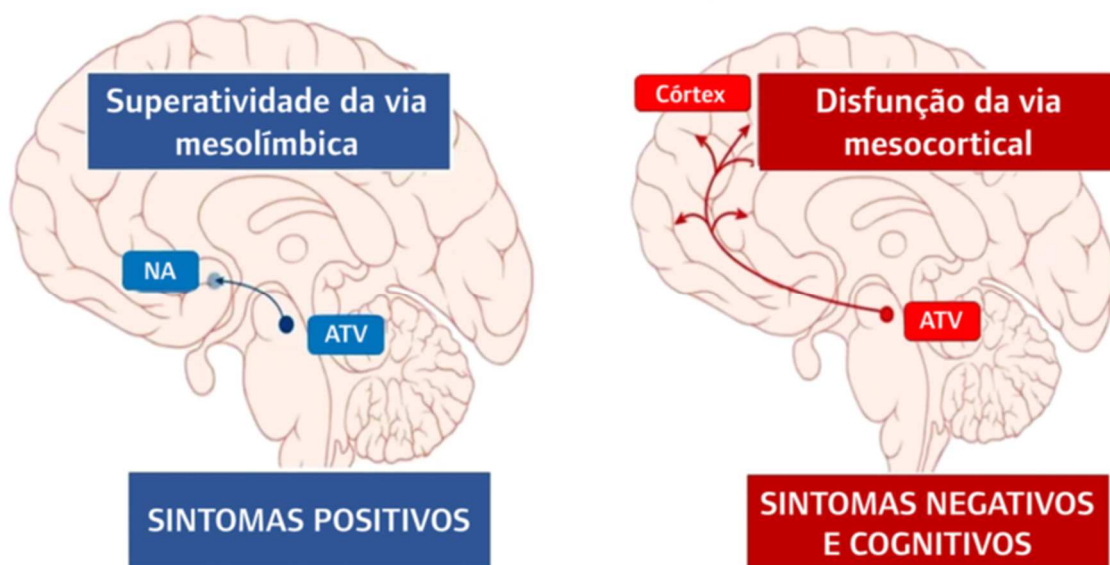


Figura 1. Vias dopaminérgicas relevantes para os sintomas da esquizofrenia. ATV = área tegmental ventral; NA = núcleo accumbens. Fonte: (MORAES et al., 2019).

2.3.3 Teoria genética

Entre os genes conhecidos, 93% contêm polimorfismos e 98% estão a pelo menos 5 Kb distantes de um. Logo, quase todos os genes ou regiões gênicas são marcados por uma dessas sequências variáveis (SACHIDANANDAM et al., 2001).

Por serem encontrados por todo o genoma, os polimorfismos geram alelos funcionais ou fisiologicamente relevantes, pois, em uma região codificante, podem ter impacto na proteína, em um íntron, podem influenciar no mecanismo de *splicing* e, no promotor, podem modificar a transcrição gênica (KRAWCZAK et al., 1992).

Além disso, os polimorfismos são reconhecidos como importantes ferramentas na genética humana e médica e têm sido amplamente utilizados nos estudos de associação genética de várias doenças complexas, como por exemplo: distúrbios cardiovasculares, auto-imunes, obesidade, osteoporose, diabetes, câncer e psiquiátricos, como no caso da ESQ. Em humanos, várias análises de polimorfismos também têm sido conduzidas ao longo do genoma, na intenção de determinar os padrões dos haplótipos nas populações. Os dados destas análises são de extrema utilidade para o estudo das bases genéticas das doenças complexas comuns (PHILLIPS et al., 2003).

É flagrante que variações na sequência genômica contribuem para diversidade fenotípica e apontam suscetibilidade ou resistência contra vários tipos de doença. Deste

modo, estima-se que os riscos da maioria das doenças complexas podem ser fortemente influenciados pelos padrões polimórficos em certos genes-chave de suscetibilidade, ainda a serem identificados. O mesmo raciocínio pode ser aplicado para variações interindividuais de ordem genética na resposta a medicamentos, um campo de grande interesse da indústria farmacêutica. O benefício em ter um mapa de polimorfismos é que este possibilita a cobertura de todo o genoma; portanto, os pesquisadores podem comparar os padrões e frequências das variações de seus pacientes e, desta forma, associá-los à doença em questão (LANDER et al., 2001).

Os estudos nessa área já permitiram a identificação de numerosas regiões do genoma humano que mantêm alguma relação com a ESQ. Uma das regiões já identificadas no genoma é a banda 22q11.2, ou seja, um pequeno trecho do braço longo do cromossomo 22 (MORAES et al., 2019).

A deleção 22q11.2 representa o principal fator de risco conhecido para o desenvolvimento da ESQ (GIUSTI-RODRÍGUEZ; SULLIVAN, 2013; SCHNEIDER et al., 2014). Estima-se que cerca de 25% das crianças com deleção 22q11.2 desenvolverão ESQ na adolescência ou na idade adulta, enquanto que em pacientes com ESQ não selecionados estima-se que a frequência dessa deleção seja de 1:50 a 1:100 (WILLIAMS, 2011; SQUARCIONE et al., 2013). Tal fato tem estimulado a realização de estudos moleculares em genes da região 22q11.2 na intenção de se identificar possíveis marcadores relacionados com o fenótipo da ESQ (SHIN et al., 2010; IRA et al., 2013; SQUARCIONE et al., 2013).

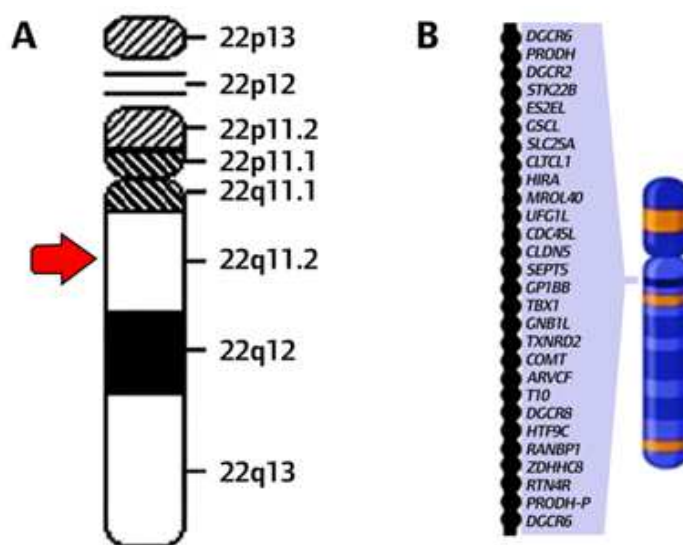


Figura 2. A Banda 22q11.2.

Em (A) são mostradas as bandas do cromossomo 22 com a seta indicando a localização da banda 22q11.2. Em (B) um idiograma do cromossomo 22, apresentado vários genes da banda 22q11.2. Fonte: Adaptado de MORAES et al., 2019.

Os genes localizados em 22q11.2, que potencialmente podem estar envolvidos na gênese da ESQ, são relacionados ao neurodesenvolvimento e à maturação cerebral. Assim, a presença de mutações ou de alelos polimórficos específicos nesses genes poderiam determinar alterações neuroestruturais nas substâncias cinzenta e branca, importantes na fisiopatogenia da ESQ (GIUSTI-RODRÍGUEZ; SULLIVAN, 2013). Por esse motivo, genes como *COMT* e *ZDHHC8*, são apontados como candidatos à suscetibilidade para ESQ (SHIN et al., 2010; CLELLAND et al., 2011; JANG et al., 2013; OTA et al., 2013, MICHELOTTI et al., 2014) e serão abordados mais detalhadamente adiante, em um tópico particular.

Uma descoberta mais recente indica que existe estreita associação da susceptibilidade e desenvolvimento da esquizofrenia com o gene C4 (Complemento C4). Esse gene está localizado no braço curto do cromossomo 6 (6p21.3) e sua função corresponde à codificação de duas proteínas distintas (C4A e C4B), necessárias para o sistema complemento, um componente imunológico do nosso organismo. As duas proteínas diferem apenas em quatro aminoácidos. O número de cópias gênicas de C4A e C4B, o tamanho do gene e a inserção de regiões HERV (retroviral endógena humana) podem variar de indivíduo para indivíduo (BARROS *et al.*, 2020). Os mesmos autores informam ainda que o nível de C4A chega a ser 40% maior nos esquizofrênicos, quando comparados a indivíduos normais, predizendo, portanto, que a expressão de C4A esteja associada à doença.

2.4 DIAGNÓSTICO

Kaplan e Sadock (2017) explicam que a história psiquiátrica e o exame do estado mental fundamentam o diagnóstico da esquizofrenia não havendo nenhuma outra forma de avaliação.

Por não existir sintomas patognomônicos, a ESQ é difícil de ser definida ou descrita, assim sendo seu diagnóstico segue as mesmas dificuldades para a definição.

O DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) não classifica mais a ESQ em subtipos, porém adotamos essa classificação em função da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o CID-10 (Código Internacional de Doenças) ainda utilizar como critério clínico para a maioria dos médicos diagnosticar esta patologia no mundo todo (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Os subtipos de esquizofrenia são definidos por seus sintomas predominantes. Esses subtipos incluem: (1) paranoide, no qual estão presentes predominantemente ilusões ou alucinações auditivas; (2) desorganizado, no qual predominam discurso e comportamento

desorganizados; (3) catatônico, no qual auto-sintomas característicos (catatonia) são permanentes; (4) indiferenciado, que é uma categoria não-específica. (5) o subtipo residual, ausências de delírios e alucinações (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Os diferentes subtipos constituem classificações baseadas na predominância de certos sintomas que têm sua utilidade principalmente para efeitos dos tratamentos medicamentosos uma vez que determinados sintomas reagem mais a certos medicamentos do que outros (AMARAL, 2005).

Os tipos de sintomas que são utilizados para fazer um diagnóstico de esquizofrenia diferem entre as pessoas afetadas e ainda pode mudar ao longo do tratamento mesmo em uma única pessoa portadora do sofrimento que a doença progride. Os diferentes subtipos constituem classificações baseadas na predominância de certos sintomas que têm sua utilidade principalmente para efeitos dos tratamentos medicamentosos uma vez que determinados sintomas reagem mais a certos medicamentos do que outros (AMARAL, 2005).

Buscando vários critérios de classificação dos tipos de ESQ, concluímos que há diversas classificações com critérios também diferenciados, optamos aqui em utilizar os critérios do DSM V, o qual utiliza apresentação clínica de sintomas para classificar a ESQ em 5 (cinco) subtipos:

2.4.1 Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia caracteriza-se pela preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes, classicamente delírios de perseguição e grandeza. Esses pacientes tendem a ser tensos, desconfiados, resguardados, reservados e podendo as vezes ser hostis e agressivos.

Este tipo de ESQ normalmente tem ocorrência ao fim da segunda ou terceira década de vida. A esquizofrenia paranoide é caracterizada pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. São pacientes tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer um ato de violência.

2.4.2 Esquizofrenia desorganizada

Este tipo de ESQ caracteriza-se por uma regressão de comportamento exacerbado para o primitivismo e desinibição acentuada com flagrante desorganização principalmente

de curso de pensamento. O portador deste tipo de ESQ costuma ser ativo, no entanto pouco produtivo. Com comprometimento da aparência pessoal e das relações sociais. O quadro clínico tem aparecimento precoce antes dos 25 anos de idade (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Desorganização e transtorno de pensamento, incoerência e dissociação, afetividade e respostas sócio-emocionais inadequadas, aparência pessoal e contato com a realidade precário, comportamento hilário e bizarro, maneirismo e retraimento social são os sintomas predominantes nos portadores desse subtipo de ESQ, esses pacientes podem ter suas atividades de vida diária como vestir, tomar banho ou escovar os dentes, dentre outras prejudicados ou até mesmo perderam significativamente (CARREIRA, 2008).

2.4.3 Esquizofrenia catatônica

Perturbação motora é seu estado clássico, como estupor, negativismo, rigidez, mutismo, excitação ou postura bizarra, costuma associar a estes sintomas flexibilidade cética (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Na Esquizofrenia Catatônica a característica clínica mais observada são as alterações psicomotoras, esturpor, rigidez, excitação, negativismo ou posturas bizarras, acompanhadas de estereotípias, maneirismos, mutismo e flexibilidades cética são sintomas observados com frequência nesses pacientes.

2.4.4 Esquizofrenia indiferenciada

Os pacientes são classificados neste subtipo quando não é possível enquadrá-lo em outro subtipo os pacientes têm sintomas da esquizofrenia que não são suficientemente formadas ou específicos o suficiente para permitir a classificação da doença em um dos outros subtipos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

2.4.5 Esquizofrenia residual

O paciente já não apresenta sintomas proeminentes, no entanto, o tipo residual tem evidências clínicas de transtorno esquizofrênico com ausência de um conjunto completo de sintomas ativos ou sintomas insuficiente para classificá-lo em outro tipo de esquizofrenia. (KAPLAN; SADOCK, 2017).

2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A discussão dos sinais e sintomas clínicos da ESQ levanta três questões-chave. Primeiro não existe um sinal ou sintoma clínico patognomônico: todos os sinais ou sintomas observados na ESQ ocorrem em outros transtornos psiquiátricos ou neurológicos. Os sintomas se alteram ao longo do tempo. Deve-se levar em conta a vantagem cognitiva do paciente na investigação (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Definida por um conjunto de sintomas, a ESQ é caracterizada como uma síndrome, no entanto, nenhum deles é considerado patognomônico, para definir diagnóstico (DAMHA, 2015).

Na maioria dos casos, o início dos sintomas esquizofrênicos, de acordo com os critérios diagnósticos, é precedido por um período prodrômico caracterizado por sinais iniciais de deficiência nas funções pessoais e sociais. Não há um consenso na duração da fase prodrômica, podendo variar entre meses ou até anos (ALVARENGA; GUERRA, 2008; ANDRESASEN; BLACK, 2009).

O quadro clínico da doença inclui alterações em quase todas as funções da esfera psíquica, ou seja, percepção, pensamento, linguagem, memória e funções executivas. Os sintomas podem ser divididos em dois grupos: os positivos e os negativos. Segundo o quadro 1, os sintomas positivos são caracterizados pela presença de manifestações psíquicas que deveriam estar ausentes, enquanto os negativos se caracterizam pela ausência de manifestações psíquicas que deveriam estar presentes (ALVARENGA; GUERRA, 2008; ANDRESASEN; BLACK, 2009).

Os sinais comportamentais geralmente manifestam-se após o primeiro episódio psicótico, sintomas como: dificuldades de adaptação familiar, social e ocupacional (GREEN, 2006).

Os sintomas positivos manifestam-se nos momentos de crise (fase aguda), são assustadores, os mais comuns são: alucinações e delírios, os pacientes creem que são outras pessoas e têm crenças insólitas (delírios); Alterações da percepção – eles veem, ouvem e sentem coisas que não existem, não são verdadeiras (alucinações); Sentimento de estar sendo controlado por forças exteriores.

Quadro 1. Sintomas frequentes na esquizofrenia.

Sintomas Negativos	Sintomas Positivos
Alteração afetiva Expressão facial inalterada Diminuição dos movimentos espontâneos Pobreza de gestos expressivos Pouco contato visual Diminuição ou ausência de resposta afetiva Afeto inapropriado Falta de modulação vocal	Alucinações Auditivas Vozes que fazem comentário Vozes que conversam entre si Somáticas Táteis Olfativas Visuais
Alogia Pobreza de fala Pobreza de conteúdo da fala Bloqueio do pensamento Maior latência de resposta	Delírios Persecutórios De ciúmes Culpa Pecado Grandiosidade Religiosos Somáticos De referência De ser controlado De leitura da mente Transmissão de pensamento Inserção de pensamento Retirada de pensamento
Abulia-apatia Deficiência nos cuidados pessoais e na higiene Falta de persistência no trabalho ou nos estudos Anergia física	Comportamento bizarro Roupas Aparência Comportamento social Comportamento sexual Agressivo/agitado Repetitivo/estereotipado
Anedonia Poucos interesses Poucas atividades recreativas Comprometimento das relações afetivas Poucos relacionamentos com amigos	Alteração formal do pensamento Descarrilamento Incoerência Falta de lógica Fala acelerada Reverberação Neologismo
Atenção Diminuição de concentração	

Fonte: Adaptado de Andreasen (1987).

Enquanto os sintomas negativos impossibilitam o paciente para o trabalho e para coisas do cotidiano (práxis), o paciente apresenta-se em desalinho, passa a não se preocupar nem com a própria higiene; Desprezo pelas pessoas e pelo ambiente; Falta da concentração;

e falta de energia e motivação (anedonia e avolição) Estes sintomas refletem-se na baixa autoestima, falta de emoções, e perda geral de interesse pela vida (MORAIS, 2015). Os sintomas negativos tendem a ser mais comuns em pacientes mais velhos do que nos mais jovens (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Os sintomas cognitivos incluem principalmente o embotamento afetivo, o autismo, o empobrecimento do discurso, a ambivalência, a falta de espontaneidade, a dificuldade em estabelecer relações e alterações de memória e atenção (JAVITT et al., 2004).

A doença é separada entre sintomas positivos e negativos/ cognitivos. Dentre os positivos podem ser listados a agitação psicomotora, os delírios e as alucinações. Já os negativos/ cognitivos incluem o embotamento afetivo, o autismo, o empobrecimento do discurso, a ambivalência, a falta de espontaneidade, a dificuldade em estabelecer relações e alterações de memória e atenção (JAVITT et al., 2004).

2.6 TRATAMENTO

A ESQ é uma doença crônica caracterizada por alterações de pensamento, que afeta diretamente a percepção e pensamentos no meio circundante de um indivíduo, causando grandes consequências negativas na vida das pessoas, além de gerar alto custo resultantes de um tratamento de longa permanência e demandas especiais nos serviços de saúde. Atualmente no Brasil o sistema de saúde (SUS) oferece os antipsicóticos de segunda geração somente para pacientes refratários ao tratamento com os de primeira geração para aqueles que estejam registrados no “Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional”.

Os antipsicóticos se caracterizam por sua ação psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores, se tornaram base para o tratamento de esquizofrenia nos últimos 50 anos, são utilizados tanto na fase aguda, de manutenção, como também na fase recidiva ao longo prazo.

De acordo com Falkai e seus colaboradores (2006) a efetividade, dos antipsicóticos de primeira geração (APGs) é incontestável, quanto à redução dos sintomas positivos e na prevenção de recidivas, apesar disso, é limitada no alcance sobre os sintomas negativos e a disfunção cognitiva, onde favorece para baixa qualidade de vida e os déficits funcionais o que compromete a aderência ao tratamento. Devido está limitação houve um progresso ainda maior, pois ao antipsicóticos de segunda geração (ASG), em sua maioria, mostram-se mais eficazes quanto à redução da psicopatologia, redução do número de recaídas e

conseqüentes. No entanto, os antipsicóticos de segunda geração estão relacionados a alguns riscos, como metabolismo de lipídeos, distúrbios de utilização de glicose e ganho de peso, que são conhecidos em antipsicóticos convencionais. Diferentemente dos antipsicóticos de primeira geração (APG), a maioria dos novos antipsicóticos, também denominados antipsicóticos de segunda geração (ASG), tem como principal característica farmacológica maior afinidade aos receptores serotoninérgicos do que aos dopaminérgicos.

2.7 GENES *COMT* E *ZDHHC8*

O gene *COMT* (*Catecol-O-Metil-Transferase*) é um dos principais candidatos para a suscetibilidade à ESQ e codifica a enzima COMT, envolvida na via da degradação de transmissores catecolaminérgicos de forma que a variação na sua atividade pode ter efeitos específicos no córtex pré-frontal (como, por exemplo, no mecanismo de transmissão da dopamina) e na memória de trabalho (SMITH et al., 2014).

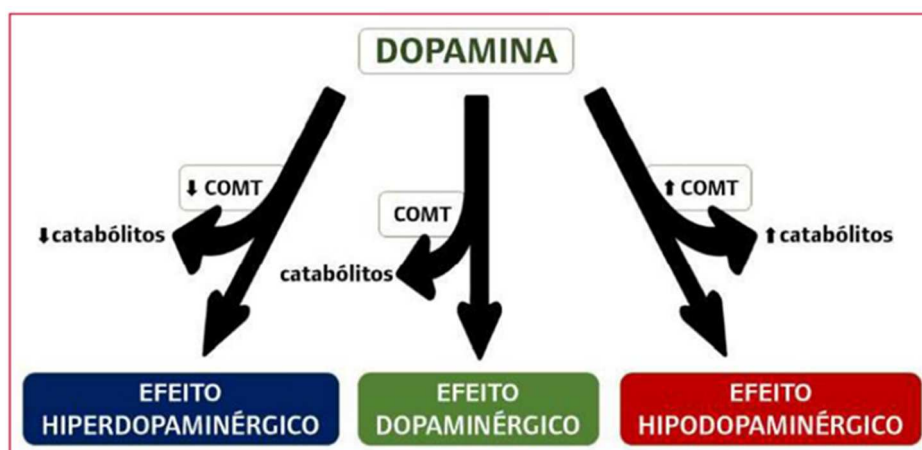


Figura 3. Atividade de degradação da dopamina. Variações na disponibilidade da enzima COMT afetam o nível de atividade da dopamina.

Fonte: (MORAES et al., 2019).

O gene *ZDHHC8* (*Zinc Finger DHHC Domain-Containing Protein 8*) codifica uma enzima transmembrana do tipo palmitoiltransferase, que é altamente expressa no cérebro humano de adultos. A palmitoilação é um importante mecanismo no tráfego e modulação de diversas proteínas citosólicas e de membrana, especialmente em neurônios (EL-HUSSEINI; BREDET, 2002). Análises de expressão em cérebros de camundongos adultos demonstraram altos níveis de expressão dessa proteína no córtex e no hipocampo, áreas que

presumivelmente desempenham um papel importante na fisiopatologia da ESQ (GIUSTI-RODRÍGUEZ; SULLIVAN, 2013).

A importância dos mecanismos fisiológicos em que estão envolvidos os genes *COMT* e *ZDHHC8* permite imaginar que alterações em suas estruturas, como as causadas por polimorfismos e mutações, possam interferir no funcionamento e, conseqüentemente, no surgimento de patologias associadas, como a ESQ. De fato, diversos estudos de análise de estrutura desses genes têm sido desenvolvidas na intenção de se avaliar a associação dessas variações com a suscetibilidade à ESQ (KEMPF et al., 2008; OTA et al., 2010; CHENG, 2012; WRIGHT et al., 2012; GIUSTI-RODRÍGUEZ; SULLIVAN, 2013; GOTHELF et al., 2013; JANG et al., 2013; ZARCHI et al., 2013).

2.8 POLIMORFISMOS DE *COMT* E *ZDHHC8* EM UMA POPULAÇÃO DO NORTE DO BRASIL

O estudo de Moraes (2015) avaliou o papel de duas variações genômicas (dois polimorfismos), uma no gene *COMT* e outra no gene *ZDHHC8*, em uma população de pacientes com ESQ do estado do Pará.

O gene *COMT* contém um polimorfismo que causa, na posição 158 do polipeptídeo (enzima COMT), a mudança de aminoácido valina (Val) por metionina (Met), alterando a atividade da enzima. A COMT-Val mostra uma atividade de degradação pós-sináptica de dopamina cerca de quatro vezes maior que a COMT-Met. Observa-se, então um polimorfismo funcional: indivíduos homozigotos Val-Val são inativadores rápidos de dopamina; homozigotos Met-Met são inativadores lentos, o que favorece a ocorrência de efeitos hiperdopaminérgicos; os heterozigotos (Val-Met) têm catabolismo intermediário (MORAES et al., 2019).

Até janeiro de 2010 foram reportados quase dezoito milhões de polimorfismos em genes humanos no *SNP database* (dbSNP) – um banco de dados curado, que foi incorporado ao NCBI (*National Center for Biotechnology Information*). Cada SNP depositado no dbSNP tem um registro particular indicado como “rs” (refSNP) seguido de um número que é designado de acordo com a ordem de deposição no banco (IZZO, 2010). O polimorfismo *ZDHHC8* rs 175174 tem recebido papel de destaque no estudo molecular da ESQ (MORAES, 2015).

No estudo de Moraes (2015), participaram 130 pacientes esquizofrênicos (recrutados no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-PA) e 175 indivíduos saudáveis

(recrutados da população geral em Belém-PA). O DNA genômico foi obtido de leucócitos do sangue periférico desses indivíduos. A genotipagem dos polimorfismos *COMT* Val158Met e *ZDHHC8* rs 175174 foi realizada por meio de discriminação alélica com PCR em tempo real. Testes estatísticos foram utilizados para avaliar a associação entre os polimorfismos investigados e a suscetibilidade à ESQ.

Os resultados indicaram uma ausência de associação entre ambos os polimorfismos com a chance de ESQ na população estudada (*COMT* Val158Met [p = 0,216 para o grupo caso e p = 0,544 para o grupo controle]; *ZDHHC8* rs 175174 [p = 0,460 para o grupo caso e p = 0,274 para o grupo controle]). Todavia, quando categorizada por sexo, encontrou-se uma associação dicotômica entre o genótipo Met-Met do polimorfismo *COMT* Val158Met e a suscetibilidade à ESQ, conferindo uma chance maior da doença em homens. Além disso, a análise de variância revelou uma associação dos genótipos Val-Met (*COMT* Val158Met) e GG (*ZDHHC8* rs 175174) com maiores médias de idade de início da ESQ.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESQ é uma doença psiquiátrica bastante severa, com etiologia complexa e multifatorial, que acomete pessoas de todas as classes sociais. Considerada como o mais grave dos transtornos psiquiátricos e um grande problema de saúde pública, a ESQ apresenta um risco de morbidade de 7,2/1000 pessoas na população mundial, embora ocorram diferenças entre as estimativas de prevalência de países em desenvolvimento.

O estudo de Moraes (2015) suporta a hipótese de associação dependente de gênero do polimorfismo *COMT* Val158Met com a ESQ, além de apontar uma influência de ambos os polimorfismos estudados (*COMT* Val158Met e *ZDHHC8* rs 175174) com a idade de início da doença.

É possível que vários genes em combinação sejam os responsáveis biológicos por alterações no funcionamento cerebral. O ambiente, ou seja, as relações vitais que a pessoa estabelece podem funcionar como fatores psicossociais estressores que afetam a expressão desses genes, fazendo com que a doença apareça.

4. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, P.; GUERRA, A. **Fundamentos em psiquiatria**. São Paulo: Manole. American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association DSM-V: **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV**. 4ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

BARROS, J.B.S.; **SANTOS**, S.L.F.; **REIS**, A.A.S.; **SANTOS**, R.S. O gene C4 e a susceptibilidade a esquizofrenia: um contexto baseado na obra “Uma Mente Brilhante”. **Genética na Escola**, v. 15, n. 1, p. 88-95, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. Brasília – DF, 2013.

CHAVES. R.C.C.; SILVA, W. F.; Esquizofrenia: Abordagem teórica, convívio familiar e assistência profissional, **Revista Uningá Review**, v. 31 n. 1, p.56-62, 2017.

DAMHA, A.C.; COSTA, S.M.; ZANLUCA, A. P.; MADUREIRA, E.M.P.; LISE, AM.R. A estigmatização da esquizofrenia com enfoque nos profissionais de saúde. **Revista Thêma et Scientia**, v. 5, n. 2e, p. 38-45, 2015.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV**. 4ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

MORAES, L.S.; SILVA, M. R.; CUNHA, L. A.; ROCHA, S. M.; ROCHA, C.A.M. Gene *COMT* e sua possível relação com a esquizofrenia. **Genética na Escola**, v. 14, n. 1, p. 78-85, 2019.

RANGEL, B.L.; SANTOS, A. Aspectos genéticos da esquizofrenia – revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 16, n. 3, p. 27-31, 2013.

ROCHA, C.A.M. **As Pernas do Caranguejo**, *cancer crura*. 1ª ed. Belém: Editor: Carlos Alberto Machado da Rocha, 2013.

SALES. C.F.N.; MONTEIRO, K.M.S.L.; Esquizofrenia e seus fatores adocedores: um estudo multifatorial. **Psicólogo informação**, v. 19, n. 19, p. 45-62, 2015.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 9, n. 2, p.48-55, 2001.

GREEN, M. F. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 67, n. suppl 9, p. 36-42, 2006.

HALES, R.; YUDOFKY, S.; GABBARD, G. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LISE, A.M.R. **Revista Thêma et Scientia**, v. 5, n. 2E, 2015.

- MORAIS, M.C. **O sofrimento psíquico dos familiares de um portador de esquizofrenia : uma revisão bibliográfica.** (TCC) Graduação em Farmácia – Universidade Federal da Paraíba João Pessoa, 2015.
- RAHMOUNE, H.; HARRIS L.W.; GUEST, P.C. BAHN, S. Explorando o componente inflamatório da esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 1, p. 28-34, 2013.
- RANG, H.P.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J.; HENDERSON, G. R. D. **Farmacologia.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SCHISLER, V. **Farmacoterapia no tratamento da esquizofrenia.** (TCC) Graduação em Farmácia - Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, Sinop, 2017
- SILVA, J. C. F. **Genes Envolvidos na Determinação da Esquizofrenia.** (Tese) Mestrado em Ciências Farmacêuticas - Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2015.
- THORNICROFT, G. TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária.** Barueri: Manole; 2010.
- WU, Y; DUAN, Z. Visualization analysis of author collaborations in schizophrenia research. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 1-8, 2015.
- ZANATTA, G., **Análise da ligação dos antipsicóticos eticloprida, haloperidol e risperidona no receptor dopaminérgico D3 : uma abordagem por ancoramento molecular, bioquímica quântica e dinâmica molecular.** (Tese) Doutorado em Bioquímica – Universidade Federal do Rio Grand do Sul, Porto Alegre, 2014.

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2018

**Bianca Onofre Ferreira da Silva¹, Milena de Souza Borges¹, Thauan Melo da Cunha¹ e
Eufrasia Santos Cadorin^{1,2}**

1. Curso de Odontologia do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

O câncer oral pode ser definido como um conjunto de neoplasias, que tem localização primária os lábios e estruturas da cavidade oral. Este corresponde a 40% de todos os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço. O estudo propõe-se analisar a taxa de mortalidade por câncer bucal no Brasil no período de 2008 a 2018. Trata-se de um estudo retrospectivo transversal, de natureza básica e abordagem quantitativa realizada a partir da base de dados secundários do Instituto Nacional do Câncer (INCA-2020) utilizando as variáveis de gênero e localização primária do Câncer Bucal, inseridos nas categorias C00 a C03 e C06 do Código Internacional de Doenças (CID). Dados demonstram que a mortalidade por câncer Bucal é crescente, com uma diferença de mais de mil óbitos entre o ano de 2008 e 2018. O sexo masculino apresenta prevalência dos óbitos em todos os anos estudados, apresentando 3,1 vezes mais casos que as mulheres. Os sítios anatômicos inespecíficos de outras partes da boca e outras partes da língua apresentaram as maiores taxas de mortalidade. Os valores mais baixos foram encontrados no câncer de Gengiva. Concluiu que a mortalidade por câncer bucal se mostra um problema crescente no país, necessitando de um melhor olhar dos gestores e profissionais dentistas, por meio de adoção de políticas públicas para o controle da doença, capacitando as equipes de saúde bucal para campanhas e ações que estimulem mudanças de comportamento na população frente a exposição à fatores de risco, e realizações de diagnósticos precoce.

Palavras-chave: Câncer Oral, Mortalidade e Epidemiologia.

ABSTRACT

Oral cancer can be defined as a set of neoplasms, the primary location of which is the lips and structures of the oral cavity. This corresponds to 40% of all cancers that affect the head and neck region. The study proposes to analyze the oral cancer mortality rate in Brazil from 2008 to 2018. It is a cross-sectional retrospective study, of a basic nature and quantitative approach carried out from the secondary database of the National Cancer Institute (INCA-2020) using the variables of gender and primary location of Oral Cancer, inserted in categories C00 to C03 and C06 of the International Disease Code (ICD). Data show that the mortality from oral cancer is increasing, with a difference of more than a thousand deaths

between the year 2008 and 2018. The male gender has a prevalence of deaths in all the years studied, with 3.1 times more cases than women. . Non-specific anatomical sites in other parts of the mouth and other parts of the tongue had the highest mortality rates. The lowest values were found in gum cancer. He concluded that mortality from oral cancer is a growing problem in the country, requiring a better look from managers and dentists, through the adoption of public policies for the control of the disease, training oral health teams for campaigns and actions that stimulate behavioral changes in the population in view of exposure to risk factors, and early diagnosis.

Keywords: Oral Cancer, Mortality and Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

Denominado uma doença crônica degenerativa não transmissível, o câncer oral pode ser definido como um conjunto de neoplasias que tenham como localização primária os lábios e estruturas da cavidade oral, como palato, língua e assoalho bucal, estando relacionados histologicamente, em 90% dos casos, ao carcinoma de células escamosas (GONZALEZ, 2017; SOUZA, 2017; RODRIGUES, 2019; INCA, 2019). Podendo se apresentar inicialmente assintomáticas evoluindo para a forma sintomática com lesões de massa consistente e nodular (SOUZA, 2017).

De acordo com pesquisas feitas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), são esperados para cada ano do triênio de 2020 - 2022 no Brasil, um número de 11.180 de novos casos de câncer na cavidade oral em homens e 4.010 casos em mulheres. Esses dados equivalem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens e 3,71 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2019).

Entre todos os tipos de câncer, os que acometem a cavidade bucal ocupa o quinto lugar de incidência nos homens e o sétimo entre mulheres, correspondendo a 40% de todos os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço (PINHEIRO, 2010).

Considerando as taxas de prevalência e mortalidade em decorrência do Câncer Bucal, o que torna esse agravo prioritário na saúde pública, esta pesquisa se propõe a analisar a taxa de mortalidade por câncer bucal no Brasil no período de 2008 a 2018, a fim de subsidiar gestores e profissionais da área, na implementação de estratégias para o enfrentamento desse agravo.

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata de um estudo retrospectivo transversal, de natureza básica e abordagem quantitativa, tendo um objetivo exploratório para análise dos indicadores de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil no período de 2008 a 2018.

2.2 COLETA DE DADOS

Realizado a partir da base de dados secundários do Instituto Nacional do Câncer (INCA), coletados em abril de 2020, utilizando as variáveis de gênero e a localização primária do Câncer Bucal, inseridos nas categorias C00 a C03 e C06 do Código Internacional de Doenças (CID). Foram analisados os dados relacionados as taxas brutas e ajustada por idade de mortalidade por câncer, comparando a população mundial e a população brasileira, por 100.000, usando a população brasileira do ano de 2010 como base.

2.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em tabelas utilizando o Programa *Microsoft Excel*, segundo a localização primária do câncer de boca, contendo em cada tabela os valores absolutos da taxa de mortalidade, bem como as taxas bruta e ajustada pela população mundial e brasileira de 2010, por 100.00 homens e mulheres. Após a primeira análise, foram organizadas no *Programa Microsoft Word*, 5 (cinco) tabelas que serão apresentadas nos Resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

As informações coletadas para análise são apresentadas em tabelas organizadas de acordo com a localização primária do câncer, demonstrando os índices de mortalidade em

cada ano de 2008 a 2018 para ambos os sexos, onde são apresentados o valor absoluto, a taxa bruta e as taxas ajustadas no Brasil e no mundo.

A tabela 1, demonstra as taxas de mortalidade referentes ao câncer de Lábio, apresentando uma das menores taxas de mortes nos últimos 11 anos, com uma média de 44,45 para o sexo masculino e 19,72 para o feminino, totalizando 703 óbitos que acometeu cerca de 2 vezes mais os homens. O ano de 2017 compreende o maior número de mortes (81) por câncer de lábio, sendo no sexo masculino 64 casos, com maior proporção, o que corresponde a pouco mais de 2/3 do total de óbitos. O maior número de óbitos no sexo feminino ocorreu no ano de 2014, com 26 mortes.

Na análise da tabela é possível observar que no sexo masculino, apesar de poucas variações, as taxas brutas e ajustada mundial exibem menores valores que a taxa ajustada no Brasil, esta apresenta a taxa mais elevada de 0,07 no ano de 2017. Quanto ao sexo feminino, as taxas bruta e ajustada no Brasil coincidem na maior parte do período observado, estando a taxa ajustada mundial com os menores valores. A taxa bruta apresentou seu pico em 2014 com uma taxa de 0,03. O câncer de Lábio apresenta uma das menores diferenças entre homens e mulheres quando comparadas as taxas brutas, com um valor de 0,04 em 2017.

Tabela 1. Taxas de mortalidade por câncer de Lábio, brutas e ajustadas pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, entre 2008 e 2018. Brasil. 2020.

ANO	VALOR ABSOLUTO		TAXA BRUTA		TAXA AJUSTADA MUNDIAL		TAXA AJUSTADA BRASIL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
2008	33	15	0,03	0,02	0,04	0,01	0,04	0,02
2009	32	13	0,03	0,01	0,04	0,01	0,04	0,01
2010	34	14	0,04	0,01	0,04	0,01	0,04	0,01
2011	40	18	0,04	0,02	0,04	0,01	0,05	0,02
2012	42	19	0,04	0,02	0,04	0,01	0,05	0,02
2013	49	20	0,05	0,02	0,05	0,01	0,06	0,02
2014	52	26	0,05	0,03	0,05	0,02	0,06	0,02
2015	39	25	0,04	0,02	0,04	0,02	0,04	0,02
2016	53	25	0,05	0,02	0,05	0,02	0,06	0,02
2017	64	17	0,06	0,02	0,06	0,01	0,07	0,01
2018	48	25	0,05	0,02	0,04	0,02	0,05	0,02

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA/BRASIL, 2020).

A segunda tabela, relacionada ao câncer de Base de Língua, apresenta um total de 5.542 óbitos no período entre 2008 a 2018, com uma média de mortes de 416,72 no sexo masculino e 84,36 no sexo feminino. Os resultados demonstram que em 2017 houve o maior índice de mortalidade por câncer de Base de Língua (617 óbitos) e a maior taxa entre os homens, com 518 mortes. O número mais elevado de mortes entre mulheres foi de 123, no ano de 2018.

Observando as taxas bruta e ajustadas, notamos a prevalência do câncer de Base de Língua no sexo masculino, demonstrando uma diferença na taxa bruta de 0,44 entre os homens e mulheres no ano de 2017. No sexo feminino as taxas se mantêm similares com a taxa ajustada no Brasil, demonstrando valores maiores ou iguais aos das taxas bruta e ajustada mundial, alcançando seu pico no ano de 2018 com uma taxa de 0,10. O sexo masculino apresenta maiores variações dos números no decorrer dos anos, apresentando na taxa bruta valores de 0,33 a 0,51, enquanto o sexo feminino permanece com uma taxa de 0,07 na maior parte do período analisado. Assim como entre as mulheres, a taxa ajustada no Brasil no sexo masculino apresenta os maiores valores em comparação a taxa bruta e ajustada mundial, com sua maior taxa de 0,51 em 2017.

Tabela 2. Taxas de mortalidade por câncer de Base da Língua, brutas e ajustadas pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, entre 2008 e 2018. Brasil. 2020.

ANO	VALOR ABSOLUTO		TAXA BRUTA		TAXA AJUSTADA MUNDIAL		TAXA AJUSTADA BRASIL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
2008	311	70	0,33	0,07	0,37	0,07	0,38	0,07
2009	368	63	0,38	0,07	0,43	0,06	0,44	0,06
2010	340	68	0,36	0,07	0,38	0,06	0,39	0,06
2011	373	81	0,38	0,07	0,4	0,07	0,42	0,08
2012	417	71	0,42	0,07	0,44	0,06	0,45	0,07
2013	377	78	0,38	0,07	0,38	0,07	0,39	0,07
2014	455	93	0,45	0,07	0,45	0,07	0,46	0,08
2015	467	105	0,46	0,07	0,45	0,08	0,46	0,09
2016	485	107	0,48	0,07	0,47	0,08	0,48	0,09
2017	518	99	0,51	0,07	0,5	0,08	0,51	0,08
2018	473	123	0,47	0,12	0,45	0,1	0,47	0,1

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA/BRASIL, 2020).

A tabela 3, evidencia as taxas de mortalidade do câncer de outras partes da Língua que, de acordo com os índices, se revela como o câncer que mais apresenta óbitos entre os homens, com um número de 9.136 no período de 2008 a 2018. Esse indicador apresenta um crescimento dos casos, tendo seu pico de mortalidade em 2018, com 1.379 óbitos, destas 1.055 acometidas no sexo masculino, e 324 no sexo feminino. No período de 2008 a 2018 o valor médio de mortes entre homens foi de 830,54 e de 237,54 entre as mulheres.

Quando comparadas as taxas, é possível notar que a diferença entre taxa bruta masculina e feminina alcança um valor de 0,74 no ano de 2018, que compreende a maior diferença entre homens e mulheres em relação aos outros tipos de cânceres orais. No sexo masculino, se observa a taxa bruta com números iguais ou menores que a taxa ajustada no Brasil, ambas atingindo um valor de 1,05 em 2018. A taxa ajustada Mundial apresenta seu ápice também em 2018 com uma taxa de 1,02. Já no sexo feminino, mesmo com as taxas similares, a taxa bruta é responsável pelos maiores valores, atingindo um número de 0,31 em 2018, enquanto as taxas ajustadas Mundial e no Brasil atingiram uma taxa de 0,24 e 0,27, respectivamente.

Tabela 3. Taxas de mortalidade por câncer de outras partes da Língua, brutas e ajustadas pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Brasil, entre 2008 e 2018. Brasil. 2020.

ANO	VALOR ABSOLUTO		TAXA BRUTA		TAXA AJUSTADA MUNDIAL		TAXA AJUSTADA BRASIL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
2008	673	210	0,71	0,22	0,8	0,2	0,83	0,22
2009	728	186	0,76	0,19	0,84	0,17	0,88	0,19
2010	711	196	0,76	0,2	0,78	0,17	0,81	0,19
2011	727	224	0,74	0,22	0,79	0,19	0,82	0,21
2012	748	212	0,76	0,21	0,78	0,17	0,82	0,19
2013	852	241	0,86	0,24	0,86	0,19	0,9	0,21
2014	844	247	0,84	0,24	0,83	0,19	0,86	0,21
2015	942	247	0,93	0,24	0,9	0,19	0,94	0,21
2016	925	259	0,92	0,25	0,88	0,2	0,92	0,21
2017	931	267	0,92	0,26	0,9	0,2	0,92	0,22
2018	1055	324	1,05	0,31	1,02	0,24	1,05	0,27

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA/BRASIL, 2020).

A tabela 4, associada à mortalidade por câncer de Gengiva, que em proporções semelhantes atinge mais homens do que mulheres, apresenta a média de mortes de 28,63 no sexo masculino e 17,27 no sexo feminino. Em alguns anos, a taxa de mortalidade entre o sexo masculino aumentou, porém se manteve estável, com exceção do ano de 2012 que elevou em 12 o número de mortes, quando comparado ao ano de 2008. Por outro lado, entre as mulheres, o maior pico ocorreu em 2017 com 31 mortes, ano em que ocorreu o maior número de óbitos com 63. Quando comparado aos outros cânceres bucais, esse se apresenta com o menor número de mortes em ambos os sexos, com um total de 514 mortes entre 2008 a 2018.

Se tratando das taxas brutas e ajustadas notamos pouca variação ao compará-las, revelando a menor diferença entre sexo masculino e feminino, com uma discrepância máxima de 0,02 nas taxas bruta e ajustadas Mundial e no Brasil. O valor mais elevado da taxa bruta referente ao sexo masculino foi de 0,04 em 2012, igualmente a taxa ajustada no Brasil no mesmo ano. Quanto a taxa ajustada mundial, o maior número observado foi de 0,03, que se manteve em diversos anos do período estudado. No sexo feminino, as taxas brutas e ajustadas mundial e no Brasil se mantêm similares entre si na maior parte dos anos, com a taxa bruta apresentando 0,03 como seu maior índice.

Tabela 4. Taxas de mortalidade por câncer de Gengiva, brutas e ajustadas pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Brasil, entre 2008 e 2018. Brasil. 2020.

ANO	VALOR ABSOLUTO		TAXA BRUTA		TAXA AJUSTADA MUNDIAL		TAXA AJUSTADA BRASIL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
2008	23	14	0,02	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01
2009	28	17	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02
2010	29	14	0,03	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01
2011	25	10	0,03	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01
2012	35	18	0,04	0,02	0,03	0,01	0,04	0,02
2013	29	23	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02
2014	33	20	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02
2015	33	19	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,02
2016	24	16	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01
2017	32	31	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02
2018	24	17	0,02	0,02	0,02	0,01	0,03	0,01

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA/BRASIL, 2020).

A tabela 5, contém os dados relacionados ao câncer em outras partes da Boca, que se revela como câncer oral que mais atinge as mulheres, com um número de 3.397 óbitos nos últimos 11 anos e maior índice em 2018 com 359 mortes. No sexo masculino se apresenta como o segundo câncer que mais acomete os homens, com uma média de 795,63 óbitos, atingindo seu pico em 2016 com 876 mortes.

O câncer em outras partes da Boca, manifesta uma das maiores diferenças entre as taxas ajustada mundial entre homens e mulheres, chegando a um valor de 0,62 em 2015. Se tratando do sexo masculino, o câncer em outras partes da Boca apresenta uma das maiores diferenças entre as taxas ajustadas e taxa bruta, com uma diferença de até 0,16 no ano de 2008, sendo a taxa ajustada no Brasil a de maior valor. No sexo feminino, as taxas se encontram com valores semelhantes quando comparados entre si, com a maior diferença de 0,09 entre a taxa bruta e taxa ajustada Mundial no ano de 2017. A taxa ajustada mundial exibe os menores valores, alcançando seu pico em 2009 com uma taxa de 0,27.

Tabela 5. Taxas de mortalidade por câncer de outras partes da Boca, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Brasil, entre 2008 e 2018. Brasil. 2020.

ANO	VALOR ABSOLUTO		TAXA BRUTA		TAXA AJUSTADA MUNDIAL		TAXA AJUSTADA BRASIL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
2008	706	273	0,74	0,28	0,85	0,25	0,9	0,29
2009	717	306	0,75	0,31	0,84	0,27	0,88	0,31
2010	765	292	0,82	0,3	0,84	0,24	0,88	0,27
2011	759	317	0,78	0,32	0,82	0,26	0,87	0,3
2012	777	315	0,79	0,31	0,82	0,25	0,86	0,29
2013	787	289	0,79	0,28	0,8	0,22	0,85	0,25
2014	813	307	0,81	0,3	0,8	0,22	0,84	0,26
2015	871	290	0,86	0,28	0,82	0,2	0,88	0,24
2016	876	317	0,87	0,31	0,84	0,23	0,88	0,26
2017	850	332	0,84	0,32	0,81	0,23	0,86	0,27
2018	828	359	0,82	0,35	0,79	0,25	0,83	0,29

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA/BRASIL, 2020)

3.2 DISCUSSÃO

A mortalidade por câncer no Brasil, mesmo permanecendo estável durante a série histórica estudada, como relatado em pesquisas feitas sobre o período de 2002 a 2013, exibiu uma mortalidade ascendente da maioria dos sítios primários, apresentando uma

diminuição dos valores somente no ano de 2010 quando analisados conjuntamente, corroborando com resultados de pesquisas semelhantes (PEREA, 2018; ROCHA, 2017). Essa crescente pode ser evidenciada no câncer em outras partes da Língua que, apresentou uma diferença de 382 óbitos, no sexo masculino, entre ano de 2008 e 2018.

Os resultados desse estudo nos permitem identificar a predominância de óbitos por câncer oral no sexo masculino no Brasil, permanecendo com as taxas de mortalidade elevadas em relação ao sexo feminino durante todo o período investigado, sendo responsáveis por 27.312 óbitos de um total de 36.003 (3,1 vezes mais que entre as mulheres), corroborando com conclusões de diferentes artigos (PEREA, 2018; FONSECA, 2018; SANTOS, 2015). Estudos feitos sobre a mortalidade por câncer oral no Japão, China, Estados Unidos, entre outros países, também comprovam essa prevalência da mortalidade no sexo masculino (SUKETOMO, 2010).

Concordando com estudos realizados em anos anteriores, que apresentaram uma discrepância da diferença de taxas entre os sexos, a razão entre os números de óbitos masculinos e femininos, envolvendo o câncer bucal de modo geral, se mostrou crescente, com uma diminuição somente nos anos de 2010 e 2011 (PEREA, 2018). Quando analisado por área específica, as diferenças das taxas brutas e taxas ajustadas entre os sexos se mostram constantes na maioria dos casos, com redução da razão no câncer de Gengiva e aumento nas taxas do câncer de outras partes da língua.

Estando as tendências das taxas de mortalidade associadas aos fatores de risco e de proteção, que afeta diferentes grupos da população com mais ou menos intensidade, a prevalência entre homens pode ser justificada pelo estilo de vida masculino que apresentam mais comumente hábitos nocivos à saúde bucal, envolvendo principalmente o fumo e o etilismo, que no Brasil é menos presente entre as mulheres (BIAZEVIC, 2015). Estas também consomem mais vegetais e frutas (consideradas protetoras quanto ao câncer bucal) e procuram com frequência maior por consultas odontológicas, permitindo um diagnóstico precoce de lesões malignas (AQUINO, 2015; ANTUNES, 2013; PEREA, 2018; KFOURI, 2018; VIANA, 2019;).

As taxas brutas e ajustadas apresentaram poucas diferenças de 0,01 a 0,04, ou até mesmo sem variação na maioria dos sítios específicos. Com exceção das taxas de mortalidade de outras partes da Boca e outras partes da Língua, que chegaram a exibir diferenças de 0,12 e 0,16 respectivamente, mas também evoluíram para razões mais baixas entre taxa bruta e ajustada do Brasil, indicando a pouca influência da composição etária sobre as taxas de mortalidade.

As localizações que mostram predominância de mortalidade pelo tumor, entre os anos de 2008 a 2018, compreende as regiões anatômicas inespecíficas (outras partes da língua e da boca configurando 23.895 mortes) seguido de base de Língua (n=5.542), sendo semelhantes aos resultados alcançados em um estudo sobre as tendências de mortalidade no período de 1979 a 2002 (BOING, 2006). Considerando a mortalidade por câncer dos sítios de outras partes da Língua e base de Língua conjuntamente, a língua passa a ser o local mais acometido, concordando com diversos artigos (INCA, 2002; SOUZA, 2017; AQUINO, 2015).

Estudos indicam que, os altos índices de câncer presentes nessas localizações anatômicas, especialmente em regiões de língua, são devido a maior exposição dessas áreas aos fatores de risco com o tabagismo e alcoolismo (SANTOS, 2015; AQUINO, 2015; TORRES, 2016).

As localizações primárias que tem prevalência dos números de mortes, também apresentam maiores diferenças das taxas brutas e ajustadas entre homens e mulheres. O câncer de outras partes da língua chegou a apresentar uma razão da taxa ajustada mundial entre o sexo masculino e feminino de 0,78 no ano de 2018, enquanto o câncer de Gengiva, sítio menos afetado, apresentou uma razão máxima de 0,2 em toda a série histórica estudada.

A letalidade do câncer está relacionada ao diagnóstico e tratamento tardios, muito recorrentes devido a característica silenciosa das lesões iniciais, se revelando assintomáticas. Desse modo, o paciente leva tempo para perceber o seu adoecimento e somente busca por auxílio profissional com a lesão em estágio avançado, influenciando em um prognóstico desfavorável e atendimentos com caráter de urgência (FONSECA, 2014; CASOTTI, 2016; GOMES, 2018).

O câncer detectado precocemente e imediatamente encaminhado para tratamento especializado pode aumentar em 70% a 90% as chances de sobrevivência (CASOTTI, 2016). Sendo assim, uma das justificativas dos baixos índices de mortalidade por cânceres de Lábio e Gengiva, que atingiram o menor coeficiente médio de mortes em ambos os sexos nos anos de 2008 a 2018, e mantiveram sua taxa bruta e taxas ajustadas constantes, apresentando as menores razões das taxas entre o sexo masculino e feminino, concordando com pesquisas sobre o período de 1979 a 2002, se deve ao fato de se configurarem áreas de fácil visibilidade (BOING, 2006).

Infelizmente, estudos relatam um predomínio de casos diagnosticados já em estágios avançados do câncer oral, e que essa proporção não apresenta mudanças em 40 anos,

justificando as altas taxas de mortalidade, que se apresentam crescentes no Brasil (FALCÃO, 2010; SANTOS, 2015; TORRES, 2016; ROCHA, 2017). Segundo estudos, o predomínio de casos avançados, além de estar relacionado a demora por procura de atendimento odontológico pelo próprio paciente, reflete o despreparo de muitos profissionais para a detecção de lesões potencialmente malignas, podendo cometer erros de diagnóstico ou encaminhamento incorreto e tardio (PEREIRA, 2010; SANTOS, 2015).

A incidência de câncer é passível de redução com a forte atuação das equipes em todas as esferas de prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária. A prevenção primária propõe ações voltadas para a redução da incidência e prevalência da doença, por meio de modificação de hábitos nocivos dos pacientes (PEREIRA, 2012). É essencial a elaboração e articulação de políticas que visem diminuir a exposição do indivíduo aos fatores de risco para surgimento dessa doença, como por exemplo o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, realizado nas unidades básicas de saúde (PINHEIRO, 2010; RODRIGUES, 2019).

Para que se atue com aptidão nas ações de prevenção da doença, é admissível que os profissionais tenham conhecimento dos principais fatores de risco que acercam a população (GOIS SANTOS, 2013; SILVA, 2016). O câncer de boca está fortemente relacionado a condições ambientais e comportamentais, onde os principais agravantes para o aparecimento da patologia são tabaco, que mesmo com seu consumo em declínio, ainda está atribuído a maior fração de câncer, bem como o álcool que, apresentando tendências crescentes, são considerados agentes sinérgicos no aumento do risco, atingindo mais de 80% dos casos, além da exposição solar, que está mais associada ao câncer de lábio em trabalhadores expostos ao sol sem devida proteção (PEREIRA, 2012; SOUZA, 2012; KFOURI, 2018).

É incontestável que fatores nutricionais podem influenciar tanto negativamente quanto positivamente no risco de desenvolvimento do câncer bucal. Diante disso, é relevante a adoção de programas governamentais destinados à mudança de hábitos alimentares para uma dieta que possua efeitos protetores, diminuindo os riscos e prevenindo neoplasias (PEREIRA, 2012).

A prevenção secundária atua no diagnóstico prévio da doença, elevando consequentemente a taxa de cura. Para isso, se torna indispensável o exame visual e tátil. Porém, apesar da facilidade e pela natureza de sua prática clínica, poucos profissionais o executam com efetividade (INCA, 2002; PEREIRA, 2012).

Por esse motivo, estudos recomendam que a educação continuada e treinamentos com foco tanto no cirurgião-dentista quanto na equipe de saúde, sejam realizados para que o exame clínico seja minucioso, com o objetivo de identificar lesões com potencial maligno, assimilar sinais e sintomas e orientar quanto ao controle dos fatores de risco que possam estar associados ao surgimento do câncer bucal (FALCÃO, 2010; PEREIRA, 2012).

Já a prevenção terciária atua na limitação do dano por meio do controle da dor, redução de complicações durante o tratamento, melhor qualidade de vida durante o tratamento e reintegração do indivíduo na sociedade (PEREIRA, 2012; PEREA, 2018).

As esferas de prevenção citadas estão abordadas dentro da atenção primária de saúde (APS), porta de entrada para o sistema público de saúde (SUS), que, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que prioriza a prevenção e diagnóstico precoce, devem realizar exames preventivos rotineiramente para detecção precoce do câncer bucal, buscas ativas (em visitas domiciliares ou campanhas), acompanhamento dos casos suspeitos ou comprovados, garantindo tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004; CUNHA, 2019).

Um estudo sobre o impacto da atenção primária, apesar de apresentar desafios na estrutura e processo de trabalho, incluindo problemas como falta de ações preventivas de triagem e falhas na formação profissional, evidenciou menores taxas de mortalidade por câncer bucal associada a maiores investimentos e cobertura da APS, mostrando a importância do trabalho realizado nesse nível de atenção (MATTOS, 2014; ROCHA, 2017).

4. CONCLUSÃO

A mortalidade por câncer bucal ainda possui alta taxa de prevalência, tornando-se, conseqüentemente, um problema de saúde pública. As informações coletadas permitiram identificar a maior prevalência no sexo masculino, com 3,1 vezes mais casos de mortalidade do que entre as mulheres, corroborando com outros estudos. Os sítios de maiores acometimentos em ambos os sexos foram regiões anatômicas inespecíficas (outras partes da língua e boca), base de língua e palato.

Diante do cenário, é fundamental, tanto em nível local, nacional e mundial, a atenção adequada pelos gestores e profissionais, com adoção de políticas públicas eficazes visando a prevenção e controle da doença, com a qualificação das equipes de saúde bucal para

detecção de alterações em estágios iniciais e conhecimento dos principais fatores que podem desencadear a doença na população adstrita, bem como o cuidado em tempo oportuno para o diagnóstico e tratamento dos casos.

5. REFERÊNCIA

ANTUNES, J. L. F. et al. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 470-478, 2013.

AQUINO, R. C. A. et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1254-1261, 2015.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendência de Mortalidade por Câncer de Boca e Orofaringe no município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2105-2114, 2015.

BOING, A. F.; PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 19/06/2020.

CASOTTI, E. et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1579-1582, 2016.

CASOTTI, E. et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1579-1582, 2016.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00014319, 2019.

FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO, Revista Gaúcha de odontologia**, v. 58, n.1, p. 27-33, 2010.

FONSECA, E. P. et al. Mortalidade Por Câncer Bucal e Orofaringe no Brasil entre 2002 e 2011. **Revista da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu**. v. 11, n. 2, p. 08-17, 2014.

FONSECA, E. P. et al. Modelo Bayesiano e análise espacial da mortalidade por câncer de boca e orofaringe em Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p.153-160, 2018.

GOIS SANTOS, V. T. et al. Mortality from oral cancer in Aracaju/SE, Brazil: 2000-2009. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 3, p. 204-210, 2013.

GOMES, V. M. S. et al. Mortalidade Brasileira por Câncer de Cavidade Oral. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 3, p. 164-166, 2018.

GONZALEZ, F. V. et al. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. **Revista Médica Electrónica**, v. 39, n. 2, p. 245-258, 2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Falando Sobre Câncer da Boca**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_sobre_cancer_boca.pdf>. Acesso em: 19/06/2020.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. 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: 10/03/2020.

KFOURI, S. A. et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180005, 2018.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

PEREA, L. M. E. et al. Tendência de Mortalidade por Câncer de Boca e Faringe no Brasil no período de 2002-2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 10, p. 1-10, 2018.

PEREIRA, C. C. Torres et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, p. 30-39, 2012.

PEREIRA, C. T. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact?. **Brazilian Oral Research**, v. 24, supl.1, p. 37-42, 2010.

ROCHA, T. A. F. et al. Oral primary care: n analysis of its on the incidence and mortality rates of oral câncer. **BMC Cancer**, v. 17, n. 706, p. 1-11, 2017.

RODRIGUES, L. V. et al. Oral health actions in the primary health care network of northeastern brazil in relation to oral cancer. **RGO, Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 67, p. e20190027, 2019.

SANTOS, L. P. S. et al. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 7-14, 2015.

SILVA, S. R. et al. Estudo Comparativo do Conhecimento sobre Câncer Bucal entre acadêmicos de Odontologia. **Einstein**, v. 14, n. 3, p. 338-345, 2016.

SOUZA, G. T. et al. Conhecimento de estudantes de Odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal. **Arquivos em Odontologia**, v. 53, n. 12, p. e12, 2017.

SOUZA, L. R. B. et al. Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 31-39, 2012.

SUKETOMO, H. Y.; MATSUDA, T. Comparison of Time Trends in Lip, Oral Cavity and Pharynx Cancer Mortality (1990-2006) Between Countries Based on the Who Mortality Database. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 40, n. 11, p. 1118-1119, 2010.

TORRES, S. V. S.; SBEGUE, A.; COSTA, S. C. B. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2016.

VIANA, D. A. et al. Differences in quality of life among older adults in Brazil according to smoking status and nicotine dependence. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2019.

OCORRÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Adjanny Estela Santos de Souza¹, Andreza Dantas Ribeiro¹, Audelaine Miranda da Cruz², Brenda dos Santos Coutinho¹, Françoise Gisela Gato Lopes¹, Marlyara Sampaio Marinho¹ e Victor de Lima Dias¹

1. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII, Santarém, Pará, Brasil;

2. Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), Unidade de Referência Especializada (URE), Santarém, Pará, Brasil.

RESUMO

As micobatecrioses destacam-se por apresentarem aspectos semelhantes à tuberculose, entretanto os agentes etiológicos não pertencem ao complexo *Mycobacterium tuberculosis*, e muito ainda precisa ser esclarecido sobre os mecanismos envolvidos nessas doenças. O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de micobactérias não tuberculosas (MNT) em uma Unidade de Referência no Estado do Pará, Brasil e apresentar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos. Foi realizada pesquisa descritiva retrospectiva com abordagem quantitativa por meio da coleta de dados no sistema de informação do laboratório que atua como referência para tuberculose nos vinte municípios da região Oeste do Pará no período de abril de 2011 a abril de 2017. Foram analisadas amostras de 513 pacientes com suspeita de tuberculose, 09 (1,75%) tiveram diagnóstico de MNT, sendo isolados *M. avium*, *M. asiaticum*, *M. intracellulare*, *M. paraensis* e *M. abscessus subsp. bolletii*. Evidencia-se o potencial das MNT em provocar doença semelhante à tuberculose, havendo a necessidade de melhorar a investigação etiológica para a detecção precoce das micobacterioses, afim de que sejam tomadas medidas adequadas de tratamento e prevenção da transmissão.

Palavras-chave: Micobactéria não Tuberculosa, Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

Mycobatecrioses stand out for presenting aspects similar to tuberculosis, however the etiological agents do not belong to the *Mycobacterium tuberculosis* complex, and much remains to be clarified about the mechanisms involved in these diseases. The objective of this study was to verify the occurrence of non-tuberculous mycobacteria (NTM) in a Reference Unit in the State of Pará, Brazil and to present the sociodemographic and clinical profile of the affected patients. Retrospective descriptive research with a quantitative approach was carried out by collecting data in the laboratory's information system that acts as a reference for tuberculosis in the twenty municipalities in the western region of Pará from April 2011 to

April 2017. Samples of 513 were analyzed patients with suspected tuberculosis, 09 (1.75%) were diagnosed with MNT, with *M. avium*, *M. asiaticum*, *M. intracellulare*, *M. paraensis* and *M. abscessus subsp. bolletii*. The potential of NTMs to cause a disease similar to tuberculosis is evidenced, with the need to improve the etiological investigation for the early detection of mycobacterioses, so that appropriate measures for treatment and prevention of transmission are taken.

Keywords: Non-tuberculous mycobacteria, Epidemiology and Health Surveillanc

1. INTRODUÇÃO

O gênero *Mycobacterium* é constituído por espécies do complexo *M. tuberculosis*, *M. leprae* e outras denominadas de micobactérias não tuberculosas (MNT) (CVE, 2020).

As micobacterioses são infecções oportunistas ocasionadas por micobactérias não tuberculosas (MNT) que apresentam quadro sintomatológico semelhante à tuberculose (ANTUNES et al., 2012). O principal órgão a sofrer as consequências geradas pela patogenicidade das MNT são os pulmões, principalmente em pessoas imunossuprimidas e que possuem alguma doença pulmonar anteriormente instalada (SILVA; BELGA, 2018). A capacidade das MNT em produzir doença está claramente documentada na literatura e sua incidência vem aumentando progressivamente, principalmente pela melhora nos métodos de diagnóstico e identificação destes micro-organismos (FALKINHAM, 2009). Essas micobactérias encontram-se dispersas na natureza e abrangem mais de 157 espécies catalogadas até o momento e podem ser diferenciadas utilizando-se de testes fenotípicos, observando o tempo de crescimento, a produção ou não de pigmentos, testes moleculares e o crescimento ou não na presença de bloqueadores químicos (BOMBARDA et al., 2018; JOHNSON; ODELL, 2014; DA COSTA et al., 2013).

As MNT são divididas em não patogênicas e patogênicas, podendo causar diversas doenças nos humanos e animais. Elas se diferenciam também de acordo com o grau de virulência (SILVA; BELGA, 2018). Além disso, as MNT são ubiqüitárias, podendo estar presentes no solo, água natural ou de sistemas de abastecimento, aerossóis, protozoários, animais e humanos. Não é muito comum a transmissão da MNT de pessoa para pessoa, porém há relatos de contaminação de pacientes pela má higienização de aparelhamentos médicos. A característica clínica mais frequente das micobacterioses é a doença pulmonar crônica, seguida por doença da infecção dos gânglios linfáticos, da pele ou tecidos moles e doença disseminada (PRIMM; LUCERO; FALKINHAM, 2004; PEDRO et al., 2008; DA COSTA, 2012).

A doença pulmonar crônica ocorre principalmente pelo complexo *Mycobacterium avium* (MAC), na qual o indivíduo pode apresentar tosse recorrente ou crônica e falta de ar, enquanto que quando relacionado à tuberculose podem ser apontados sintomas como febre fraca, diminuição da força física, emagrecimento e hipersudorese noturna. Em relação às doenças cutâneas, ósseas e dos tecidos moles, grande parte das micobactérias são capazes de causar infecções da pele e dos tecidos subcutâneos, bem como a ocorrência de granulomas tenossinovais e osteomielite. A forma disseminada das micobacterioses tem como principal agente causador o *M. avium* e é mais restrita às pessoas em estágio III da infecção por HIV, os sintomas apresentados são anemia, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, febre e hipersudorese noturna (ANTUNE et al., 2012; KOZAKEVICH; DA SILVA, 2016).

Na investigação do paciente com suspeita de micobacteriose pulmonar, deve ser feita a solicitação de radiografia de tórax e coleta de três amostras de escarro em dias sucessivos, preferencialmente pelo período da manhã, em virtude da acumulação de secreções pulmonares nas vias aéreas no período noturno. Posteriormente, as amostras devem ser submetidas a testes de baciloscopia e cultura do escarro (KOZAKEVICH; DA SILVA, 2016). A utilização dos testes de genotipagem nas micobactérias de crescimento rápido e lento baseados em Reação em Cadeia de Polimerase (PCR), incluindo análise de DNA polimórfico amplificado aleatoriamente (RAPD) é recomendada para alcançar melhores resultados na identificação das espécies de MNT (CHRISTIANSON et al., 2012).

O objetivo desse estudo foi investigar a ocorrência de micobactérias não tuberculosas (MNT) em uma Unidade de Referência no Estado do Pará, Brasil e apresentar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva retrospectiva com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Unidade de Referência Especializada (URE) em Santarém-Pará, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA, no programa de tuberculose que atua como referência secundária e terciária para tuberculose nos vinte municípios da região Oeste do Pará, sendo 14 municípios do Baixo Amazonas: Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Óbidos,

Oriximiná, Prainha, Santarém e Terra Santa; e 6 municípios do Tapajós: Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Placas, Rurópolis e Trairão.

Foram coletados os dados referentes aos pacientes atendidos pelo Laboratório da URE-Santarém, no período de abril de 2011 a abril de 2017 através do sistema de informação do Laboratório que utiliza informações do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). As variáveis investigadas foram os resultados da cultura bacteriológica e baciloscopia de escarro, além dos dados de caráter sociodemográfico, como gênero, idade, município de residência, zona de residência, etnia, ocupação, estado civil e nível de escolaridade, assim como os dados de características clínicas, como sintomas, realização de tratamento anterior para TB, sorologia para HIV e comorbidades associadas.

O Laboratório da URE-Santarém realiza cultura de escarro pelo método de Ogawa-Kudoh e caso haja crescimento microbiológico, encaminha o cultivo para o Laboratório Central do Estado (LACEN) para realização de identificação da espécie por métodos moleculares por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR) e teste de sensibilidade. Os dados foram analisados por meio de recursos de estatística descritiva com uso do programa Microsoft Excel.

A pesquisa foi realizada em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece normas para pesquisa em seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), conforme parecer de número: 1.379.703, CAEE: 51376815.0.0000.5168.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado levantamento de dados de 513 pacientes, estes foram atendidos com suspeita de tuberculose ou estavam em processo de fechamento de diagnóstico, pois se encontravam na unidade para acompanhamento quanto à análise das amostras de baciloscopia e cultura bacteriana. A ocorrência de MNT se deu em 9 (1,75%) dos pacientes atendidos, em 4 (44,4%) pacientes não foi possível definir a espécie de MNT e nos outros 5 (55,6%) houve identificação de micobactérias das espécies: 1 (11,1%) *M. avium*; 1 (11,1%) *M. asiaticum*; 1 (11,1%) *M. intracellulare*; 1 (11,1%) *M. paraensis*; *M. abscessus subsp. bolletii* 1 (11,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Espécies de micobactérias não tuberculosas (MNT) isoladas de pacientes atendidos em 2011-2017 em uma Unidade de Referência Especializada do Estado do Pará, Brasil

Espécies de MNT	Ocorrência
<i>Mycobacterium avium</i>	01 (11,1%)
<i>Mycobacterium asiaticum</i>	01 (11,1%)
<i>Mycobacterium intracellulare</i>	01 (11,1%)
<i>Mycobacterium paraenses</i>	01 (11,1%)
<i>Mycobacterium abscessus subsp. Bolletii</i>	01 (11,1%)
<i>Mycobacterium sp.</i> sugestivo de MNT	04 (44,4%)
Total	09 (100%)

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

As MNT são ubiqüitárias e oportunistas, sendo encontradas como saprófitas, comensais e simbiontes, representando risco à saúde. Sua patogenicidade é relatada na literatura e sua incidência vem aumentando progressivamente, podendo causar no homem infecções dermatológicas e respiratórias, enfermidades essas que não eram conhecidas ou que já não possuíam importância epidemiológica, contudo, apareceram em surtos ou epidemias numa população e região, vindo a ser denominadas como “emergentes” (SILVA, 2005). Como os sintomas dessas infecções podem ser confundidos com sintomas de outras doenças, o diagnóstico é extremamente difícil, assim como o tratamento.

No presente estudo, em amostras de dois pacientes foram isoladas MNT pertencentes ao complexo *Mycobacterium avium* (MAC), sendo *M. avium* e *M. intracellulare*. O *M. avium* é apontado como uma das causas mais frequentes de enfermidades disseminadas com evolução para óbito em indivíduos vivendo com HIV, ou seja, essa espécie surgiu com uma grande possibilidade de ser um importante patógeno ao ser humano. Sua frequência está associada ao seu potencial patogênico, sendo uma das mais associadas à infecção pulmonar. O MAC é a causa principal de enfermidade por MNT no Estados Unidos (PEDRO et al., 2008; DA COSTA, 2012).

Estudos revelam que até 1980 a maior parte dos casos que se tinha por infecções relacionados a MNT faziam menção a enfermidades pulmonares ocasionadas por MAC e *M. kansasii*. Em 1990 durante outras pesquisas, observou-se que o percentual de isolamento havia aumentado. Nos anos de 1991 e 1992 a ocorrência continuou elevada, uma vez que o número de pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) estava sendo considerado uma pandemia, principalmente quando associado a disseminação da doença por MAC (PEDRO et al., 2008; DA COSTA, 2012).

Embora a literatura relate que a maioria dos casos de infecções por MNT está associada à imunodeficiência, assim como na infecção pelo HIV, nesse estudo observou-se que em 8 dos pacientes com MNT a sorologia para HIV foi negativa e em 1 paciente não foi informado sobre a realização do teste. Ressalta-se a necessidade de investigação dessas micobactérias em indivíduos soropositivos, bem como a necessidade da contagem de CD4 e carga viral, de forma a contribuir para o atendimento clínico desses pacientes.

O *Mycobacterium asiaticum*, isolado em uma das amostras, é pertencente ao grupo das MNT sendo inicialmente descrita em 1971, porém, foi reconhecido como um organismo de interesse médico em 1982. Em humanos, o *M. asiaticum* foi isolado de espécimes do trato respiratório, linfadenite, bursite, amostras de feridas e queratite. Este é reconhecido como um organismo inofensivo na maioria dos casos de infecção no trato respiratório, sendo assim, há registros de pneumonia causada por *M. asiaticum*. A notificação desta bactéria segue um curso favorável em países tropicais e subtropicais como a Austrália, Brasil, Califórnia, Flórida e Uganda (CARNEIRO et al., 2018).

A modernidade das técnicas aplicadas ao estudo da taxonomia desencadeou uma série de novas descobertas de espécies de micobactérias desde 1990. Assim, na década de 2000 foram descritas 64 novas espécies de micobactérias. Dentre as novas descobertas, o *Mycobacterium paraensis* foi descrito na região amazônica, sendo ele relacionado com o *M. simiae complex* por conta de suas características (DA COSTA et al., 2013).

Em estudos realizados para a identificação da espécie *M. paraensis*, foram coletadas amostras de escarro de indivíduos residentes no estado do Pará, pelo Instituto Evandro Chagas entre os anos de 1999 e 2010, sendo descoberta no decorrer da reavaliação de 32 cepas de MNT isoladas de pacientes com sintomas respiratórios, que apresentaram dor torácica e tosse crônica, além de hemoptise associada a bronquiectasia com duração de no mínimo 24 meses, sendo elas relatadas primeiramente como *M. asiaticum* ou como cepa desconhecida (DA COSTA et al., 2013). No presente estudo houve isolamento de *Mycobacterium paraensis* em uma amostra oriunda de uma paciente moradora da zona urbana do município de Santarém, sintomática respiratória sem história prévia de tuberculose pulmonar.

M. abscessus subesp. bolletii foi isolado em uma amostra oriunda de paciente do sexo feminino, 42 anos de idade residente na zona urbana, com histórico de quatro tratamentos prévios para tuberculose e no tratamento atual encontrava-se no quarto mês com baciloscopia positiva, apresentava como comorbidade o diabetes mellitus. O *M. abscessus subesp. bolletii* pertence ao complexo *Mycobacterium abscessus* é causador de infecções

mais graves em pacientes com doença pulmonar crônica e fibrose cística (LUIS et al., 2018). É considerado uma micobactéria de crescimento rápido (MCR) e tem sido isolada como agente etiológico de infecções localizadas e sistêmicas no Brasil. Porém, essas infecções geralmente ocorrem em pessoas com fatores predisponentes ou imunocomprometidas, e geralmente apresentam baixa virulência (SOUTO et al., 2012).

Dos 9 pacientes dos quais foram isoladas MNT, 5 (55,6%) eram oriundos de Santarém, 1 (11,1%) de Uruará, 1 (11,1%) de Óbidos, 1 (11,1%) de Jacareacanga, 1 (11,1%) de Alenquer. 6 (66,7%) pacientes residiam na zona urbana dos seus municípios de origem. As características sociodemográficas que se destacaram nos pacientes com MNT foram: 6 (66,7%) pertenciam ao gênero feminino, 5 (55,6%) encontravam-se na faixa etária de 60-89 anos de idade, 8 (88,9%) eram pardos, 5 (55,6%) eram aposentados, 3 (33,3%) eram casados ou encontravam-se em união estável e 4 (44,4%) tinham de 1 a 3 anos de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pacientes com micobactérias não tuberculosas (MNT) no período de 2011-2017 em uma Unidade de Referência Especializada do Estado do Pará, Brasil

Características Sociodemográficas	Pacientes n=09	%
Gênero		
Masculino	03	33,3
Feminino	06	66,7
Faixa etária		
40 – 60 anos	04	44,4
60 – 89 anos	05	55,6
Etnia		
Pardo	08	88,9
Indígena	01	11,1
Zona de residência		
Urbana	06	66,7
Rural	03	33,3
Ocupação		
Aposentado	05	55,6
Do lar	01	11,1
Auxiliar administrativo	01	11,1
Professora	01	11,1
Sem informação	01	11,1
Estado civil		
Casado ou união estável	04	44,5
Solteiro	02	22,2
Viúvo	01	11,1
Não informado	02	22,2
Escolaridade		
Analfabeto	02	22,2
1 a 3 anos	04	44,5
Ensino médio	01	11,1
Ensino superior	01	11,1
Sem informação	01	11,1

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

As cepas de MNT isoladas foram mais frequentes em pacientes do sexo feminino com 6 (66,7%) isolamentos, com predomínio de 5 (55,6%) na faixa etária de 60-89 anos de idade, o que corrobora com dados de um estudo no qual os resultados positivos para MNT também foram de pacientes com idade acima de 50 anos (CARNEIRO et al., 2018). Existem poucos estudos, atualmente, voltados para as micobactérias não tuberculosas, e são escassas as informações com relação aos dados sociodemográficos que, todavia, se fazem necessários para um delineamento do perfil de pacientes acometidos por MNT a fim de subsidiar na investigação epidemiológica em saúde e possível detecção precoce da doença.

Quanto aos dados clínicos, constatou-se que 7 (77,8%) dos indivíduos apresentavam histórico de tratamento para tuberculose pulmonar, sendo que um desses pacientes estava sendo tratado com o esquema para tuberculose multirresistente (TBMR), 2 (22,2%) apresentavam-se como sintomáticos respiratórios sem história prévia de tuberculose pulmonar. Em relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes, 2 (22,2%) apresentavam diabetes mellitus e 1 (11,1%) tinha hipertensão arterial e em 6 (66,7%) não houveram relatos de comorbidades. Quanto a realização da sorologia para HIV, 8 (88,9%) realizaram o teste e apresentaram resultado negativo (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínicas e comorbidades de pacientes com micobactérias não tuberculosas (MNT) no período de 2011-2017 em uma Unidade de Referência Especializada do Estado do Pará, Brasil

Características	Pacientes	
	n=9	%
Clínicas		
Sintoma pulmonar	02	22,2
Tratamento anterior para tuberculose	07	77,8
Sorologia para HIV		
Negativo	08	88,9
Não informado	01	11,1
Comorbidades		
Sem relatos de comorbidades	06	66,7
Diabetes mellitus	02	22,2
Hipertensão arterial	01	11,1

Fonte: Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Observou-se que a maioria dos pacientes com MNT apresentavam histórico de tratamento prévio para tuberculose e 2 (22,2%) apresentavam-se como sintomáticos respiratórios, ou seja, todos em algum momento apresentaram sintomas de tuberculose,

evidenciando a dificuldade em se fazer o diagnóstico diferencial. As comorbidades identificadas foram diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Apesar da ocorrência das MNT, não ter sido elevada neste estudo, é fundamental que se tenha um controle dos casos devido à problemática relacionada ao elevado custo e a duração do tratamento, ressaltando a necessidade de medidas preventivas para evitar a transmissão. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, é relatada a dificuldade na detecção da doença em razão de não ser um procedimento de rotina, a investigação de culturas micobacterianas para o diagnóstico de tuberculose, tornando-se um desafio a descoberta de casos de MNT (CARNEIRO et al., 2018), uma vez que os sintomas são semelhantes aos da tuberculose e o diagnóstico por meio da baciloscopia não faz distinção entre MNT e *M. tuberculosis*, o que dificulta a cura, pois o esquema terapêutico é diferente.

4. CONCLUSÃO

Observou-se ocorrência de MNT em 9 dos 513 pacientes estudados. A maioria dos pacientes diagnosticados com MNT eram idosos do sexo feminino, pardos, em sua maioria encontravam-se aposentados, casados e possuíam de 1 a 3 anos de escolaridade. Quanto às características clínicas eram pacientes com sintomatologia pulmonar e/ou que haviam realizado tratamento prévio para tuberculose, porém não evoluíram para cura com a terapêutica convencional para TB, incluindo pacientes em terapia multirresistente.

Notadamente existem poucos estudos publicados sobre o tema, o que demonstra a importância no desenvolvimento de novas pesquisas na área. E, mesmo que a ocorrência de MNT não tenha sido elevada na pesquisa, estudos de outros autores confirmam a baixa ocorrência de MNT, podendo estar relacionada à subnotificação em decorrência de não ser uma doença de notificação compulsória, tornando um desafio a identificação dos casos.

Ainda que a maioria das pesquisas retratem as cepas de MNT como causadoras de infecções graves em pacientes imunocomprometidos, nessa pesquisa foi observado que os pacientes acometidos por infecção pulmonar eram imunocompetentes, caracterizando-os patógenos como emergentes. Assim, a identificação das espécies de micobactérias é de importância pública uma vez que a relevância clínica e tratamento são diferentes para cada espécie e condições relacionadas, tornando-se indispensável a adoção de medidas mais acuradas de vigilância epidemiológica na prevenção e controle dessas micobactérias.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES A. et al. Micobacterioses Não-Tuberculosas: Das Manifestações Clínicas ao Tratamento. **Arquivos de Medicina**, v.26, n.1, p.25-30, 2012.

BOMBARDA, S. et al. **Recomendações para o diagnóstico e tratamento das micobacterioses não tuberculosas no Estado de São Paulo**. Divisão de Tuberculose, Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/TB11_3MNTSB.pdf>. Acesso em: 29/09/2018.

CARNEIRO, M.S. et al. Doença pulmonar por micobactérias não tuberculosis em região de alta incidência de tuberculose no Brasil. **J Bras Pneumol**, v.44, n.2, p.106-111, 2018.

CHRISTIANSON, S.; WOLFE, J.; SOUALHINE, H.; SHARMA, M.K. Comparison of repetitive-sequence-based polymerase chain reaction with random amplified polymorphic DNA analysis for rapid genotyping of nontuberculosis mycobacteria. **Can J Microbiol**, v. 58, n. 8, p. 953-64, 2012.

CVE. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “prof. Alexandre Vranjac”. **Recomendações para o diagnóstico e tratamento das micobacterioses não tuberculosas no estado de São Paulo**. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html>. Acesso em 25/01/2020.

DA COSTA, A.R.F. et al. Multigene Phylogenetic Analysis Supports *Mycobacterium paraensis* sp. Nov. And *Mycobacterium amazoniensis* sp. Nov. As two new species of slow-growing scotochromogenic mycobacteria related to *Mycobacterium simiae* complex. **International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology**. 2013.

DA COSTA, A.R.F. **Caracterização genética de micobactérias não tuberculosas isoladas de espécimes clínicos pulmonares no Estado do Pará**. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais - Núcleo de Medicina Tropical – Universidade Federal do Pará, Brasil, 2012.

FALKINHAM J.O. Surrounded by mycobacteria: nontuberculous mycobacteria in the human environment. **J Appl Microbiol**, v.107, p.356-367, 2009.

JOHNSON, M.M.; ODELL, J.A. Nontuberculous mycobacterial pulmonary infections. **Journal of thoracic disease**, v. 6, n. 3, p. 210, 2014.

KOZAKEVICH, G.V.; DA SILVA, R.M. Tuberculose: revisão de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n .4, p. 34-47, 2016.

LUIS, M.C. et al. Respiratory infections due to nontuberculous mycobacterias. **Med Clin (Barc)**, v. 150, n. 5, p. 191–197, 2018.

PEDRO HSP, PEREIRA MIF, GOLONI MRA, UEKI SYM, CHIMARA E. Isolamento de micobactérias não-tuberculosas em São José do Rio Preto entre 1996 e 2005. **J Bras Pneumol**, v. 34, n. 11, p. 950-955, 2008.

PRIMM, T.P.; LUCERO, C.A.; FALKINHAM, J.O. 3rd. Health impacts of environmental mycobacteria. **Clin Microbiol Ver**, v. 17, n. 1, p. 98-106, 2004.

SILVA, J.C.R. Associação Brasileira de Veterinários de Animais Selvagens/ABRAVAS. 2005. **Zoonoses e doenças emergentes transmitidas por animais silvestres**. Disponível em <www.abravas.org.br>. Acesso em 09/11/2020.

SILVA, A.C.A; BELGA, V.R. **Análise Retrospectiva das Micobactérias Não-tuberculosas (MNT) isoladas no Hospital das Clínicas da FMRP-USP de 2015 a 2016**. (Monografia). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento DAM 3.2.2 – Laboratório de Microbiologia. 2018.

SOUTO, A.S.S. et al. Tolerância de *Mycobacterium abscessus* subsp. *bolletii* a desinfetantes de alto nível. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v. 71, n. 2, p. 362-71, 2012.

PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PÚBLICAS NO ESTADO DO ACRE

**Eliana Sombra de Farias^{1,2}, Simone Perufo Opitz³, Patrícia Rezende do Prado²,
Marcos Vinicius Malveira de Lima¹ e Suleima Pedroza Vasconcelos³**

1. Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Residência Multiprofissional Hospitalar com Ênfase em Terapia Intensiva, Rio Branco, Acre, Brasil;

3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

As unidades de terapia intensiva se configuram como um dos setores com maiores chances de ocorrer eventos adversos relacionados aos serviços de saúde. A cultura de segurança do paciente deve estar presente para potencializar as ações de prevenção de erros, garantindo uma assistência segura. O objetivo do estudo foi descrever as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente quanto à percepção dos profissionais de saúde das unidades de terapia intensiva públicas no estado do Acre. Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados ocorreu de novembro de 2016 a maio de 2017, com amostra de 70 profissionais que responderam o questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). A análise foi realizada por meio de análises descritivas dos percentuais de respostas positivas do HSOPSC. Considerando as dimensões da cultura de segurança, nenhuma dimensão apresentou percentual esperado de respostas positivas, contudo, apontou-se como dimensões mais propensas a melhorias: “Aprendizado organizacional” (67%), “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” (64%), “Expectativas e ações de segurança dos supervisores e gerentes” (61%). Entretanto, as áreas mais críticas foram: “Respostas não punitivas aos erros” (17%), “Frequência de eventos relatados” (30%), “Número de profissionais” (31%) “Abertura de comunicação” (36%), “Trabalho em equipe entre as unidades” (42%) e “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (42%). O estudo identificou que as dimensões apresentaram potencial para melhorias, porém, é necessário que ocorram mudanças culturais nos setores hospitalares, principalmente no que diz respeito a cultura punitiva e ao quantitativo de profissionais.

Palavras-chave: Cultura Organizacional, Segurança do Paciente e Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Intensive care units are one of the units most likely to experience adverse events related to health services. The culture of patient safety must be present to enhance the actions to prevent errors, ensuring safe care. The aim of the study was to describe the dimensions of the Patient Safety Culture regarding the perception of health professionals in public intensive care units in the state of Acre. It is a cross-sectional study, whose data collection took place from November 2016 to May 2017, with a sample of 70 professionals who answered the questionnaire entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). The analysis was performed through descriptive analyzes of the percentages of positive responses from HSOPSC. Considering the dimensions of the safety culture, no dimension presented an expected percentage of positive responses, however, it was pointed out as dimensions more willing to improvements: "Organizational learning" (67%), "Teamwork within the units" (64%), "Supervisors and managers' security expectations and actions" (61%). However, the most critical areas were: "Non-punitive responses to errors" (17%), "Frequency of reported events" (30%), "Number of professionals" (31%), "Open communication" (36%), "Teamwork between units" (42%) and "Support from hospital management for patient safety" (42%). The study identified that the dimensions showed potential for improvement, but it is necessary that cultural changes occur in the hospital units, mainly with regard to the punitive culture and the number of professionals.

Keywords: Organizational Culture, Patient Safety and Intensive Care Units.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida no Brasil há mais de uma década, especificamente após 2004, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incorporou as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Contudo, somente em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado no país, o que impulsionou a melhoria das ações e participação dos serviços assistenciais de saúde dentro desse processo (ANVISA, 2016; BRASIL, 2013).

A Segurança do Paciente foi definida pela OMS como "ausência de dano, real ou potencial, relacionado com os serviços de saúde". A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, RDC nº63, trata da segurança do paciente como "a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (DUARTE et al., 2015; ANVISA, 2016; BRASIL, 2011).

No que se refere aos erros e aos eventos adversos (EAs), estes têm sido uma preocupação presente há mais de um século, devido aos danos causados aos pacientes e alto custo para os serviços de saúde. O que ficou evidente após a publicação do relatório divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). O

documento afirmava que uma das estratégias para a redução de erros, seria a forma como se pensava sobre o erro, reconhecer o ser humano como falível, e focar nas ações de prevenção. O que promoveu um impulso para a melhoria da segurança nos serviços de saúde e levou a mudanças importantes na cultura, regulamentação, capacitação e tecnologia (OLIVEIRA et al., 2014; PEREIRA; CAETANO, 2014; ANVISA, 2016).

Para que haja promoção da prevenção de erros e falhas na assistência ao paciente, é necessário que haja uma cultura de segurança nos serviços de saúde. Tanto a OMS como o *National Quality Forum* (NQF), afirmam que uma das principais e básicas recomendações para a promoção da segurança do paciente está na melhoria da cultura da segurança (ANVISA, 2016; *The National Quality Forum*, 2010).

A cultura de segurança do paciente (CSP) foi definida pela RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, como:

Um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A unidade de terapia intensiva (UTI) compreende uma estrutura hospitalar complexa dotada de sistema de monitorização contínua, suporte medicamentoso, ventilatório, hemodinâmico, bioquímico, médico e assistencial, garantido por meio de um atendimento multidisciplinar qualificado. É destinada a admissão de pacientes potencialmente graves ou descompensados que tenham capacidade de recuperação frente ao suporte e tratamento intensivos (ANVISA, 2010; VIANA et al., 2014; ACUÑA et al., 2007).

A partir disso, toda a normatização de atividades, estrutura, dimensionamento, boas práticas e organização de uma UTI são essenciais para o bom transcorrer dos serviços prestados e qualidade da assistência. Toda a conjuntura de requisitos é regulamentada por legislações específicas para o ambiente que atenda pacientes em estado crítico (ANVISA, 2010; BRASIL, 2014).

Atualmente, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), tem disponíveis portarias e resoluções de diretórios colegiados próprias para o ambiente de UTI. As principais normativas são a Portaria nº355/2014, RDC nº07/2010 e, mais recentemente, a Portaria nº 26/2012 que alterou a RDC nº07/2010 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL,2014).

Tendo em vista todo o aparato tecnológico e o seu alto nível de complexidade, as UTIs se configuram como setores com maiores chances de ocorrer EAs. Devido a isso, a cultura de segurança do paciente deve estar presente para potencializar as ações de prevenção de erros, garantindo assim um serviço de qualidade para o paciente crítico, que necessita que

sua assistência seja segura, pois qualquer erro pode ser fatal para a sua recuperação.

Em 1970, foram implantadas no Brasil as primeiras UTIs, o que otimizou o atendimento aos pacientes gravemente enfermos, aumentando assim as suas chances de sobrevivência, pois esse serviço contava com uma estrutura física adequada e recursos tecnológicos que possibilitavam uma melhor monitorização e intervenção rápida a estes pacientes (ACUÑA et al., 2007).

No Estado do Acre, especificamente na capital de Rio Branco, as primeiras UTIs foram inauguradas apenas no ano de 1998, se configurando como o último estado do país a implantar unidade de terapia intensiva. Na época foi fundada a primeira UTI do estado, no Hospital Santa Juliana, instituição de saúde filantrópica, com cinco leitos. E a segunda UTI criada foi na Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), que se tratava de um hospital público cadastrado no Sistema Único de Saúde (SUS), na época com seis leitos para adultos e dois leitos pediátricos (ACUÑA et al., 2007).

Atualmente, o estado do Acre possui UTIs adulto no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e outra no Hospital das Clínicas (HC), a UTI neonatal da Maternidade Barbara Heliodora; UTI pediátrica do Hospital Infantil Iolanda Costa e Silva, todas situadas em Rio Branco, e UTI mista no Hospital Regional do Juruá, na cidade de Cruzeiro do Sul.

Assim, o presente estudo teve como objetivo descrever as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente de acordo com a percepção dos profissionais de saúde que atuavam em unidades de terapia intensiva do Estado do Acre, identificando assim pontos fracos e fortes da CSP e as áreas mais frágeis para que se possa planejar e programar intervenções eficientes.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional transversal, descritivo cuja coleta de dados desenvolveu-se entre o período de novembro de 2016 a maio de 2017, contemplando todas as unidades de terapia intensiva públicas do estado do Acre localizadas nos municípios de Rio Branco e Cruzeiro do Sul.

A amostra do estudo foi constituída de 70 profissionais de saúde. Foram incluídos no estudo todos os profissionais de saúde pertencentes ao quadro de funcionários das UTIs

adulto do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e Hospital das Clínicas (HC); UTI neonatal da Maternidade Barbara Heliodora; UTI pediátrica do Hospital Infantil Iolanda Costa e Silva, e UTI mista do Hospital Regional do Juruá, que prestavam assistência direta ou atuavam em áreas indiretamente relacionadas ao cuidado ao paciente como gerentes, supervisores e gestores, e responderam o questionário. Os profissionais de saúde eventuais, sem vínculo empregatício ao serviço de saúde dessas UTIs no período da pesquisa foram excluídos da amostra.

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), amplamente utilizado no mundo para mensurar a cultura de segurança do paciente, traduzido, adaptado e validado para o português brasileiro. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente a terapêutica do paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; REIS, 2013; REIS et al., 2017).

O questionário é do tipo auto aplicado e inclui 42 itens relativos à cultura de segurança do paciente agrupados em 12 dimensões, uma pergunta sobre a qualificação global do grau de segurança percebido e perguntas sobre características sociolaborais dos profissionais. Os 42 itens relativos às percepções dos profissionais sobre a segurança têm cinco opções de resposta, construídas segundo a escala tipo Likert de cinco pontos que variam de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5) ou nunca (1) a sempre (5).

As variáveis, na Dimensão da Cultura de Segurança do Paciente, presentes no HSOPSC são:

Dimensões do nível da unidade do hospital (sete dimensões):

- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes;
- Aprendizado organizacional;
- Trabalho em equipe no âmbito das unidades;
- Abertura da comunicação;
- Retorno das informações e comunicação sobre erros;
- Respostas não punitivas aos erros;
- Adequação de pessoal;

Dimensões do nível da organização hospitalar (três dimensões):

- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente;
- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares;
- Passagens de plantão/ turno e transferências internas;

Dimensões de resultado (duas dimensões):

- Percepção geral da segurança do paciente;
- Frequência de notificação de eventos.

Podem ser consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” nos hospitais estudados, aquelas nas quais os itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “área frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (REIS, 2013).

No que se refere aos aspectos éticos, esta pesquisa atendeu integralmente à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Os participantes foram esclarecidos quanto aos aspectos referentes à pesquisa e à produção de dados. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal do Acre, e aprovado sob os pareceres Nº 1.392.345 e 1.797.578.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 70 profissionais da saúde que trabalhavam na UTIs, sendo 30 (42,6%) auxiliares de enfermagem, 25 (36%) técnicos de enfermagem, 03 (4,2%) odontólogos, 3 (4,2%) fisioterapeutas, 7(10%) enfermeiros (5%), 1 (1,5%) farmacêutico e 1 (1,5%) assistente social. Dos quais 69 (98,5%) tinham interação ou contato direto com o paciente.

No que concerne ao tempo de serviço 44 (63%) tinham de 1 a 5 anos de trabalho e 45 (64,276%) trabalhavam na atual área e/ou unidade de saúde. Em sua maioria, 47 (67%) trabalhavam de 20 a 39 horas por semana, e na profissão ou especialização atual 26 (40,7%) afirmaram trabalhar entre 1 a 5 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características e dados laborais dos profissionais das unidades de terapia intensiva conforme o Questionário sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), Acre, 2017.

Área/Unidade de Trabalho	n	%
UTI	70	100
Cargo ou Função		
Enfermeiro	07	10
Técnico de Enfermagem	25	36
Auxiliar de Enfermagem	30	42,6
Farmacêutico / Bioquímico	01	1,5
Assistente Social	01	1,5
Odontólogo	03	4,2
Fisioterapeuta	03	4,2
Tempo que trabalha no hospital (anos)		
Menos de 1 ano	1	1,5
1 a 5 anos	44	63
6 a 10 anos	20	28
11 a 15 anos	2	3
16 a 20 anos	2	3
21 anos ou mais	1	1,5
Tempo que trabalha na atual área/unidade do hospital (anos)		
Menos de 1 ano	2	3
1 a 5 anos	45	64,2
6 a 10 anos	18	25,7
11 a 15 anos	3	4,5
16 a 20 anos	0	0
21 anos ou mais	2	3
Horas que trabalha por semana (horas)		
Menos de 20 horas por semana	3	4,5
20 a 39 horas por semana	47	67
40 a 59 horas por semana	15	21,3
60 a 79 horas por semana	4	5,7
80 a 99 horas por semana	1	1,5
Tempo que trabalha em sua especialidade atual ou profissão (anos)		
Menos de 1 ano	2	3
1 a 5 anos	26	37,1
6 a 10 anos	22	31,4
11 a 15 anos	6	8,5
16 a 20 anos	6	8,5
21 anos ou mais	2	3,0
Não lembra	6	8,5
	70	100

No que diz respeito às dimensões de Segurança do Paciente da Unidade de Terapia Intensiva, a tabela 2 apresenta a média de respostas positivas para cada dimensão da Segurança do Paciente.

Tabela 2. Média do percentual de respostas positivas das Dimensões de Segurança do Paciente nas unidades de terapia intensiva conforme o Questionário sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), Acre, 2017.

Dimensões de Segurança do Paciente	Média de respostas positivas %
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	64,0
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	61,0
Aprendizado organizacional	67,0
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	42,0
Percepções gerais sobre segurança do paciente	45,0
Feedback & Comunicação sobre os erros	44,0
Abertura de comunicação	50,3
Frequência de eventos relatados	30,0
Trabalho em equipe entre as unidades	42,0
Número de profissionais	31,0
Transferências internas e passagem de plantão	56,0
Resposta não punitiva aos erros	17,0

Percebeu-se que nenhuma dimensão apresentou percentual de respostas positivas de 75% ou mais para ser classificada como área de força conforme tabela 2. A dimensão que apresentou maior percentual de resposta positiva foi “Aprendizado organizacional” (67%). E por outro lado, as dimensões com piores avaliações foram “Respostas não punitivas aos erros” (17%), “Frequência de eventos relatados” (30%), “número de profissionais” (31%) “Abertura de comunicação” (36%), “Trabalho em equipe entre as unidades” (42%) e “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (42%).

A dimensão melhor avaliada foi “Aprendizado organizacional”, que obteve 67% de respostas positivas, dos quais os mais bem avaliados foram “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (82%), “erros tem levado a mudanças positivas por aqui” (63%) e “após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” (55%).

A segunda dimensão que apresentou melhor avaliação foi a dimensão “Trabalho em

equipe no âmbito das unidades” que apresentou 64% das respostas positivas, e elencou em suas principais afirmações: “Quando há muito trabalho a se feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente” com 76% das resposta positivas, seguido por “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras” com 71%, e 61% afirmaram “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” e 50% que “Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam”.

Seguida das “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” apresentaram 61% de respostas positivas e os itens mais avaliados foram: “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem rapidamente” (80%), “Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas” com 66%, 52% afirmaram que “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” e 45% que “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”.

Posteriormente seguido pelas “Transferências internas e passagens de plantão” apresentaram 56% das respostas positivas e elencou as principais afirmativas: “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para o paciente” com 68%, “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” com 66% das afirmações, “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital” com 48% “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para a outra” com 40%.

E por último a dimensão “Abertura de comunicação” que deteve 50,3% das respostas positivas, e seus itens avaliados foram: “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” com 58% das respostas, “Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo” com 54% e “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” com 39%.

Porém mais da metade das dimensões apresentaram percentual de respostas positivas muito baixas. Aquelas que obtiveram 50% ou menos foram classificadas como áreas críticas da CSP (REIS, 2013) e serão descritas a seguir.

Assim, a primeira área crítica observada foi a dimensão “Respostas não punitivas aos erros” que apresentou apenas 17% das respostas positivas dos quais se destacaram as

principais afirmações: 24% que “Quando um evento é notificado, parece que o foco real sobre a pessoa e não sobre o problema”, 18% afirmam que “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”, e 9% que “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”.

A respeito da dimensão “Frequência de eventos relacionados” que apresentou 30% das respostas positivas, nos quais as principais foram “Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado” com 31%, seguido por “Quando ocorre um erro, mas não há risco de danos para o paciente, com que frequência ele é notificado” com 30% de respostas positivas cada e “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado” com 24%.

Sobre o “Número de profissionais” que obteve 31% das respostas positivas, a que mais se destacaram foram: “Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” com 55% das respostas, “Nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” com 38%, seguindo por “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” com 21%, e “os profissionais desta unidade trabalham mais horas que seria o melhor para o cuidado do paciente” com 12%.

A respeito da Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, apresentou 42% das respostas positivas e as principais afirmativas forma: “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital” com 59%, “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” com 45%, “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto” com 37% e “As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” com 27%.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” apresentou 42% das respostas positivas, dos quais se destacaram as afirmações: “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” com 46%, “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” com 44% e “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” respectivamente com 37%.

Na dimensão “Feedback e comunicação sobre os erros” (44%) em que entre as principais afirmações verificadas estão: “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” com 50%, “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” com 46% e “Nós recebemos informações sobre as mudanças

implementadas a partir dos relatórios de eventos com 38%.

“Percepções gerais sobre a segurança” com 45% das respostas positivas. Sendo composta por quatro itens que representam os maiores problemas enfrentados pelos participantes do estudo, sendo eles: “É apenas por acaso, que os erros mais graves não acontecem por aqui” na qual obteve 65%, “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” com 58%, “Nesta unidade tempos problemas de segurança do paciente” com 39% e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída! Com 20% das respostas positivas.

Além da avaliação das dimensões da CS, o instrumento HSOPSC também avalia dois itens que estruturam a variável de resultado da CS, sendo o primeiro a atribuição de uma nota sobre a SP na sua unidade de trabalho no hospital, de acordo com a percepção individual, e a segunda, o quantitativo de EAs relatados pelo profissional nos últimos 12 meses. A nota de SP pode ser atribuída dentre as cinco opções disponibilizadas no instrumento HSOPSC, conforme dados apresentados na figura 1. Desta forma, os dados apontam que 55,5% e 25,7% dos profissionais avaliaram a SP em sua unidade de trabalho como muito boa e regular, respectivamente.

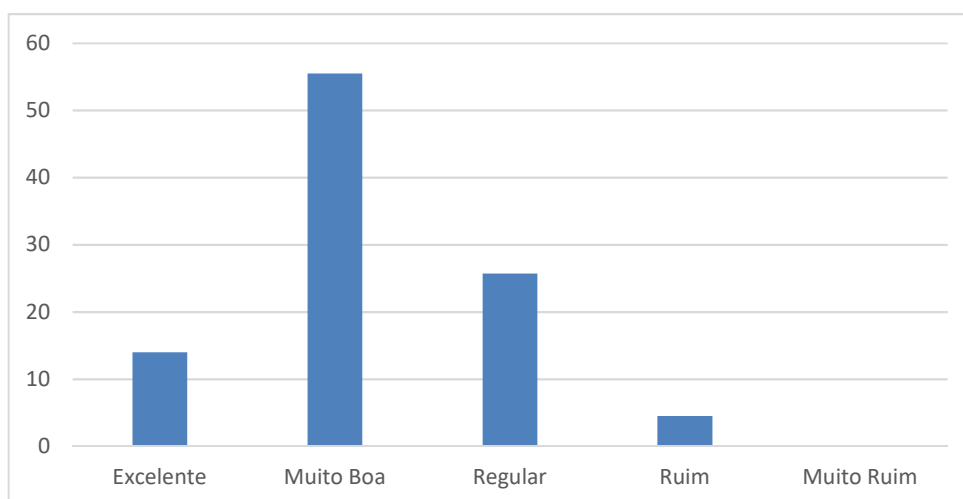


Figura 1. Avaliação da segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva conforme os profissionais entrevistados, Acre, 2017.

Em relação ao segundo item da variável de resultado, que trata do número de EAs relatados, os dados apontam que a maioria dos participantes, ou seja, 80,2% deles não comunicaram nenhum evento adverso, sendo que apenas 16,5% declararam ter comunicado de um a dois EAs (Figura 2).

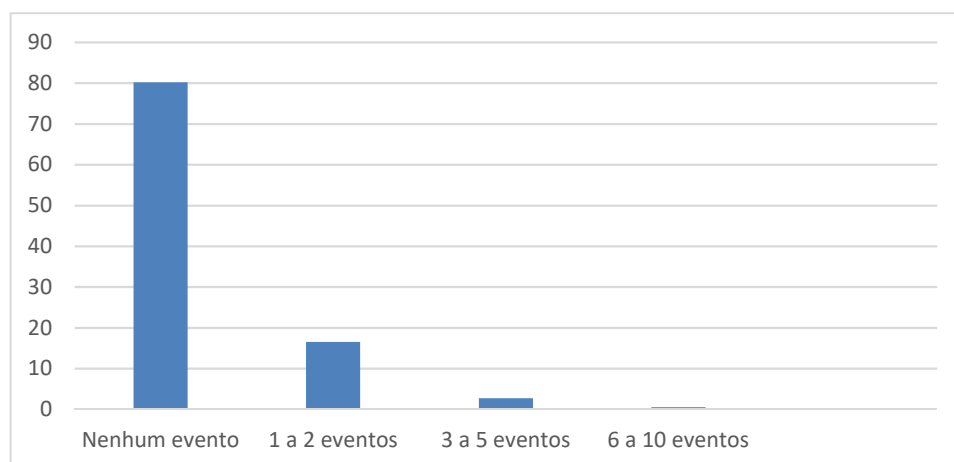


Figura 2. Percentual de respostas sobre o número de EAs relatados nos últimos 12 meses nas unidades de terapia intensiva, Acre, 2017.

Nenhuma dimensão foi classificada como área de força, porquanto não alcançaram 75% de respostas positivas. Contudo observa-se uma melhoria em todas as dimensões. Diferentemente do estudo realizado por Schuh (2016) na cidade de Santa Rosa da Cruz, onde duas dimensões obtiveram a maior taxa de positividade: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” com 78,5% e “Trabalho em equipe dentro das unidades”, com 76,5%.

O trabalho em equipe no âmbito das unidades foi uma das dimensões que apresentou um percentual de respostas positivas (64%) maiores. Resultado semelhante apresentado em um estudo realizado por Galvão et al., (2018) no Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus, Amazonas em 2015. Porém contrapondo a afirmação supracitada o trabalho em equipe entre as unidades apresentou um escore baixo que segundo Barillas (2016) o trabalho em equipe fundamental para a segurança do paciente e que em sua pesquisa foi vista pelos entrevistados de forma positiva.

O estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2016) identificou que o trabalho em equipe no âmbito das unidades e entre as unidades geralmente demonstram que os trabalhadores têm dificuldades em trabalhar em equipe, e por isso os gestores devem buscar recursos e incentivar os trabalhadores.

Entre as dimensões frágeis, a considerada mais crítica foi respostas punitivas aos erros (17%), resultado semelhante foi identificado por Cruz et al., (2018), no estudo intitulado: Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino, que apresentou 25% das respostas positivas. E segundo Tomazoni et al., 2015, existe uma cultura de culpabilização dos indivíduos, onde os profissionais relacionam os erros como

consequências de seus atos, e que estão relacionados a falta de competência ou atenção, contudo pode-se afirmar que tais eventos não são considerados fato isolado e que ocorrem devido ao conjunto de falhas existentes no sistema de saúde.

Entre todas as dimensões a questão que obteve maior porcentagem de resposta positiva foi a “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, pertencente à dimensão três (Aprendizado organizacional), com 80%. Segundo Cruz et al. (2018) mostraram resultados semelhantes, existe uma limitação nos números de profissionais e uma cultura organizacional punitiva em relação aos erros, porém os profissionais se preocupam com a segurança do paciente, por meio de ações constantes e identificando as situações que afetam de forma negativa o cuidado com o paciente.

A dimensão de “frequência de eventos relatados” e pelo questionamento sobre o número de eventos comunicados a chefia apresentaram baixo percentual de relatos, identificados também no estudo de Melo e Barbosa (2017) em seu estudo realizado em duas UTIs adulto de hospitais públicos do sul do Brasil, que afirmam ainda se os profissionais informam os erros, os mesmo os fazem desde o mais simples, que geralmente são corrigidos antes mesmo de ocorrer, até ao que já aconteceram. Para Silva e colaboradores (2018) esta dimensão é importante porquanto as respostas podem estar “ligadas à subnotificação de Eventos Adversos (EAs) da equipe que atua na assistência ao paciente”.

Em relação à dimensão “Transferências internas e passagem de plantão” que apesar de obter 56% das respostas positivas, teve dois de seus componentes que receberam percentuais abaixo de 50%: onde 40% dos participantes discordam que o processo de cuidado fica comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para outra, e que 48% discordam que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre a unidade e o hospital. Corroborando com o estudo de Reis (2013) realizado com 322 profissionais que trabalham em dois hospitais de cuidados agudos.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” apresentou 42% das respostas positivas, dos quais se destacaram as afirmações: “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” com 46%, “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” com 44% e “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” respectivamente com 37%. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em um hospital pediátrico de São Paulo, que segundo as autoras significa uma fragilidade do apoio da gestão com a segurança do paciente, porém que leva tempo para amadurecer a formação de uma cultura de segurança, e que para

melhorar estes escores é preciso esforços por parte das instituições e para o fortalecimento da formação dos gerentes no papel de liderança (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Em relação a comunicação no que concerne a dimensão “Abertura da comunicação” que apresentou 50,3% e na dimensão “Feedback e comunicação sobre os erros” (44%), Batista e colaboradores (2019) afirmam que é preciso promover ações para o fortalecimento da comunicação e abertura da comunicação, sistematizar o retorno da informação através da comunicação do erro, e estimular a notificação de eventos adversos.

Sobre as “Percepções gerais sobre a segurança” com 45% das respostas positivas. Sendo composta por quatro itens que representam os maiores problemas enfrentados pelos participantes do estudo, sendo eles: “É apenas por acaso, que os erros mais graves não acontecem por aqui” na qual obteve 65%, “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” com 58%, “Nesta unidade tempos problemas de segurança do paciente” com 39% e “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída, com 20% das respostas positivas. Por isso as instituições devem sempre voltar seus olhares para a segurança do paciente e buscar meios para avaliar os seus processos de trabalho, priorizando sempre a segurança do paciente e buscando condições de trabalho para os profissionais, com a finalidade de diminuir e evitar os erros (COSTA, 2014).

4. CONCLUSÃO

Considerando a cultura de segurança nas UTIs quanto às dimensões avaliadas, o estudo identificou que nenhuma dimensão apresentou média percentual de respostas positivas para ser considerada como área de força. Contudo as dimensões “Aprendizado organizacional”, “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”, “Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” e “Transferências internas e passagem de plantão” obtiveram as melhores avaliações.

Deve-se considerar que os profissionais percebem que há uma cultura punitiva em relação aos profissionais de saúde das UTIs na ocorrência de eventos adversos o que pode estar relacionado a subnotificação desse item.

5. APOIO FINANCEIRO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Acre (PIBIC/UFAC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

6. REFERÊNCIAS

ACUÑA, K. et al. Características clínico-epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 304-309, 2007.

ALVES, D.F.S.; GUIRARDELLO E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. e58817, 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA, Organização Pan-Americana da Saúde. Módulo 1: **Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade**. Brasília, 2016.

BATISTA, J. et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, n. esp, p. e20180192, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. **RDC nº. 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em 09/11/2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. **RDC nº. 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. **RDC nº. 26**, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>. Acesso em 09/11/2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. **RDC nº. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 355**, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal". Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0355_10_03_2014.html>. Acesso em 09/11/2020.

COSTA, D.B. **Cultura de Segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares.** (Dissertação) Mestrado em Ciências - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

CRUZ, E.D.A. et al. Cultura de Segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 1, p. e50717, 2018.

DUARTE, S.C.M.; et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81, 2015.

GALVÃO, T.F. et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 26, p. e3014, 2018.

HALLIGAN, M., ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: Institute of Medicine; National Academies Press; 2000.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n.1, p. 122-129, 2014.

PEREIRA, F.G.F.; CAETANO, J.A. Human error and patient safety in health services. **Rev Enferm UFPI**, v. 3, n. 3, p. 115-9, 2014.

REIS, C.T. **A cultura do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** (Tese) Doutorado em Ciências - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

REIS, F.F.P. et al. Cultura de segurança em criança em unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 2, p. 34-48, 2017.

SILVA-BATALHA, E.M.S; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 2, p. 133-142, 2016.

SILVA, G.M. et al. Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. **Journal of Human Growth and Development**, v.28, n. 3, p. 307-315, 2018.

SCHUH, L.X. **Atitudes e percepções dos profissionais de enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência.** (Dissertação) Mestrado em Promoção da Saúde - Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, 2016.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe practices for better healthcare: a consensus report. Washington DC: The National Quality Forum; 2003; The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare: 2010 update. Washington **DC: The National Quality Forum**, 2010.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v.24. p.161-169. 2015.

VIANA, R.A.P.P. et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p.151-9, 2014.

USO DE APP EM DISPOSITIVOS MÓVEIS ENTRE ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ana Laura Miranda Campanha¹, Ana Paula de Castro Gomes Gervásio¹, Laura Maria Pouzas Torres¹, Lurianny Dias Ferreira¹, Mariana Oliveira Axer¹, Renata Silva Ferreira¹, Thainá Vivan Figueiredo¹, Natan Lopes De Macedo², Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira¹

1. União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil;

2. Universidade Federal Dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

O final do século XX foi marcado por transformações tecnológicas, e, com isso houve uma profunda modificação dos padrões de ensino, aprendizagem e rotina dos acadêmicos, inserindo-se a utilização dos aplicativos no dia a dia dos mesmos, para consulta de diretrizes e medicamentos, fazer cálculos e realizar pesquisas. Este estudo tem por objetivo descrever o uso dos aplicativos pelos discentes da área da saúde, através de uma revisão bibliográfica de artigos nacionais e internacionais publicados de 2004 a 2020, nas bases de dados PubMed, Scielo e LILACs. Em todos os estudos analisados, observou-se uma alta prevalência da utilização de aplicativos em dispositivos móveis pelos acadêmicos, sendo que a maioria dos estudantes consideram seu uso benéfico e acreditam que seja uma ferramenta valiosa. Destacam-se ainda as vantagens de sua utilização, como fácil acesso e disponibilidade, e suas desvantagens a exemplo de instabilidade na conexão, má administração do tempo de utilização, tela pequena, bateria curta, alto custo, dentre outros. Sendo assim, conclui-se que é inevitável que esse tipo de tecnologia esteja presente no cotidiano das pessoas, e desta forma, é importante que os alunos sejam instruídos quanto a sua utilização e que os professores sejam capacitados para tal.

Palavras-chave: Aplicativos, Dispositivos móveis e Acadêmicos.

ABSTRACT

The end of the 20th century suffered strong technological transformations, resulting in a magnificent change in the teaching, learning and routine patterns of academics. Because of that, the use of applications to consult guidelines and medicines, do calculations and conduct research became a trend among students in the health field. This study aims to describe this habit through a bibliographic review of national and international articles from 2004 to 2020, published on the PubMed, Scielo and LILACs databases. All of our research points out that most students use mobile applications. Besides, the majority of them consider the use of these applications to be beneficial and believe it to be a valuable tool. The research also

includes the advantages of the use of apps, such as easy access and availability, as well as its disadvantages, like the instability in the connection, poor management of usage time, small screen, short battery, high cost, and others. Thus, it is concluded that in the near future this type of technology will be present in people's daily lives, and therefore, the teachers must be capacitated to instruct the students on how to manipulate the apps.

Keywords: Applications, Mobile devices and Academics.

1. INTRODUÇÃO

A Revolução Industrial ocorreu na Europa nos séculos XVIII e XIX, momento em que houve a substituição do trabalho artesanal pelo uso de máquinas, e desde então, com a Era da Informatização, no fim do século XX, houve expansão de forma acelerada das transformações tecnológicas, nos modos de produção e nas metodologias de ensino. Essa crescente onda de informatização tende a atingir todas as áreas de atividade humana, inclusive a área dos cuidados com a saúde (SALLES, 2010).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), proporcionaram à sociedade transformações significativas, especialmente na facilidade ao acesso à informação e ao conhecimento (JUNIOR, 2017). A ampliação das formas de conexão à internet por meio de dispositivos móveis como celulares e tablets são resultado das mudanças introduzidas pela “Era Digital”, a qual conecta a população a bancos de dados das mais variadas esferas, trazendo conhecimento de forma ágil e prática (MAIA; BIOLCHINI, 2019).

Na área da saúde, essas tecnologias também ganharam espaço. A intenção de informatizar e maquinizar a medicina surgiu com o objetivo de dar ao médico condições para ser mais eficiente, rápido e possuir mais tempo para o paciente e para si mesmo (SALLES, 2010). Além disso, essas mudanças permitiram novas perspectivas e caminhos para as metodologias de ensino, visando facilitar a didática e permitir maior assimilação do conteúdo pelos discentes da área médica (BARBOSA et al., 2018).

Com o lançamento do primeiro *smartphone*, em 2007, e suas atualizações ao longo dos anos, começaram a ser desenvolvidos diversos aplicativos (*Apps*), que passaram a fazer parte do cotidiano da maioria das pessoas (REID, 2018). Esses *Apps*, utilizados também para o aprendizado, ganharam espaço na rotina dos acadêmicos, disponibilizando novos conhecimentos por meio do fácil acesso a diferentes informações (GUEDES, 2019; PEREIRA et al., 2017).

São diversos aplicativos desenvolvidos no mundo com o intuito de facilitar o aprendizado dos discentes e profissionais da saúde. Além disso, já existem softwares que permitem aos professores e estudantes criarem seus próprios aplicativos e, assim, contribuir com essa crescente demanda (SONEGO; BEHAR, 2015).

As técnicas, as matérias e os recursos disponíveis nos *Apps* que ajudam os acadêmicos são variados (PEREIRA et al., 2017). Os *Apps* Medscape® e Whitebook® que compõem a rede de “Mobile Health (mHealth)”, por exemplo, foram listados como os preferidos para consulta de medicamentos e prescrição médica pelos estudantes e profissionais da saúde (ROBINSON, 2013; MASIKA et al., 2015; RODIS, 2016).

Há ainda aplicativos que são voltados para a atualização das informações, demonstrando os últimos estudos e pesquisas publicadas, permitindo aos estudantes velocidade e renovação do conhecimento. Entretanto, é necessária a atualização constante das informações desses aplicativos e regulação das informações contidas para que o conteúdo passado seja de qualidade (JEBRAEILY; FAZLOLLAHI; RAHIMI, 2017).

Sendo assim, esse artigo visa demonstrar o uso de aplicativos de tecnologia móvel e os impactos desses para o processo ensino-aprendizagem dos acadêmicos da área da saúde frente à crescente inserção tecnológica nos cursos e adaptação das metodologias para se adequar à realidade estudantil. Para realização deste trabalho foram utilizados artigos nacionais e internacionais, publicados no período de 2004 até 2020, nas bases de dados PubMed, Scielo e LILACs. Os estudos foram devidamente selecionados e reunidos de acordo com as informações que apresentavam, priorizando-se artigos aceitos mediante *peer review*. Ao fim, foram utilizados 40 artigos, escolhidos conforme qualidade e relevância com o tema abordado para realização desta revisão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Diante da era da informatização, em 2019 foram publicados dados pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC, 2019), apontando que 71% dos domicílios brasileiros possuem acesso à internet, e que 3 a cada 4 brasileiros fazem uso da mesma, somando cerca de 134 milhões de usuários, o equivalente a 74% da população brasileira, enquanto em 2009, os usuários representavam apenas 29% da população.

O celular foi apontado como o dispositivo mais utilizado para a conexão, atingindo a marca de 99%, com um crescimento de 23% de 2014 até 2019, e observou-se queda na utilização de computadores. A maior parte dos usuários possui de 16 a 34 anos. Observou-se ainda que 47% das pessoas utilizaram a conexão para a busca de informações sobre saúde ou serviços de saúde e 40% utilizaram a internet para estudar por conta própria, o que exemplifica a representatividade da conexão na vida da população (CETIC, 2019). E não diferentemente, Tibes, Dias e Mascarenhas (2014), descreveram que a pesquisa de saúde por meio da tecnologia móvel, é um campo crescente e em expansão.

Os aplicativos direcionados à saúde estão revolucionando a forma de cuidados especializados aos pacientes e a forma de aprendizado dos discentes na área da saúde (GHERMAN; ACHIMAS-CADARIU; SUCALÃ, 2016). O uso de dispositivos eletrônicos móveis, como celulares e tablets, exerce funções desde o monitoramento de dados, educação e tomada de decisões entre os profissionais e estudantes da saúde, além de auxiliar nos atendimentos diários com a expectativa de reduzir o número de falhas relacionadas à falta de acesso a informações. Muitos estudantes das ciências da saúde utilizam as bases de dados para aumentar a experiência e o conhecimento prático sobre determinado assunto acadêmico, e, assim, melhorar seu desempenho e aprendizado clínico (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017; LIMA; BARBOSA, 2019).

De acordo com a definição adotada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO):

a aprendizagem móvel envolve o uso de tecnologias móveis, isoladamente ou em combinação com outras tecnologias de informação e comunicação (TIC), a fim de permitir a aprendizagem a qualquer hora e em qualquer lugar. A aprendizagem pode ocorrer de várias formas: as pessoas podem usar aparelhos móveis para acessar recursos educacionais, conectar-se a outras pessoas ou criar conteúdo, dentro ou fora da sala de aula. A aprendizagem móvel também abrange esforços em apoio a metas educacionais amplas, como a administração eficaz de sistemas escolares e a melhor comunicação entre escolas e famílias.

A utilização de dados móveis amplia enormemente seu alcance e viabilidade por sua característica de imediatismo, mobilidade e a sua onipresença, o que facilita o aprendizado dos alunos, ofertando informações a qualquer hora e em qualquer lugar. Isto permite uma autonomia maior na aprendizagem, por respeitar a disponibilidade e os limites de cada aluno (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017).

Em um estudo realizado no Brasil por Estanislau et al. (2019), com estudantes de medicina matriculados no último ano da graduação, 95,9% dos entrevistados apontou o

celular como dispositivo utilizado para a conexão, e 98,6% disse que utiliza os dispositivos móveis para buscas acadêmicas, e ainda afirmaram que os aplicativos devem ser utilizados para a prática médica e que o seu uso não traz malefícios aos estudantes.

Na Tanzânia, país da África Ocidental, 78,4% dos estudantes das ciências da saúde, afirmaram que buscam suas pesquisas nas bases de informação online (HARUNA; TSHUMA; HU, 2017). Em um outro estudo realizado em quatro universidades canadenses, 26,8% dos estudantes de medicina do 1º e 2º ano e 59,1% dos estudantes de medicina do 3º e 4º ano relataram utilizar o celular mais de uma vez por dia para acessar recursos médicos, sendo que este último grupo utilizou os dispositivos móveis para um maior número de atividades e compraram mais recursos para seus dispositivos (BORUFF; STORIE, 2014).

Dentro deste viés, em 2015 foi realizado um estudo para avaliar o uso da tecnologia de aprendizagem móvel por alunos do último ano de graduação na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Nairóbi, onde foi constatado que quase todos os entrevistados (99,6%) possuíam um dispositivo móvel e relataram seu uso para aprendizagem. Destes, 74% possuíam aplicativos médicos instalados, e 65% possuíam de 1 a 5 aplicativos médicos para acessar informações como: guia de procedimentos e gerenciamento de doença (88%), dicionários médicos (87%), referência/ índice de drogas (73%) e calculadoras médicas (31%), demonstrando o quanto estes meios têm se tornado uma fonte facilitadora de aprendizagem, devido a acessibilidade (MASIKA et al. 2015; WALLACE; CLARC; WHITE, 2012).

Em Winchester na Virgínia, os alunos de farmácia, quando questionados sobre a frequência com que usaram qualquer dispositivo móvel em um ambiente clínico para fins clínicos e/ou farmacêuticos, 42% dos alunos responderam nunca ou raramente e 25% dos alunos responderam com frequência ou sempre. Os alunos de farmácia geralmente utilizam os dispositivos móveis para verificação de doses, interações ou efeitos das drogas, e nestes casos os aplicativos e dispositivos móveis podem ser úteis para melhorar o atendimento à saúde do paciente (RICHARD; HASTINGS; BRYANT, 2017).

Uma revisão conduzida por Mi et al. (2016), através de estudos de artigos de oito diferentes países, concluiu que os dispositivos móveis oferecem aos alunos de graduação de ciências da saúde, a oportunidade de ampliar seu acesso a uma ampla gama de informações e recursos de aprendizagem, servindo como uma ferramenta primária para o acesso às informações de saúde e para localizar as evidências, de forma a embasar a prática clínica baseada em evidências e a tomada de decisão, nos casos de atendimento ao paciente.

À medida que o preço das ferramentas móveis vai diminuindo, provavelmente, os indivíduos irão adquirir aparelhos móveis e aprenderão a usá-los, inclusive nas áreas mais vulneráveis. O número de projetos de tecnologias móveis é crescente e se apresenta como um meio para estender oportunidades de aprendizagem a alunos que não possuem condições de acesso à universidades de alta qualidade. No entanto, esse meio de ensino não é substitutivo, e sim complementar aos modos educacionais já instituídos (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017).

Os aplicativos fazem parte das chamadas Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC), tendo a possibilidade de serem personalizados e individualizados (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017). Equipes especializadas de profissionais de saúde de diversas áreas idealizam os aplicativos médicos por meio de pesquisas acadêmicas e construção de softwares, a fim de garantir credibilidade. Sendo um importante critério para a seleção de um aplicativo: o custo (PEREIRA; KUBRUSLY; MARÇAL, 2017).

O aplicativo Blackberry, foi o pioneiro entre os dispositivos móveis a incorporar recursos de comunicação e computação, no ano de 2002. Após seu lançamento, diversos outros aplicativos móveis foram introduzidos no mercado, sendo a medicina uma das disciplinas mais afetadas pela disponibilidade de aplicativos (VENTOLA, 2014).

Em uma pesquisa realizada pelo Manhattan Research / Physician Channel Adoption Study de junho de 2012, foi revelado que o uso de aplicativos médicos é altamente prevalente, apontando que 85% dos profissionais utilizam smartphones ou tablets em seu local de trabalho, e mais de 95% utilizam computadores (CHASE, 2013). E em uma outra pesquisa realizada entre professores, residentes e alunos em uma faculdade de medicina, descobriu-se que 85%, 90% e 85% dos entrevistados, respectivamente, faziam uso de dispositivos móveis nos ambientes clínicos (WALLACE; CLARK; WHITE, 2014).

As categorias da área da Medicina em relação aos aplicativos móveis variam desde simples jogos até base de dados específicas de saúde baseada em evidências. A Columbia University realizou uma revisão sistemática no ano de 2011, onde foram identificados 83 aplicativos móveis para uso médico, sendo que 57 destes são direcionados para profissionais da saúde, 11 voltados para estudantes de medicina e enfermagem e 15 para os pacientes (MOSA; YOO; SHEETS, 2012).

Os dispositivos móveis usados incluem diversos tipos de 'smartphones'. Nesses aparelhos são utilizados aplicativos que foram desenvolvidos de maneira específica para cada área e com diversas categorias, sendo alguns adaptados para a área médica, para fins de controle de doenças como doenças infecciosas e neurocirurgia (PIMMER et al., 2013). A

inserção da tecnologia tem promovido mudanças significativas na cultura, no comércio, na comunicação e na educação. Aparelhos como o iPhone e o iPad, permitem acesso às informações que antes não podiam ser alcançadas (CETIC, 2016).

Os estudos anteriores em relação ao uso desses dispositivos tiveram o foco no uso do Assistente Pessoal Digital (PDA). Essas pesquisas confirmaram que os PDA podem ser utilizados pelos estudantes de medicina de modo a realizar registros, acessos as informações atualizadas, cálculo de medicações e verificação de tratamentos. Desse modo, tais experiências demonstraram avanços na aprendizagem dos acadêmicos na parte clínica e, assim, proporcionam maior conhecimento geral na área médica, sendo favorável para a formação do estudante (SUTTON et al., 2004; WALLACE; CLARC; WHITE, 2012).

Além disso, é notório que a aprendizagem passa a ocorrer também fora dos limites da sala de aula, através do uso das tecnologias digitais, aumentando-se a produção pedagógica, a interação entre professor e aluno, à execução de habilidades complexas, consolidando o ensinar e o aprender, no mundo físico e virtual (SILVEIRA, 2018).

O novo meio para o estudo e interação pedagógica tem favorecido mudanças nas experiências e na comunicação social, uma vez que se trata de um recurso infinito e que estimula sobretudo o compartilhamento de informações e ideias. As tecnologias móveis disponibilizam vídeos, casos clínicos, exercícios, jogos para fixação, simulações virtuais e outros, através de espaços dinâmicos e interativos, possibilitando a adoção de uma biblioteca móvel que acompanha o aluno, e propicia a oportunidade de aprender a qualquer hora e em qualquer lugar (SILVA; OLIVEIRA, 2018; MARTINS, et al., 2018).

Em relação às pesquisas realizadas com os acadêmicos da área da saúde, foram notificados alguns aplicativos como os mais utilizados no cotidiano dos estudantes. Esses, de forma geral, foram citados como categoria multifuncional, o Medscape™ e o Whitebook®. Além disso, nota-se que há preferência na seleção de aplicativos entre os estudantes e profissionais da área de farmácia, os quais estão relacionados à consulta de medicamentos (ROBINSON et al., 2013; MASIKA et al., 2015; RODIS et al., 2016).

Desse modo, a satisfação dos acadêmicos em relação à utilização de dispositivos móveis para promover melhor aprendizado tem sido observada nas pesquisas (CRUZ et al., 2011; MOSA; YOO; SHEETS, 2012). No ano de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu o uso de dispositivos e aparelhos eletrônicos com acesso à internet sem fio na prática médica e pela população, sendo definida como “Mobile Health” (mHealth) (Ryu, 2012).

No Brasil, a mHealth é regulamentada pela lei 13.989 de 15 de abril de 2020, de caráter emergencial, que delibera a utilização da telemedicina durante a pandemia causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). De acordo com a Lei, o profissional médico deve esclarecer ao paciente sobre as limitações da teleconsulta, uma vez que inviabiliza a realização de exame físico, necessitando que se siga todos os padrões éticos e normativos que são usuais ao atendimento presencial, no que se diz respeito ao sigilo médico (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, a aquisição desses mecanismos tanto por acadêmicos da área da saúde quanto por profissionais tem como finalidade auxiliá-los nos atendimentos diários com intuito de minimizar as possíveis falhas que podem ocorrer durante uma consulta por desatualização de informações. Ademais, esses aplicativos também são utilizados por muitos estudantes com intuito de expandir conhecimento sobre determinado assunto a partir de casos clínicos, questões comentadas e explicações sobre diversos temas que implicam uma melhora no raciocínio e, conseqüentemente, no desempenho do aluno, o que o torna mais seguro e confiante para abordar o paciente (MASIKA et al., 2015).

Com base nos fatos mencionados, uma pesquisa realizada na Inglaterra sobre os hábitos de consumo de informação entre residentes e alunos de Medicina atesta que boa parte deles considera os aplicativos como uma ferramenta valiosa para suporte clínico e recursos educacionais. Outro ponto a se destacar, ainda, é a mobilidade, uma vez que os aparelhos permitem que o acesso à informação seja em qualquer local e hora, o que proporciona maior autonomia ao estudante, por conciliar com sua disponibilidade e com suas prioridades (CHAMBERLAIN et al., 2015).

Embora os aplicativos de tecnologia móvel contribuam em boa parte para a formação desses discentes, alguns estudos relataram que seu uso inadequado pode influenciar de forma negativa na capacitação. Isso se justifica em um estudo que demonstra uma redução significativa da locação de livros nas bibliotecas das universidades de Medicina, o que comprova que os alunos têm investido em novas formas de pesquisa. Contudo, isso pode ser desvantajoso pelo fato de muitos aplicativos abordarem os assuntos de forma simples e objetiva, fazendo com que os acadêmicos não sintam necessidade de procurar livros, seja físico ou E-book, para aprofundar seus conhecimentos, podendo ser prejudicial para o processo de aprendizagem. É importante discorrer também, que a má administração do tempo em relação ao uso desses dispositivos para demais atividades pode ocasionar uma dependência e ser extremamente danoso ao indivíduo (TEIXEIRA et al., 2015; BARBOSA, et al., 2018).

Além do exposto, outras desvantagens como a instabilidade de conexão à internet, processamento lento de dados, bateria curta, tela pequena e incompatibilidade de aplicativos em alguns sistemas operacionais prejudicam o acesso dos alunos. Ademais, o custo também é um fator que impossibilita o alcance, já que muitos estudantes, principalmente, de instituições públicas, não têm condições de adquirir um plano de internet, o que acaba contribuindo para a desigualdade social. É interessante relatar que a maioria dos aplicativos utilizados são gratuitos e como existe uma grande variedade de opções, é possível encontrar algo de grande utilidade sem precisar investir, tendo em vista que poucas pessoas conseguem adquirir os aplicativos pagos (MASIKA et al., 2015).

Outrossim, a confiabilidade ainda é algo preocupante, uma vez que muitos estudantes não têm maturidade intelectual e conhecimento teórico-prático suficientes para reconhecer a segurança de um aplicativo e até que ponto ele pode estar contribuindo de forma positiva para a sua educação. É questionável entre os autores, se o uso de aplicativos interfere na ética e relação profissional-paciente, especialmente, se o paciente tomar conhecimento do uso do aplicativo; em consequência, apenas 6,8% dos entrevistados concordam que os profissionais sempre devem informar aos pacientes que estão sendo auxiliados por aplicativos (ESTANISLAU et al., 2019).

Em virtude dos fatos mencionados, é evidente como a evolução dos aplicativos móveis tem contribuído para a formação dos discentes da área de saúde, aprimorando o conhecimento do aluno, o atendimento aos pacientes e a comunicação, dentre muitos outros benefícios. Entretanto, é imprescindível que os pontos negativos associados ao uso inadequado e a fatores que dificultam o acesso sejam levados em consideração para que haja um equilíbrio no aprendizado de forma que os usuários estejam cientes sobre os riscos que estão expostos. Por fim, ainda existem opiniões muito divergentes, mas espera-se que essa discussão seja utilizada como uma ferramenta de expansão de ideias e conhecimento, enquanto não são realizados mais estudos aprofundados sobre essa temática (ESTANISLAU et al., 2019; GUEDES, 2019).

De acordo com o The Deloitte Center for Health Solutions, 2013, os dispositivos móveis de saúde podem melhorar a eficiência na prática clínica dos médicos, por diminuir erros, e aumentar o acesso às informações aprimoradas e, portanto, algumas tendências relacionadas aos dispositivos móveis são esperadas para o futuro (GREENSPUN; COUGHLIN; STANLEY, 2013).

São várias as motivações que fomentaram a adoção generalizada de dispositivos móveis por profissionais de saúde, sendo que as principais se relacionam com a capacidade

de obter informações de diretrizes, literatura médica, referência de medicamentos e auxiliares de diagnósticos clínicos em qualquer local de atendimento, além de facilitar o acesso ao sistema hospitalar de registros eletrônicos. Antes, esses recursos eram colhidos por meio de computadores que não atendiam a necessidade de mobilidade do usuário (DELGADO et al., 2019).

Os aplicativos serão cada vez mais necessários para que melhores resultados de saúde sejam obtidos. O atual cenário mundial de isolamento social deixa evidente que é necessário aumentar a aceitação em relação às inovações digitais na área da saúde (DONAGHY et al., 2019).

3. CONCLUSÃO

É inevitável que, principalmente por conceber praticidade, a tecnologia esteja cada vez mais presente no cotidiano das pessoas. Dessa forma, os aplicativos de tecnologia móvel ganham grande espaço, inclusive para estudantes da área de saúde, que os utilizam majoritariamente para consultar diretrizes e medicamentos, fazer cálculos e realizar pesquisas. Entretanto, é importante ressaltar a necessidade de maturidade e sabedoria para lidar com esses aplicativos, uma vez que nem todas as informações são confiáveis e os usuários podem acabar se limitando a conhecimentos superficiais. Nesse sentido, é interessante que os professores sejam capacitados para instruir sobre o uso desse recurso no meio acadêmico, alertando aos alunos as desvantagens do uso indevido.

4. REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.E.S.; CARMO, L. A; MEDEIROS, R.L.S.F.M.; CABRAL, S. A. A.O.; LOPES, R. E. M; ALVES, M. N. T. Impacto na rotina acadêmica pela utilização de novas tecnologias por estudantes de medicina do semiárido paraibano. **Id On Line Revista De Psicologia**, v. 12, n. 39, 2018.

BORUFF, J.T.; STORIE, D. Mobile devices in medicine: a survey of how medical students, residents, and faculty use smartphones and other mobile devices to find information. **Journal of the Medical Library Association**, v.102, n.1, p.22-30, 2014.

BRASIL. LEI Nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.BR). **TIC Domicílios**: Pesquisa sobre o Uso das tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros – 2016. Disponível em: <https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2016_coletiva_de_imprensa_2.pdf>. Acesso em: 11/09/2020.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.BR). **TIC Domicílios 2019**: Principais resultados. Disponível em: <https://www.cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2019_coletiva_imprensa.pdf>. Acesso em: 01/09/2020.

CHAMBERLAIN, D; ELCOCK, M; PULIGARI, P. The use of mobile technology in health libraries: a summary of a UK-based survey. **Health Information & Libraries Journal**, v. 32, n. 4, p. 265-275, 2015.

CHASE, J. Healthcare Professionals: The iPad and other drugs. **Medical Marketing & Media: The Interactive Guide.**, 2013. Disponível em: <<https://www.mmm-online.com/home/channel/features/healthcare-professionals-the-ipad-and-other-drugs/>>. Acesso em: 15/09/2020.

CRUZ, D. I; PAULO, R. R. D; DIAS, W.S; MARTINS, V. F; GANDOLFI, P. E. O uso das mídias digitais na educação em saúde. **Cadernos da FUCAMP**, v. 10, n. 13, p. 130-142, 2011.

DELGADO, G. V.; CARVALHO, R. B.; CASTRO, J. M.; LEITE, R. S. Empoderamento por Meio de Aplicativos de Saúde: Um Estudo de Caso de um Aplicativo para Gestantes. **Revista de Administração da UNIMEP.**, v. 17, n. 1, p. 89-114, 2019.

DIAS, J. D; TIBES, C. M. S; MASCARENHAS, S. H. Z. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área de Saúde no Brasil: Revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem.**, v. 18, n. 2, p. 471-478, 2014.

DONAGHY, E.; ATHERTON, H.; HAMMERSLEY, V.; MCNEILLY H.; BIKKER, A.; ROBBIND, L.; et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. **British Journal of General Practice.**, v. 69, n. 686, p. 586-594, 2019.

ESTANISLAU, L. J. M; MORAIS, A. P; CABRAL, R. O; SOBRINHO, J. E. L; LORENA, S. B. Use of mobile technology applications in the routine of students during the last year of medicine undergraduate degree. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n.3, p.1-9, 2019.

GHERMAN, A.; ACHIMAS-CADARIU, P.; SUCALĂ, M. A. Systematic analysis of mobile apps that prepare patients for medical procedures. **Journal of Evidence-Based Psychotherapies.**, v. 16, n. 1, p. 85-90, 2016.

GREENSPUN, H.; COUGHLIN, S.; STANLEY, E. L. Physician adoption of health information technology: Implications for medical practice leaders and business partners. **Deloitte Center for Health Solutions**, 2013. Disponível em: <<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-physician-adoption-10012014.pdf>>. Acesso em: 10/09/2020.

GUEDES, T. R. D. M. T. **Uso de aplicativos móveis em medicina: atitude dos discentes e docentes.** (Dissertação) Mestrado Profissional em Ensino na Saúde - Faculdade de

Medicina, Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

HARUNA, H.; TSHUMA, N.; HU, X. Health Information Needs and Reliability of Sources Among Nondegree Health Sciences Students: A Prerequisite for Designing eHealth Literacy. **Annals of Global Health**, v.83, n.2, p.369-379, 2017.

JEBRAEILY, M.; FAZLOLLAHI, Z. Z.; RAHIMI, B. The most common smartphone applications used by medical students and barriers of using them. **Acta Informatica Medica**, v. 25, n. 4, p. 232–235, 2017.

JUNIOR, J.B.B. O aplicativo Kahoot na educação: verificando os conhecimentos dos alunos em tempo real. **X Conferência Internacional de TIC na Educação—Challenges**, 2017.

LIMA, C. S. P.; BARBOSA, S. F. F. Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, p. 1-11, 2019.

MAIA, M. R.; BIOLCHINI, J. C. A. Hiperinformação na era digital: validação das informações sobre saúde. **P2P e Inovação**, v. 6, n. 1, p. 285-300, 2019.

MARTINS, J. V. G.; MENEZES, R. M. T.; TERÇARIO, A. A. L.; GITAHY, R. R. C.; IKESHOJI, E. A. B. O uso de dispositivos móveis na sala de aula: Pedagogia de projetos e tecnologias móveis na educação superior. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 13, n. esp.1, p. 500-519, 2018.

MASIKA, M. M; OMONDI, G. B; NATEMBEYA, D. S; MUGANE, E. M; BOSIRE, K. O; KIBWAGE, I. O. Use of mobile learning technology among final year medical students in Kenya. **Pan African Medical Journal**, v. 15, p. 1-12, 2015.

MI, M.; WU, W.; QIU, M.; ZHANG, Y.; WU, L.; LI, J. Use of Mobile Devices to Access Resources Among Health Professions Students: A Systematic Review. **Medical Reference Services Quarterly**, v. 35, n. 1, p. 64-82, 2016.

MOSA, A. S. M; YOO, I; SHEETS, L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 12, n. 1, p. 67, 2012.

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCi: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2017.

PEREIRA, F. G. F.; FROTA, N. M.; SILVA, D. V.; SOUSA, L. M. O.; ALMEIDA, J. C.; FILHO, F. M. S. C. Avaliação de aplicativo digital para o ensino de sinais vitais. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1–6, 2017.

PEREIRA, R. V. S. P.; KUBRUSLY, M.; MARÇAL, E. Desenvolvimento, Utilização e Avaliação de uma Aplicação Móvel para Educação Médica: um Estudo de Caso em Anestesiologia. **Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2017.

PIMMER, C.; LINXEN, S.; GRÖHBIEL, U; JHA, A.K; BURG, G. Mobile learning in resource-constrained environments: a case study of medical education. **Medical Teacher**, v. 35, p. e1157-e1165, 2013.

REID, A. J. A brief history of the smartphone. In: REID, A. J. **The Smartphone Paradox**. Conway: Editora Palgrave Macmillan, 2018.

RICHARD, C. A.; HASTINGS, J. F.; BRYANT, J. E. Pharmacy students' preference for using mobile devices in a clinical setting for practice-related tasks. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 2, p. 22, 2017.

ROBINSON, T; CRONIN, T; IBRAHIM, H; JINKS, M; MOLITOR, T; NEWMAN, J; et al. Smartphone use and acceptability among clinical medical students: A questionnaire-based study. **Journal of Medical System**, v. 4, p. 1-7, 2013.

RODIS, J; AUNGST, T. D; BROWN, N. V; CUI, Y; TAM, LEONARD. Enhancing Pharmacy Student Learning and Perceptions of Medical Apps. **Journal of Medical Internet Research**, v. 4, p. e55, 2016.

RYU, S. Book Review: mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies: Based on the Findings of the Second Global Survey on eHealth (Global Observatory for eHealth Series, Volume 3). **Healthcare Informatics Research**, v. 18, n. 3, p. 231-233, 2012.

SALLES, A. A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p 49-60, 2010.

SILVA, J. L. S.; OLIVEIRA, C. A. Possibilidades pedagógicas do uso das tecnologias móveis no ensino de Matemática na perspectiva da m-learning. **Revista de Educação Matemática**, v. 6, n. 11, p. 200-221, 2018.

SILVEIRA, N. R. W. **Dispositivos móveis na educação: desafios e o processo de ensino e aprendizagem**. (Monografia) Especialista em Mídias na Educação, pelo Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – CINTED/UFRGS, Rio Grande do Sul, 2018.

SONEGO, A. H. S.; BEHAR, P. A. M-Learning: Reflexões e Perspectivas com o uso de aplicativos educacionais. **Nuevas Ideas en Informática Educativa TISE**, 2015.

SUTTON, J.; STOCKTON, L.; MCCORD, G.; GILCHRIST, V. J.; FEDYNA, D. Handheld computer use in a Family medicine clerkship. **Academic Medicine**, v. 79, p. 1114-1119, 2004.

TEIXEIRA, C. R. D; KER, M. G. Aspectos Psicopatológicos da Dependência da Internet. **Psicologado**, 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/aspectos-psicopatologicos-dadependencia-da-internet>>. Acesso em: 15/09/2020.

UNESCO. **Diretrizes de políticas para a aprendizagem móvel**, 2014. Disponível em: <<http://www.bibl.ita.br/UNESCO-Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 03/09/2020.

VENTOLA, C. L. Mobile Devices and Apps for Health Care Professionals: Uses and Benefits. **PT: um periódico revisado por pares para gerenciamento de formulários**, v. 39, n. 5, p. 356–364, 2014.

WALLACE, S.; CLARC, M.; WHITE, J. It's on my iPhone': attitudes to the use of mobile computing devices in medical education, a mixed-methods study. **British Medical Journal Open**, v. 2, p. e001099, 2012.

PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIOS NO INTERIOR DO MARANHÃO, BRASIL

Mayanne de Cassia Souza Melo¹, Rafaela Martins Cordeiro¹, Waléria Abreu do Nascimento¹, Jaqueline Diniz Pinho², Matheus Silva Alves¹, Valéria Pacheco Dias³, Sâmia Amélia Mendes Silva¹ e Kassia Cristhine Nogueira Gusmão⁴

1. Faculdade Supremo Redentor (FACSUR), Pinheiro, Maranhão, Brasil;
2. Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Zé Doca, Maranhão, Brasil;
3. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil;
4. Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF), São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar a ocorrência das práticas de automedicação em relação aos antibióticos, sendo este por estudantes de graduação de diversos cursos. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, o qual utilizou-se um questionário para coleta de dados. A pesquisa foi realizada por acadêmicos de cursos de graduação de cursos como Enfermagem, Ciências Biológicas, Química Licenciatura, Educação física, Ciências Humanas, Direito, Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Medicina, História, Geografia, Filosofia, Engenharia da Produção e Farmácia de duas faculdades, da cidade de Pinheiro do estado do Maranhão, sendo uma pública e outra privada. Totalizando 200 estudantes de graduação. Através do questionário, interrogou sobre efeitos adversos diante da utilização dos antibióticos e qual sintomatologia que levou ao indivíduo realizar o uso desta classe farmacológica. Além destas informações obtidas, tem-se as características sociodemográficas, como idade, sexo e média de renda. Os dados obtidos a partir deste estudo são alarmantes e revelam que 24% das pessoas entrevistadas, sendo elas graduandos em vários cursos, tem o hábito da automedicação com os antibióticos, enquanto 76% referiram não ter feito uso de medicamentos sem a prescrição de profissionais habilitados legalmente. Diante disso, acredita-se que a educação continuada, as campanhas levando a informação, além da abordagem na graduação com ênfase nos riscos e conscientizando sobre os riscos podem diminuir esta prática e favorecer a uso de medicação racional.

Palavras-chave: Automedicação, Estudantes, Medicamentos sem Prescrição, Risco e Educação em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to verify the occurrence of self-medication practices in relation to antibiotics, being this by undergraduate students from different courses. This is a cross-sectional population-based study, which used a questionnaire to collect data. The research

was carried out by undergraduate students of courses such as Nursing, Biological Sciences, Chemistry Degree, Physical Education, Human Sciences, Law, Physics, Physiotherapy, Psychology, Nutrition, Medicine, History, Geography, Philosophy, Production Engineering and Pharmacy two colleges, in the city of Pinheiro in the state of Maranhão, one public and one private. Totalling 200 undergraduate students. Through the questionnaire, they asked about adverse effects when using antibiotics and what symptoms led the individual to use this pharmacological class. In addition to this information, there are sociodemographic characteristics, such as age, sex and average income. The data obtained from this study are alarming and reveal that 24% of the people interviewed, being graduates in several courses, have the habit of self-medication with antibiotics, while 76% reported not having used drugs without the prescription of qualified professionals. rightfully. Therefore, it is believed that continuing education, campaigns providing information, in addition to the approach to undergraduate courses with an emphasis on risks and raising awareness about risks can reduce this practice and favor the use of rational medication.

Keywords: Self-medication, Students, Non-Prescription Drugs, Risk and Health education.

1. INTRODUÇÃO

A população mundial tem os medicamentos como um patrimônio social e por isso a utilização é consideravelmente vultosa. Vários fatores influenciam a utilização, desde o aumento da expectativa de vida até a investimentos do governo a adesão aos inúmeros programas de saúde. Apesar dos programas de saúde abranger crianças, jovens, adultos e idosos, a dificuldade de acesso e baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde persistem e esse é um dos principais fatores que influenciam na prática da automedicação (ARRAIS et al., 2016).

A automedicação é o uso de forma incoerente de algum tipo de medicamento sem a orientação, prescrição e acompanhamento de um profissional habilitado, sendo um fator determinante para a compreensão de uma cadeia de fatores que afetam a saúde pública, com a intensão de amenizar alguns sintomas ou até mesmo tratar algumas patologias, levando em conta a necessidade de autocuidado com a saúde (ALVES et al., 2019).

Atualmente, a demora no atendimento engloba tanto o setor público como privado, com isso outros fatores podem estar associados a automedicação, como crenças e experiências prévias e recurso financeiros insuficientes (DOMINGUES et al., 2015).

Em 1942, o termo “antibiose” foi utilizado por Waksman e era conceituado por substância proveniente dos microrganismos. Atualmente, existem antibióticos sintéticos inibindo o crescimento dos microrganismos e classificados em bacteriostáticos e bactericidas. Nos últimos tempos, a descoberta de vários antibióticos proporcionou um

avanço a medicina e concomitante o uso crescente podendo ter favorecido a resistência a esses medicamentos (MORAES et al., 2016).

No Brasil, dados revelados pelas estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico – Dados revelados pelas estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas (SINITOX) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), demonstram que cerca de 28,78% das intoxicações do Brasil é por conta de automedicação e 22,1% desses casos correspondem a óbitos. Um estudo realizado na Universidade Federal Da Paraíba constatou dados alarmantes onde se diz que 99,0% dos entrevistados afirmaram a prática de automedicação, uma vez que 1.0% referiram nunca ter realizado esse uso sem monitoramento profissional (ALVES et al., 2019).

Diante do contexto, o objetivo deste estudo é verificar a ocorrência das práticas de automedicação em relação aos antibióticos, sendo este por estudantes de graduação de diversos cursos.

Justifica-se a relevância desta pesquisa pois a prática da automedicação não monitorada deve ser enfatizado os riscos que podem acarretar os efeitos colaterais ou até mesmo a patologias secundarias além de comprometer outros órgãos.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, o qual utilizou-se um questionário para coleta de dados. O questionário foi aplicado individualmente durante o período de dois meses, de outubro de 2019 a novembro de 2019. Todos os participantes realizaram leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde explicava a natureza da pesquisa e seu objetivo.

A pesquisa foi realizada por acadêmicos de cursos de graduação de cursos como Enfermagem, Ciências Biológicas, Química Licenciatura, Educação física, Ciências Humanas, Direito, Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Medicina, História, Geografia, Filosofia, Engenharia da Produção e Farmácia de duas faculdades, da cidade de Pinheiro do estado do Maranhão, sendo uma pública e outra privada. Totalizando 200 estudantes de graduação.

O questionário foi elaborado pela equipe de pesquisadores deste trabalho. As entrevistas foram realizadas com abordagem individual e por vezes preenchidas pelo

pesquisado e por outras pelos pesquisadores. Foram realizadas perguntas objetivas e subjetivas, totalizando 10 perguntas.

O estudo tem a utilização de medicamentos da classe dos antibióticos por automedicação como desfecho. A informação sobre o consumo de antibióticos foi obtida através do questionamento em três perguntas: a primeira se tomou algum antibiótico nos últimos 30 dias, caso a resposta fosse sim foi questionado o nome do mesmo, a segunda pergunta indagou qual foi a indicação do medicamento, com opções de prescrição médica ou automedicação, a terceira pergunta questionou a influência para tomar o medicamento de classe dos antibióticos com opções de aconselhamento farmacêutico, aconselhamento de terceiros, informação na mídia, conhecimentos empíricos obtidos por crenças e valores e de acordo com a bula.

Através do questionário, interrogou sobre efeitos adversos diante da utilização dos antibióticos e qual sintomatologia que levou ao indivíduo realizar o uso desta classe farmacológica. Além destas informações obtidas, tem-se as características sociodemográficas, como idade, sexo e média de renda.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir deste estudo são alarmantes e revelam que 24% das pessoas entrevistadas, sendo elas graduandos em vários cursos, tem o hábito da automedicação com os antibióticos, enquanto 76% referiram não ter feito uso de medicamentos sem a prescrição de profissionais habilitados legalmente. Estes dados corroboram aos encontrados por Alves et al. (2019), estes autores realizaram uma pesquisa entre graduandos de enfermagem onde o resultado foi extraordinariamente alarmante, 99% afirmaram praticar a automedicação e 91% realizam a prática de indicação de medicamentos para alguém. Apresentam-se os dados sociodemográficos dos participantes da amostra na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes (n=200). Pinheiro (MA), Brasil, 2019.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	74	37,0
Feminino	125	63,0
Média de Idade	24 anos	
Renda familiar		
Menor de 1 salário	54	27,0
1 a 3 salários	77	38,5
Maior de 3 salários	10	5,0
Desempregado	59	29,5

Destaca-se, em relação ao gênero dos pesquisados, que a grande maioria dos alunos (n=125; 63%) pertence ao gênero feminino e ao gênero masculino (n=74; 37%). Registra-se, quanto à idade, que a média dos entrevistados (n=200) foi de 24 anos. Um estudo realizado pelo INEP (2019), apenas 21% dos jovens brasileiros, entre 25 e 34 anos, concluíram o Ensino Superior, demonstrando uma melhora nos últimos 10 anos no Brasil. Além disso, este estudo evidenciou que cerca de 82% dos graduandos no Brasil são do sexo feminino.

Quanto a renda dos entrevistados, 27% (n= 54) tem uma renda menor que 1 salário mínimo, 38,5% (n= 77) fatura de 1 a 3 salários mínimos e cerca de 5% (n= 10) recebem maior do que 3 salários mínimos. Isto sugere uma questão que deve ter ênfase nos dias atuais, sobre estudo e trabalho, pois este resultado infere que cerca de 70,5% (n=200) conciliam estudo e trabalho. Dutra-Thomé et al. (2016), realizaram um estudo que evidenciou que cerca de 44,1% dos jovens trabalham e por isso estudam a noite, além disso constatou que essa atividade dupla pode se tornar um fator de risco devido a maioria não estarem maduros para assumir responsabilidades sendo um fator contribuinte para problemas psicológicos. Além disso, o fator de acúmulo de atividades surge como riscos quanto ao uso indevido de medicamentos, devido ao tempo que resta para busca de atendimento de profissionais especializados para a prescrição de medicamentos.

Em contrapartida, dos jovens que conciliam estudo e trabalho, tem-se que 29,5% (n=59) dos graduandos entrevistados, não possuem vínculo empregatício não gerando renda

e necessitando da ajuda dos pais e familiares para manter-se como estudante profissional. Em um estudo realizado por Fernandes e Oliveira (2012), observaram que alguns estudantes buscam pelo conhecimento e priorizam o estudo pois reconhecem o ensino superior como oportunidade de melhorias financeiras.

Tabela 2. Uso de medicamentos regularmente (n=200).
Pinheiro (MA), Brasil, 2019.

Uso de medicação regularmente	Nº	%
Sim	48	24,0
Não	152	76,0

Nesta pesquisa, evidenciou 24% (n=48) fazem uso de medicamento regularmente e 76% (n=152) não fazem uso, onde esse resultado é totalmente aceitável quando relacionamos a média de idade dos entrevistados. Um estudo de Domingues et. al., 2017, relataram que a prevalência de utilização de medicamentos no Brasil, variam entre 49,0% e 56,9 e foi constatado que a prevalência do uso entre as regiões do País foi maior no Sul (62,3%) e Sudeste (62,2%), seguidas do Centro-Oeste (50,5%), Nordeste (50,2%) e Norte (43,1%). Neste contexto um fator relevante são as doenças crônicas, condição esta que necessita de uso de medicação regularmente, cerca de 48,9% fazem uso de medicamentos contínuo (DOMINGUES et al., 2019).

Tabela 3. Utilização de antibióticos nos últimos 30 dias e qual forma de indicação (n=200). Pinheiro (MA), Brasil, 2019.

Variáveis	Nº	%
Fez uso de Antibióticos nos últimos 30 dias?		
Sim	60	30,0
Não	140	70,0
Indicação		
Prescrição médica (N=60)	26	43,0
Automedicação	34	57,0

Dos entrevistados, 30% (n=200) utilizaram medicação da classe dos antibióticos e 70% (n=200) não utilizaram nos últimos 30 dias. Sendo que dos que utilizaram, 17% (n=60) realizou a prática da automedicação e 13% (n=60) a indicação foi por prescrição médica.

A prática de utilização de antibióticos sem a devida indicação, envolve uma reação muito arriscada podendo levar até ao óbito. Com o uso indiscriminado de antibióticos poderá surgir a resistência bacteriana, pois estes microrganismos têm a capacidade de realizar mutações e desenvolver resistências aos antibióticos caso não sejam direcionados adequadamente. A melhor forma de direcionar a antibioticoterapia é através do antibiograma que se tem resultados como sensibilidade da bactéria a medicação, onde este aspecto é primordial para escolha do antibiótico (TEIXEIRA et al., 2019).

Moraes et al. (2016), realizou uma pesquisa concluindo que a resistência bacteriana afeta de forma coletiva por isso alguns critérios na prescrição, dispensação e uso dos antibióticos foram regulamentados. Ressalta que a educação para a população e profissionais de saúde são essenciais visando o uso racional dos antibióticos.

Tabela 4. Sinais e sintomas que motivaram o uso dos antibióticos (n=60). Pinheiro (MA), Brasil, 2019.

	Nº	%
Infecções de pele	2	3,3
Infecções de Vias aéreas	32	53,3
Infecção urinaria	5	8,6
Infecção Gastrointestinal	10	16,6
Infecção de partes moles	2	3,3
Infecção não especificada	7	11,6
Tratamento ortodôntico	2	3,3

Quando questionado aos entrevistados que afirmaram ter utilizado antibiótico nos últimos 30 dias, o que os motivou a utilização, podemos observar que a Infecção prevaleceu e dividiram-se entre o foco da infecção. A infecção de Vias aéreas obteve 53,3% (n=32) das respostas prevalecendo entre as demais. Infecção de pele e partes moles tivemos 3,3% (n=2), Infecção urinaria 8,6%(n=5), Infecção gastrointestinal 16,6%(n=10) e não especificada

o foco com 11,6%(n=7). Entre as respostas, o tratamento ortodôntico apresentou 3,3% (n=2) demonstrando a imensidão do uso dos antibióticos.

Os antibióticos é a classe farmacológicas mais utilizadas em qualquer suspeita de infecção, mas a escolha deste depende de vários fatores como parede celular, membrana citoplasmática e síntese dos ácidos nucleicos por isso a necessidade da realização do exame laboratorial denominado como antibiograma. É através deste exame que se avalia a sensibilidade dos microrganismos e indica-se a medicação adequada para eliminação (MORAES et al., 2016).

Relacionando com resultado anterior que 17% (n=60), realizou a automedicação, presume-se que não foi realizado antibiograma favorecendo a resistência bacteriana.

Tabela 5. Divisão dos entrevistados por cursos de graduação por Área de conhecimento e a prática de automedicação. Pinheiro (MA), Brasil, 2019.

ÁREAS DE CONHECIMENTO		Nº
Ciências exatas	Química	1
Ciências biológicas	Biologia	6
Ciências da saúde	Medicina	5
	Farmácia	1
	Enfermagem	15
	Nutrição	1
	Fisioterapia	1
	Educação física	3
Ciências sociais aplicadas	Direito	1
Ciências humanas	Serviço social	1
	Filosofia	5
	História	7
	Geografia	1
	Psicologia	1

Quando relacionamos o Curso de graduação com a prática de automedicação o achado foi que o índice desta prática é mais evidente na área das ciências da saúde,

representado por Enfermagem 21,74% (n=15) e Medicina 38,46% (n=5). As demais áreas de conhecimento não apresentam relevância na pesquisa podendo estar relacionado com a quantidade de entrevistados.

Segundo Alves et al. (2019), em pesquisa realizada a prática de automedicação nos graduandos de enfermagem, 95% reconhecem que essa é uma prática de risco e com possibilidade de causar danos à saúde. Com isso, este estudo demonstrou que 99% dos graduandos de enfermagem apoiam a discussões sobre a automedicação durante academia.

Para Rizzato (2019) elencou vários fatores que contribuem para a prática de automedicação em graduandos da área da saúde, que incluem o julgamento da banalidade da doença, alívio rápido dos sintomas, relutância em gastar dinheiro com médicos e exames, a experiência profissional e autoconfiança nos conhecimentos.

4. CONCLUSÃO

A automedicação é uma prática comum entre a população, de acordo com as literaturas vários fatores contribuem desde a falta de tempo de consultas médicas até a falta de conhecimento.

Nesta pesquisa, a população estudada foram os estudantes do curso superior onde se espera que o nível de conhecimento não seja fator contribuinte para tal prática. Porém observou-se que os maiores índices de automedicação são em graduandos da Área de Ciências da Saúde, abrangendo estudantes de medicina, enfermagem, farmácia e educação física. Um fator que pode estar atrelado é a confiança no conhecimento, prejudicando o tratamento guiado e favorecendo a resistência bacteriana.

Quando se trata de antibióticos, essa classe farmacológica geralmente é escolhida por devido sua rapidez e eficiência no tratamento. Devido a isso, foram criadas estratégias para coibir a fácil adesão como a restrição de compra sem receituário.

Diante disso, acredita-se que a educação continuada, as campanhas levando a informação, além da abordagem na graduação com ênfase nos riscos e conscientizando sobre os riscos podem diminuir esta prática e favorecer a uso de medicação racional.

5. REFÊRENCIAS

ALVES, D.R. F.; ABRANTES, G.G.; MARTINS, H.K.A.; LIMA, A.M.C.; RAMOS, F.F.V.; SANTOS, A.C.M.; et al. Automedicação: prática entre graduandos de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 363-370, 2019.

ARRAIS, P.S.D.; FERNANDES, M.E.P.; PIZZOL, T.S.; RAMOS, L.R.; MENGUEL, S.S.; LUIZA, V.L.; et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 1-13, 2016.

DOMINGUES, P.H.F; GALVÃO, T.F.; ANDRADE, R.C.; SÁ, P.T.T.; SILVA, M.T.; PEREIRA, M.G. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n.2, p. 319-330, 2017.

DOMINGUES, P.H.F; GALVÃO, T.F.; ANDRADE, R.C.; SÁ, P.T.T.; SILVA, M.T.; PEREIRA, M.G. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-8, 2015.

DOMINGUES, J.G.; SILVA, B.B.C; BIERHALS, I.O.; BARROS, F.C. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n.2, p. 1-10, 2019.

DUTRA-THOMÉ, L.; PEREIRA, A.S.; KOLLER, S. H. O desafio de conciliar trabalho e escola: Características sociodemográficas de jovens trabalhadores e não-trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 101-109, 2016.

FERNANDES, P.D.; DE OLIVEIRA, K.K. S. Trabalho e educação: análise reflexiva da dupla jornada do estudante-trabalhador. **VI Colóquio Internacional: “Educação e Contemporaneidade”**, 2012.

INEP. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**. Disponível em: < <http://inep.gov.br/education-at-a-glance>>. Acessado em 24/09/2019.

MORAES, A.L.; ARAÚJO, N.G. P.; BRAGA, T.L. Automedicação: revisando a literatura sobre a resistência bacteriana aos antibióticos. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n. 1, p. 122-132, 2016.

TEIXEIRA, A.R.; FIGUEIREDO, A.F.C.; FRANÇA, R.F. Resistência bacteriana relacionada ao uso indiscriminado de antibióticos. **Revista Foco em Saúde**, v. 11, p.853-875, 2019.

RIZZATTO, G. D. **Automedicação em acadêmicos de graduação**. (Monografia). Graduação em Medicina- Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil, 2019.

PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA OS PACIENTES E ACOMPANHANTES DE UMA INSTITUIÇÃO PEDIÁTRICA EM MANAUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Chrystianne da Silva Oliveira¹, Darliany Marques Meireles¹ e Francisca Magda de
Sousa Pinto Xavier¹**

1. Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo apresentar o relato de experiência de graduandas de Enfermagem no desempenho de ações educativas sobre a importância da aplicação dos protocolos e da cultura de segurança do paciente em uma Instituição pediátrica do Amazonas. Promover maior consciência aos familiares, responsáveis e/ ou acompanhantes que devem seguir os protocolos durante o período de internação assegurando maior bem-estar dos pacientes pediátricos. Método: Trata-se de estudo descritivo, em formato de relato de experiência sobre intervenções educacionais, vivenciadas através do Projeto de Extensão, realizado no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM. Resultados e Discussões: Foi realizada a promoção de cultura de segurança em uma instituição de Ensino Superior privada em Manaus, onde foi promovido orientações e ações educacionais sobre as práticas de segurança do paciente seguro com os familiares, responsáveis / ou acompanhantes, referente as crianças e adolescentes hospitalizados na referida Instituição. Conclusão: Enquanto graduandas do curso de enfermagem consideramos uma experiência positiva participar do projeto de extensão sobre segurança do paciente, sendo fundamental para formação e compreendemos que o papel da enfermagem em relação a segurança do paciente é fundamental.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Criança Hospitalizada e Educação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to present the experience report of undergraduate nursing students in carrying out educational actions on the importance of applying protocols and the culture of patient safety in a pediatric institution in Amazonas. Promote greater awareness to family members, guardians and / or companions who must follow the protocols during the hospitalization period, ensuring greater well-being of pediatric patients. Method: This is a descriptive study, in the form of an experience report on educational interventions, experienced through of the Extension Project, carried out at the Child Health Institute of

Amazonas - ICAM. Results and Discussions: The promotion of a safety culture was carried out at a private Higher Education institution in Manaus, where educational guidelines and actions were promoted on safe patient safety practices with family members, guardians / companions, regarding children and adolescents hospitalized in that institution. Conclusion: As graduates of the nursing course, we consider it a positive experience to participate in the extension project on patient safety, being fundamental for training and we understand that the role of nursing in relation to patient safety is fundamental.

Keywords: Patient Safety, Hospitalized Child and Health Education.

1. INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente objetiva reduzir riscos inerentes a assistência prestada ao paciente, promovendo ações voltadas ao ensino de práticas que não provoquem danos ao indivíduo assistido, no intuito de contribuir para a qualificação do cuidado, visto que a segurança do paciente é atributo da qualidade (WORLD, 2007).

No contexto de saúde, a cultura de segurança diz respeito a um conjunto de crenças, valores e padrões de comportamento individual ou coletivo, que influenciam fortemente, tanto nos resultados esperados para uma assistência segura, quanto no desenvolvimento consecutivo da qualidade do atendimento, os quais determinam o comprometimento e competência da gestão em cada instituição de saúde (DI CUCCIO MH, 2014).

Em um estudo foi abordado sobre a teoria do queijo suíço, quando não há a produção de barreiras que impeçam que o erro possa atingir o paciente, ocorre o chamado evento adverso. No entanto, apesar da impossibilidade de eliminar as falhas humanas, a utilização de mecanismos capazes de evitar ou reduzir os erros e conseqüentemente, os eventos adversos, favorece o fortalecimento de uma cultura de segurança que possa manter o paciente seguro no âmbito dos serviços de saúde (REASON, 1990).

Diante disso, no Brasil, através da Portaria GM/SM nº 529/2013, o Ministério da Saúde estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que desde então tem incentivado atos em todo o território nacional para o alcance de um sistema de saúde mais seguro. E dentre os objetivos específicos por ele proposto, houve a inserção tanto do paciente na sua própria segurança, quanto do familiar e acompanhante, como participantes ativos da segurança no cuidado, visando a parceria com a equipe de saúde, nos esforços para prevenção de danos ao paciente nos estabelecimentos de saúde, objeto deste estudo (BRASIL, 2013).

Além disso, a fim de apoiar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) resolve publicar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, requisitando a instituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, com a missão de impor “barreiras” que atuem na prevenção de Eventos Adversos (EAs) (BRASIL, 2016).

Seguindo a necessidade de orientar os profissionais de saúde quanto às práticas de segurança, o Ministério da Saúde, mediante as Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 e em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fiocruz, elabora e publica seis protocolos básicos de segurança do paciente que padronizam práticas como a identificação do paciente, higienização das mãos em serviços de saúde, prevenção de lesão por pressão, a realização de cirurgia segura, promoção de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de quedas (BRASIL, 2017).

Em virtude do que foi mencionado, este estudo objetiva relatar a experiência de graduandas de enfermagem, com uma abordagem direcionada aos pacientes e acompanhantes de uma Instituição Pediátrica, peças fundamentais na prevenção ou redução de danos desnecessários ao paciente, durante a assistência prestada pelos profissionais de saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência por meio de ações educativas. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, tendo por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou ações e sua relevância está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem e se apresentam, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração a práxis metodológica da área à qual pertence.

Desse modo, essas ações foram desenvolvidas através do projeto de Extensão, realizado por graduandas do curso de bacharelado em Enfermagem, no Instituto de Saúde da Criança do Amazonas - ICAM, efetivado através de orientações para os familiares,

responsáveis / ou acompanhantes, desenvolvidos nas enfermarias do Instituto, modo que os indivíduos realizassem uma boa segurança aos pacientes, e que também proporcionassem tranquilidade no desempenho.

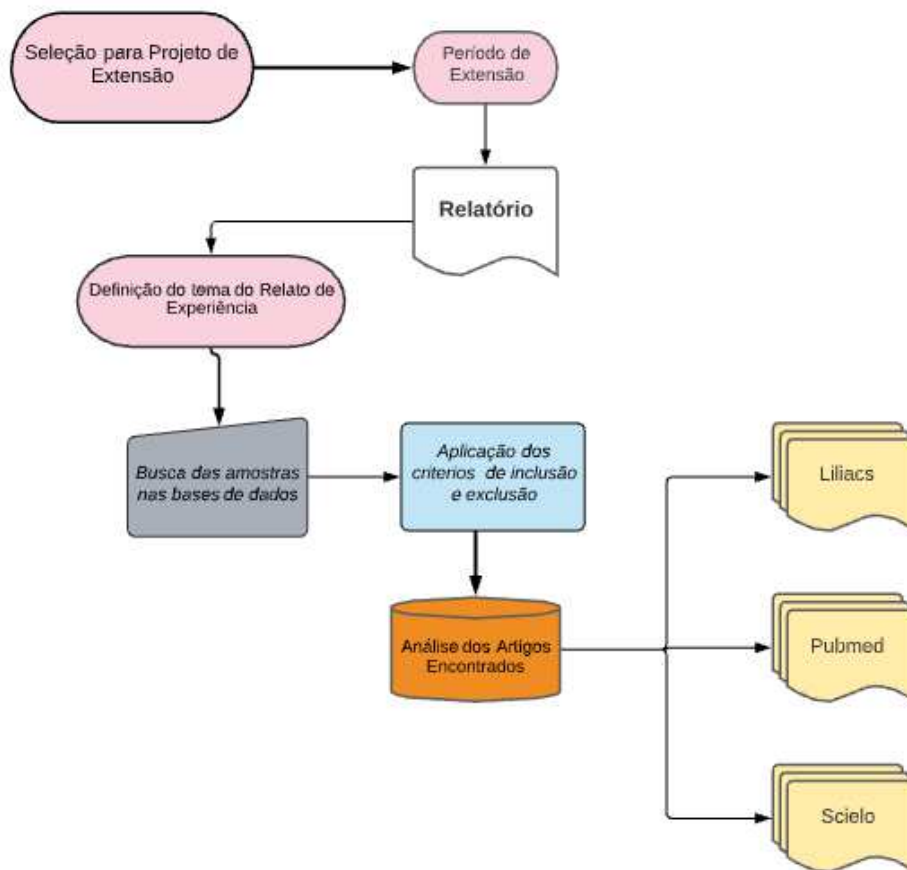


Figura 1. Etapas do processo.

3. RESULTADOS E DISCURSSÃO

Através do projeto de extensão ocorreu a realização da promoção de cultura de segurança do paciente, em uma instituição de Ensino Superior privada em Manaus, onde foi promovido orientações e ações educacionais sobre as práticas de segurança do paciente seguro com os acompanhantes, referente as crianças e adolescentes hospitalizadas da referida instituição.

Portanto, a etapa de execução das atividades in loco ocorreu em uma parte da instituição, promovendo interação e discorrendo da importância dos protocolos de

segurança, por aproximadamente 10 minutos, deu -se no mês de dezembro de 2019 e que a supervisão das acadêmicas foi realizada pela professora orientadora do Projeto.

Durante o período referente, observou-se tanto dificuldades em aderir determinadas práticas de segurança ao paciente por parte dos acompanhantes, quanto relatos de familiares referindo receio ao indagar os profissionais de saúde, na tentativa de obter informações relacionadas ao procedimento que está sendo realizado.

A utilização da metodologia na saúde gera mudança de hábitos, universalização das ações em saúde, promoção e prevenção, e até mesmo a construção coletiva do conhecimento a partir da própria realidade (GOMES; MEHRY, 2011).

Com as orientações sobre as metas do protocolo de segurança, a finalidade é reduzir os acidentes e melhorar o período/tempo de internação. De acordo com estudo foi verificado que a cultura da segurança do paciente objetiva uma transformação prática na compreensão do cuidado, e é necessária a promoção de um bom relacionamento e cooperação na equipe. (WEGNER, 2016).

4. CONCLUSÃO

Embora os serviços de saúde venham discutindo iniciativas no sentido de assistir a segurança do paciente e essa temática tem conquistado dimensões significativas, visa promover a educação em saúde dos familiares e/ou acompanhantes.

Percebe-se a necessidade de uma ótica cultural e humanizada, para compreender a singularidade de cada indivíduo, suas preocupações e limitações, e persistir na disseminação de conhecimento na expectativa de resultados positivos.

O resultado desse estudo demonstrou a importância que os profissionais têm para estimular os familiares e/ou acompanhantes a realizar os procedimentos a serem adotados de maneira correta e segura.

5. REFERÊNCIAS

- BECKER H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do**

paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.

BRASIL. **Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

CAVALCANTE, B.L.L.; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, v. 1, n. 2, p. 94-103, 2012.

DI CUCCIO, M.H. A relação entre a cultura de segurança do paciente e os resultados do paciente: uma revisão sistemática. **J Patient Saf**, v. 22, p. 11-18, 2014.

DONALDSON, L.J.; FLETCHER, M.G. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerous. **Med J Aust**, v. 184, suppl. 10, p. s69-11, 2006.

FAN, C.J. et al. Associação de cultura de segurança com resultados de infecção de sítio cirúrgico. **J Am Coll Surg**, v. 222, n. 2, p. 122-128, 2016.

GOMES, L.B; MEHRY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS. Revista saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p.67-83, 2011.

PERES, M.A.; WEGNER, W.; CANTARELLI-KANTORSKI, K.J.; GERHARDT, L.M.; MAGALHÃES, A.M.M. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, p. e2017-0195, 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit Med J**, v. 320, p.768-770, 2000.

SZYMUSIAK, J. et al. An inpatient patient safety curriculum for pediatric residents. **MedEdPORTAL**, v. 14, p. e10705, 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n. 3, p. e20160068, 2016.

WEGNER, W.; SILVA, M.U.M.; PERES, M.A.; BANDEIRA, L.E.; FRANTZ, E.; BOTENE, D.Z.A.; et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, p. e68020, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Joint Comission Resources. Joint Comission Interna-tional. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification**, 2007.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONHECENDO A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL DE UMA POLICLÍNICA DE RIO BRANCO, ACRE

**Efraim Ferraz de Araújo Domingos¹, Hignês Sena Cordeiro Filgueiras¹, Sulamitta da
Silva Lima Guedes¹, André Ricardo Maia da Costa de Faro² e Andréia Moreira de
Andrade³**

1. Universidade Federal do Acre (UFAC). Programa de Especialização em Saúde Pública. Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC). Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Especialização em Saúde Pública. Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que resultou de um projeto de extensão dos acadêmicos do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, que foi desenvolvido em uma Policlínica de referência, no município de Rio Branco – Acre, cujo objetivo foi conhecer a percepção dos trabalhadores sobre educação interprofissional e fomentar a importância das práticas colaborativas para implementação de uma assistência integral e resolutiva no âmbito da atenção materno-infantil. Utilizou-se o método pesquisa-ação por meio das seguintes etapas: fase exploratória, fase de planejamento e avaliação. Estudo descritivo do tipo relato de experiência, para alcançar as metas estabelecidas aplicou-se a técnica de oficinas, desenvolvida em formato de roda de conversa, exposição dialogada, dinâmicas e vídeo pedagógico. A realização das oficinas permitiu a criação de um espaço dialógico entre mediadores e educandos onde a percepção de interprofissionalidade pôde ser construída com a participação parcial da equipe, mesmo não havendo a adesão de todos os profissionais convidados em decorrência da falta de agenda disponível e ainda houve prejuízo devido a ocorrência da pandemia.

Palavras-Chave: Educação Interprofissional, Práticas Interdisciplinares e Educação em Saúde.

ABSTRACT

This is an experience report that resulted from an extension project of the students of the Specialization Course in Public Health at the Federal University of Acre, in the discipline of

Seminars, which was developed at a reference Polyclinic, in the municipality of Rio Branco - Acre , whose objective was to know the workers' perception of interprofessionality education and to foster the importance of collaborative practices for the implementation of comprehensive and resolving assistance in the scope of maternal and child care. The action research method was used through the following steps: exploratory phase, planning and evaluation phase. In order to achieve the established goals, the workshop method was applied, developed in the form of a conversation circle, dialogued exposition, dynamics and educational video. The realization of a workshop allowed the creation of a dialogical space between mediators and students where the perception of interprofessionality could be built with the participation of all the professionals involved due to the lack of available agenda and yet little damage due to the occurrence of a pandemic.

Keywords: Interprofessional Education, Interdisciplinary Placement and Health Education.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de multiprofissional e interprofissional ainda gera muitas dúvidas entre os trabalhadores em saúde. No contexto atual, não basta apenas realizar atendimentos de diversas profissões, mas sim realizar assistência integrada através de práticas colaborativas para efetivação do trabalho interprofissional. Conforme demonstra Minayo (2000), a influência do modelo biomédico na atividade de saúde baseada na prática médica e em suas relações com a sociedade é ainda forte no serviço e também manifestada “na dominação corporativista dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento” (MINAYO, 2000).

Para romper barreiras e modelos assistenciais de atenção à saúde para um progresso nas práticas colaborativas na interprofissionalidade, não seria suficiente para os profissionais apenas saber e conhecer desta importância no serviço. Para Ellery (2012) é necessário estimular emoções e empatia dos atores envolvidos e, com isso “pensamos que, mesmo quando o profissional, do ponto de vista cognitivo e epistemológico, está convencido da importância da colaboração interprofissional, mesmo assim ele poder ser traído pelos seus sentimentos” (ELLERY, 2012).

leia-se “Para Peduzzi (2016), a perspectiva interprofissional é bastante distinta da multiprofissional. Enquanto essa relaciona-se com o trabalho em equipes constituídas por diferentes profissionais, sem a necessária interação entre os membros e, por vezes, apenas dividindo o mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação, aquela compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e

coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde. Observa-se que o contexto da Educação Interprofissional consiste de um lado, no gradativo reconhecimento da complexidade e abrangência do que são saúde e doença, suas múltiplas dimensões orgânicas, genéticas, psicossociais, culturais e sua determinação social, visto que o processo saúde-doença é também expressão da vida e trabalho, isto é, do modo como indivíduos família e grupos sociais estão inseridos na sociedade. De outro lado, e relacionado ao primeiro, decorre da complexidade da rede de atenção à saúde e a necessária coordenação e colaboração entre profissionais e os próprios serviços (SILVA et al., 2015; PEDUZZI, 2016; FURTADO, 2007).

Ainda segundo Peduzzi (2016), precisamos superar alguns desafios que estão postos para a implementação da prática interprofissional, como a articulação das atividades interprofissionais e as atividades específicas de cada profissional. É desafiador dentro de uma lógica formadora programática da profissionalização frente à interprofissionalidade, a organização do trabalho em equipe em face da necessidade de superar cenários de disputas e “atuações fragmentadas, mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva” (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Um dos fatores que contribui para uma atenção fragmenta dos profissionais é a própria formação. Equipes constituídas por trabalhadores de diferentes categorias formados na lógica da profissionalização (FURTADO, 2009).

Segundo Bosi (1996) também é um desafio incorporar as iniciativas de Interprofissionalidade como obrigatórias na grade curricular, pois sendo eletivas tenderão a ser selecionadas pelos estudantes mais sensíveis às mudanças, o que tende a limitar seu impacto. As diferenças dos saberes e práticas profissionais, constituídas também historicamente, permitem que cada profissão contribua com sua expertise no que se refere ao reconhecimento e as respostas às necessidades de saúde, que se esperam sejam definidas de forma participativa, com usuários, famílias e comunidades (BOSI, 1996).

Como é possível que profissionais formados na lógica da profissionalização que envolve a competição e a reserva de mercado, possam desenvolver um projeto interprofissional? Para clarear o entendimento, faz necessário uma breve análise sobre a profissionalização. Esta então, é compreendida “como um conjunto de ações através das quais uma ocupação ou semiprofissão busca elevar seu prestígio, bem como seu poder e seus ganhos” (BOSI, 1996).

Em meados do século XVI, Bosi (1996) refere que profissão começa a ser usado, etimologicamente, para designar ocupações com formação universitária.

Foi quando, a partir do século XIX, começou-se a trabalhar o conceito de profissões “como uma classe ou categoria especial no conjunto das ocupações existentes” (BOSI, 1996). Para Machado (1995), há cinco elementos que constituem uma profissão: a dimensão estrutural (base cognitiva e mercado de trabalho), a autoridade profissional, a legitimidade social, o código de ética profissional e a cultura profissional.

Portanto, a profissionalização envolve relações mistas, não somente entre membros de determinado ofício (relação intraprofissional), mas de igual modo, com outras profissões correlatas (interprofissional). Um exemplo como a lógica da profissionalização influencia a organização dos serviços de saúde pode ser visualizada quando percebemos haver nos serviços um setor para cada profissão: setor médico, setor de nutrição, setor do serviço social, setor de enfermagem e assim sucessivamente, onde cada categoria luta por poder e prestígio no cenário profissional, ainda com intensa hegemonia da categoria médica (MINAYO, 2000; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são reconhecidos no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma pertinente, tanto na dimensão tecnológica como ética, às necessidades de saúde das populações (ELLERY, 2012).

Considerando a importância da atenção primária à saúde da população, em 1994 é implantada no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), constituindo-se, em seguida, numa Estratégia de Saúde da Família para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, em conformidade aos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (ELLERY, 2012).

Partindo do resgate histórico sobre a Estratégia Saúde da Família já mencionado, de igual modo, vale ressaltar marcos históricos, a saber, no campo da saúde sobre a interprofissionalidade ganha força com o relatório Lalonde, declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Reformas Sanitárias italiana e brasileiras e criação do Sistema Único de Saúde, estimulando a repensar sobre o conceito da saúde e doença. Porém, foi em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que se tornou um marco importante para a ampliação do processo saúde-doença, sendo adotada, então, uma definição de saúde mais abrangente, como resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2018; PEDUZZI, 2016; BOSI, 1996).

Vestindo-se de um caráter pluridimensional, desfragmentando a concepção de saúde física, mental e social, partindo-se de uma visão holística, pressupondo, em tese, entendê-la na interface de uma diversidade da disciplina (NUNES, 2002).

Ellery (2012) apresenta três dimensões como condição para possibilidade da interprofissionalidade na prática de assistência à Saúde das equipes, são elas: organizacional, coletiva e subjetiva. A organizacional inclui estruturas e arranjos institucionais com fortalecimento da “Rede de Saúde – Escola”, transformando as unidades de saúde numa unidade de “Educação Permanente Interprofissional”. A segunda, seria a organização dos profissionais em grupo de trabalho. A terceira, explora o campo emotivo dos profissionais, afim de tornar possível lidar com frustrações e afetividade. Diante disso, para tornar possível efetivamente a interprofissionalidade precisaríamos suprir os três aspectos dimensionais, mas, “sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível”. Destacando por fim, o aspecto subjetivo como a base da tríade dimensional da interprofissionalidade como condição de possibilidade (ELLERY, 2012; SILVA et al., 2015).

Cada vez mais observa-se uma crescente necessidade de formação de profissionais que desenvolvam práticas colaborativas na atenção materno-infantil, tendo em vista a complexidade destes ciclos de vida, os fatores externos a que estão submetidos, as mudanças epidemiológicas, as fragilidades dos serviços de saúde, e os recursos disponíveis para este público para o desenvolvimento do autocuidado e práticas seguras que promovem saúde e previnem doenças (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Porquanto, problemática como estas, tem ônus de origem nas dimensões no campo da formação profissional, onde no Brasil, têm sido poucas as oportunidades oferecidas para estudos de graduação e pós-graduação em educação interprofissional (PEDUZZI, 2016) e no campo da discussão sobre o desenvolvimento da identidade profissional na interprofissionalidade onde Rossit et al. (2018) afirmam que o desenvolvimento de uma identidade profissional se dá “mediante a importância atribuída ao trabalho em equipe, à prática colaborativa e a definição de papéis e responsabilidade, sem que prevaleça esta ou aquela categoria profissional”.

Levando-se em consideração a delimitação de papéis na equipe, com observações fronteirísticas entre as profissões, para Rossit et al. (2018) significa uma possibilidade de aproximação, criação de confiança mútua com estreitamento de laços nas relações interpessoais entre os profissionais. Fatores estes constituem condição *sine ne qua non* no reforço da identidade profissional.

A fim de intervir na realidade exposta, faz-se necessário uma abordagem positiva sobre interprofissionalidade e a multiprofissionalidade visando o alcance da execução de práticas colaborativas na assistência materno-infantil, tendo como finalidade a redução da mortalidade materno-infantil através do atendimento integral da equipe. A discussão desta temática assim como a explanação de suas diferenças é de extrema relevância para o êxito da educação interprofissional (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SILVA et al., 2015).

Considerando o contexto da Unidade de saúde a qual realizamos o projeto de extensão, foi possível realizar abordagem sobre o Planifica SUS.

O projeto intitulado “A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde” (Planifica SUS) via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), executado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), tem como objetivo geral implantar a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (BRASIL, 2019).

A integração entre as equipes da Atenção Primária e da Atenção Especializada, por meio do compartilhamento do cuidado, torna os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo a atenção contínua e integrada (BRASIL, 2019).

Portanto, visando o fortalecimento de práticas integrativas e colaborativas, buscou-se reunir e planejar nossas oficinas com a equipe do Planifica SUS, propondo ainda a implementação de um fluxograma de gestão do cuidado compartilhado na Atenção materno infantil em uma Policlínica de referência para o SUS no município de Rio Branco, Acre.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão dos acadêmicos do curso de especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, que foi desenvolvido em uma Policlínica de referência para o SUS no município de Rio Branco, Acre, no período de 27 de fevereiro a 12 de março de 2020. A atividade foi realizada com 20 profissionais atuantes nos diversos setores da Unidade. As categorias participantes foram:

enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, biólogo, médico, biomédico e agente administrativo.

Utilizou-se o método de pesquisa-ação, por meio das seguintes etapas: fase exploratória, fase de planejamento e avaliação. No período exploratório foi realizada uma reunião de entrevista com a gestão local onde foram evidenciadas informações sobre o perfil da Unidade e interesse local pelo projeto. A fase de planejamento ocorreu após apresentação local do projeto aos trabalhadores no dia 27 de fevereiro, onde foi confirmado, através de Roda de Conversa, a necessidade de intervenção sobre o entendimento de educação interprofissional e práticas colaborativas. Consideramos que a Roda de Conversa é uma técnica utilizada como prática de aproximação entre sujeitos que oportuniza a criação do espaço dialógico com escuta e troca de experiências entre o público alvo.

O cronograma de oficinas foi pactuado em conjunto com a equipe e contou com as seguintes etapas: (1) Dinâmica de apresentação coletiva visando o conhecimento humanizado sobre os trabalhadores locais, onde os mesmos se apresentaram com informações pessoais e profissionais; (2) Apresentação do vídeo reflexivo sobre integralidade; (3) Aplicação de questionário: neste instrumento havia 05 (cinco) perguntas abertas relacionadas ao conhecimento sobre educação interprofissional e práticas colaborativas, buscamos através deste uma análise individual de cada sujeito a respeito da temática e do objetivo da oficina; (4) Aplicação de Estudo de Caso para análise crítico-reflexiva; (5) Apresentação conceitual dos temas Interprofissionalidade e Práticas colaborativas.

As etapas descritas nos resultados deveram-se às discussões após a aplicação do questionário, onde evidenciou-se os três aspectos mais abordados como: (1) o conhecimento da atenção multiprofissional, (2) educação interprofissional e (3) práticas colaborativas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebeu-se durante a oficina e na roda de conversa que era tímido o entendimento a respeito da interprofissionalidade. Os profissionais envolvidos, contudo, relataram conhecer e fazer atividades multiprofissionais e que, mesmo nesse diapasão, relataram dificuldade de comunicação e ações em conjunto. Ao tempo, também, que houve baixa adesão e apoio por parte da gestão local.

No geral, a adesão não superou as expectativas dos protagonistas deste projeto. Vale ressaltar que as etapas foram programadas com a equipe do Programa de Planificação do Sistema Único de Saúde, como dantes já amadurecidos e interessados nos projetos entrando como parceiros, haja vista, a policlínica sendo referência no programa para atenção materno-infantil. Entendimento este, alcançado na roda de conversa com a equipe do Hospital Israelita Albert Einstein e a representante do Programa/Secretaria Estadual de Saúde formando parceria conjunta para efetivação de ambos projetos. Ao vender a ideia corroborada na expressão dita na apresentação do projeto “uma mão lava a outra e as duas lavam o rosto” sensibilizou a equipe envolvida na implantação do Programa de Planificação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

Por fim, fora alcançada a sensibilização por parte dos envolvidos no projeto de planificação, que em tempo teve prejuízo em sua efetivação por conta da declarada pandemia do novo coronavírus e, uma compreensão durante a oficina a respeito da formatação conceitual com diferenciação multiprofissional e interprofissional.

A seguir descrevemos as etapas da interpretação da oficina com os profissionais.

3.1 O ENTENDIMENTO SOBRE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O trabalho em equipe multiprofissional é um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito das Unidades de Saúde Especializadas, dentro da abordagem integral e resolutiva e, para que isto ocorra, há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na percepção dos profissionais de saúde (FURTADO, 2007; COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Os profissionais que participaram da oficina relataram na sua maioria que equipe multiprofissional são equipes compostas por trabalhadores de várias áreas acadêmicas que atuam com o mesmo objetivo. Podemos destacar algumas falas:

“...São equipes compostas por profissionais de diversas formações acadêmicas e que trabalham em sinergia.” (P1)

“... Uma equipe que tem profissionais de áreas diversas, exemplo: fisioterapeuta, psicólogo, médico...” (P2)

É bem verdade que o conceito multiprofissional significa áreas diversas atuando num mesmo ambiente, porém trata-se de profissões diversas que não se aplicam somente ao nível acadêmico. Pode-se dizer que uma equipe composta de um médico, um enfermeiro e

agentes comunitários de saúde, são considerados uma equipe multiprofissional, onde o nível acadêmico pode trazer algum nível de hierarquia, mas não difere a importância de cada processo de trabalho individual que soma ao coletivo (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Peduzzi (2016) considera que o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Durante a exposição de um vídeo reflexivo, ficou também evidente a necessidade de discussão sobre o papel desta equipe que na teoria traz diversidade assistencial, mas na prática observa-se grande fragmentação do cuidado percebido através das falas:

“...É triste mas comum esse trabalho fragmentado, muita gente quer fazer seu melhor, mas falta trabalho conjunto, que as vezes é tanto serviço que não dá tempo de se reunir ...” (P3)

3.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A interprofissionalidade pode ser definida como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes áreas, que envolve “refletir e operar” um trabalho capaz de responder às necessidades da comunidade. Para o Ministério da Saúde, são profissões que aprendem juntas, de forma interativa, com o propósito explícito de avançar na perspectiva da colaboração, como prerrogativa para a melhoria na qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI, 2018; BRASIL, 2019).

Para Escalda e Parreira (2018) tal perspectiva é parte do que vem se buscando fortalecer nas políticas públicas de saúde dirigidas a reorientar a formação em distintos níveis, para que os novos profissionais possam melhor atender as necessidades de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Nesse processo, é também essencial que os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas no trabalho em saúde sejam efetivamente identificadas e sua aquisição assegurada.

A unidade de saúde objeto deste relato de experiência é hoje uma unidade docente-assistencial, o que configura um campo de prática importante para a disseminação da educação interprofissional, a maioria dos participantes da oficina informaram através de seus relatos que esta é uma prática comum na assistência materno-infantil do local.

“Com a nova gestão estamos trabalhando mais esta questão e tentando ter um trabalho mais humanizado” (P4)

“Tem capacitações e discussões entre diferentes profissionais, principalmente nos cursos.” (P5)

“Sim, entre alguns médicos, enfermeiros, psicólogos, principalmente agora na implantação do novo serviço de planificação.” (P6)

Percebe-se com os relatos durante a oficina que a educação interprofissional na percepção dos trabalhadores é uma prática que vem tentando ser implementada, porém como no item anterior relatado, ainda encontra dificuldades de realização e entendimento sobre seu real objetivo.

3.3 PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

A prática colaborativa implica no reconhecimento da interdependência entre os profissionais, entendida como um desejo comum de resolver as necessidades do paciente, e como forma de fazer emergir a sinergia entre aportes antes tidos como individualizados (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Pode ser compreendido como um espaço orientado pela busca do entendimento, construído pela interação democrática, no qual um acordo comum é almejado e pressupõe o compartilhamento intersubjetivo de um horizonte ético comum, normas e convicções. Nesse sentido, o usuário é reconhecido como um sujeito autêntico que possui identidade e participa como agente de transformação da sua história individual e coletiva (SILVA et al., 2015).

A atenção materno-infantil foi implementada em 2011, pelo Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar à mulher uma assistência humanizada no pré-natal, parto e puerpério, bem como à criança, ao direito do nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2016).

Portanto, para garantir uma assistência integral e resolutiva ao binômio mãe e filho é necessário a implementação de práticas colaborativas na equipe que acolhe e assiste este público. Para a construção deste conceito, durante a oficina fizemos a indagação de qual a percepção que os trabalhadores tinham sobre práticas colaborativas e se havia esta prática na Unidade:

“É um método de trabalho de solução de conflitos realizados por uma equipe...” (P7)

“Conjunto de práticas profissionais que visam colaborar com resultados eficazes em qualquer processo de trabalho...” (P8)

“Só existe a proposta do PlanificaSus e entre os serviços de pré-natal e ginecologia...” (P9)

“Sim existe esta prática na Residência Médica, Multiprofissional e Planejamento Familiar...” (P10)

Ficou evidente em grande parte dos relatos que o conceito de prática colaborativa era redundante ao significado da palavra, necessitando o aprofundamento da discussão e processo dialógico que permitisse a ampliação do conceito. A definição de prática colaborativa demonstra que a colaboração implica numa relação permanente entre os trabalhadores de saúde, mas também atribuindo a centralidade do usuário, família e comunidade para a produção de serviços de saúde de melhor qualidade, o que significa que trata-se não apenas de colaboração entre profissionais, mas uma participação ativa do usuário.

4. CONCLUSÃO

Foi possível observar na fala de cada trabalhador durante o processo de reflexão proporcionado através de vídeos, estudo de caso e roda de conversa, que o trabalho interprofissional é uma ferramenta importante para o processo de assistência à saúde materno-infantil, embora muito discutida atualmente em cursos e capacitações, ainda permanece como desafio sua implementação haja vista a sobrecarga de serviços, diminuição de profissionais na assistência, supervalorização das especialidades que muitas vezes atendem de forma fragmentada, fragilidade na articulação entre os serviços de saúde e ausência de humanização nos processos de trabalho e gestão. Estes foram os pontos mais discutidos e ressaltados durante a roda de conversa.

A quantidade de oficinas programadas foi afetada em decorrência do decreto estadual nº 5.465 de 16 de março de 2020 que dispõe sobre medidas temporárias a serem adotadas, no âmbito do Estado do Acre, para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).

Não foi possível concluir todo o cronograma de atividades do projeto de extensão tendo em vista o decreto governamental de calamidade pública relacionado à pandemia,

porém nesta oficina foi possível desenvolver e construir o conceito e a importância do trabalho interprofissional, ressaltamos a importância da educação permanente nos espaços de assistência à saúde que proporcionam a reflexão crítica dos processos de trabalho. Para tal, é de suma importância o apoio da gestão na motivação a participação dos trabalhadores e organização para que os mesmos tenham a oportunidade de se qualificar e aperfeiçoar a assistência à saúde.

A implementação de um novo fluxograma de atendimento outrora planejado na reunião com a equipe, também não foi possível devido à dificuldade de reunir com a equipe da planificação, composta por representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista a orientação da não aglomeração de pessoas em espaços fechados, em espaços de reunião, considerando a pandemia do Novo Coronavírus.

Observamos que a interprofissionalidade não é bem compreendida pela gestão deste serviço, a qual se privou de participar da oficina e contribuir com o aprendizado dos pares, como também não permitiu que alguns profissionais participassem pois tinham agendas clínicas a cumprir naquele dia, mesmo tendo sido solicitado pelos pós-graduandos a reserva de datas antecipadas na agenda de todos os profissionais para a realização das oficinas.

Contudo, os profissionais participantes que permaneceram até o final da oficina, demonstraram grande necessidade de discussão e aprendizado sobre a interprofissionalidade na prática diária dos mesmos, considerando a rotina “pesada” de todos com a grande demanda de usuários para atendimento, demonstrando a realidade estressante da assistência, onde a demanda supera muito a oferta.

Recomendamos que a discussão das práticas colaborativas seja inserida na rotina dos profissionais da Policlínica Tucumã, que semanalmente seja reservado uma agenda protegida, para todos, a fim de fomentar a implementação da interprofissionalidade na assistência integral do binômio mãe e filho, inseridos num território vulnerável para a prevenção de doenças e promoção de saúde.

5. REFERÊNCIAS

BOSI, M.L.M. **Profissionalização e Conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo. Hucitec, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **PLANIFICASUS: Workshop 1 – A integração da atenção primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à**

Saúde/Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

COSTA, R.K.S; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em Equipe de Saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

ELLERY, A.E.L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional.** (Tese) Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1717-172, 2018.

FURTADO, J.P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, Ago. 2007.

MACHADO, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M.H. (Org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 7a. Ed. São Paulo. Hucitec, 2000.

NUNES, E.D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 62, p. 249-258, 2002.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n.56, p.199-201, 2016.

ROSSIT, R.A.S.; FREITAS, M.A.O.; BATISTA, S.H.S.S.; BATISTA, N.A. Construção da Identidade Profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1399-1410, 2018.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C. LEONELLO, V.M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 16-24, 2015.

REVISÃO NARRATIVA DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

André Ricardo Maia da Costa de Faro¹

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD), Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é definida como aquela que é adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou até mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, podendo ainda acometer os indivíduos em atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, desde que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico. As IRAS têm sido bastante estudadas, principalmente em unidades de cuidados intensivos, muito devido à gravidade, à mortalidade e aos custos causados por esse evento. É notável o alto risco de mortalidade relacionada às IRAS por estar intimamente associado a situações como o uso de dispositivos e procedimentos invasivos, diagnósticos e/ou terapêuticos, como a gravidade da doença de base, da topografia da infecção, bem como da sensibilidade dos microrganismos aos antimicrobianos. Mesmo diante dos problemas enfrentados como dificuldades de acesso aos dados, das ausências de um sistema de notificação, informação e divulgação de dados e estudos relacionadas às IRAS, elas figuram dentre as seis principais causas de óbito no país, junto das doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e as infecciosas e, por este motivo, esse capítulo tem como objetivo realizar uma análise crítica da literatura acadêmica sobre os aspectos epidemiológicos das IRAS, na forma de uma revisão narrativa, visando levantar seus desafios e possibilidades de consolidação nos cenários do cuidado nos dias atuais.

Palavras-Chave: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e Saúde.

ABSTRACT

Healthcare-Associated Infection (HAI) is defined as that which is acquired after the patient's admission and which manifests itself during hospitalization or even after discharge, when it may be related to hospitalization or hospital procedures, and may also affect patients or individuals in outpatient-care in the modality of day-hospital or homecare, as long as it may be associated with some assistance procedure, be it therapeutic or diagnostic. HAIs have been extensively studied, mainly in intensive care units, largely due to the severity, mortality and costs caused by this event. The high risk of HAI related mortality is notable because it is closely associated with situations such as the use of invasive, diagnostic and/or therapeutic devices and procedures, such as the severity of the underlying disease, the topography of

the infection, as well as the sensitivity of microorganisms to antimicrobials. Even with the problems faced such as difficulties in accessing data, the absence of a system of notification, information and dissemination of data and studies related to HAI, they are among the six main causes of death in the country, along with cardiovascular diseases, neoplasms, respiratory and infectious diseases and, for this reason, this chapter aims to carry out a critical analysis of the academic literature on the epidemiological aspects of HAIs, in the form of a narrative review, aiming to raise its challenges and possibilities for consolidation in care settings nowadays.

Keywords: Cross Infection, Epidemiology and Health.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm-se observado cada vez mais um notável avanço das tecnologias voltadas à assistência à saúde, proporcionando melhor acesso a novos recursos terapêuticos e diagnósticos, refinando a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Entretanto, estes recursos que podem melhorar a sobrevivência dos pacientes, como o prolongamento da vida, por exemplo, podem também aumentar o risco de complicações clínicas, como as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (GUIMARÃES et al., 2011).

Uma IRAS, termo difundido na atualidade (que ao longo de muitos anos foi conhecida como *infecção hospitalar* ou *infecção nosocomial* em muitos atos normativos e/ou demais tipos de publicações, orientações, manuais, dentre outros), é definida como aquela que é adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou até mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998), podendo ainda acometer os indivíduos em atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, desde que possa estar associada a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou diagnóstico (HORAN; ANDRUS; DUDECK, 2008; OLIVEIRA et al., 2012a).

As IRAS têm sido bastante estudadas, principalmente em unidades de cuidados intensivos. Provavelmente devido à gravidade, à mortalidade e aos custos causados por esse evento (MOURA et al., 2007; GUIMARÃES et al., 2011; AGUIAR et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012a; IZAIAS et al., 2014). É notável o alto risco de mortalidade relacionada às IRAS por estar intimamente associado a situações como o uso de dispositivos e procedimentos invasivos, diagnósticos e/ou terapêuticos, como a gravidade da doença de base, da

topografia da infecção, bem como da sensibilidade dos microrganismos aos antimicrobianos (SOUZA et al., 2015).

Há que se destacar que as IRAS constituem uma relevante causa de morbidade e de mortalidade, alta letalidade e um grave problema de saúde pública (MOURA et al., 2007; IZAIAS et al., 2014; SOUZA et al., 2015).

As instituições de saúde ofertam à população ações e serviços voltados para a promoção, prevenção, terapêutica e recuperação de agravos. No entanto, tais ações podem causar eventos adversos e iatrogenias levando ou não a danos e lesões muitas vezes letais aos pacientes e profissionais de saúde. Logo, à medida que as pessoas procuram estas instituições, a transmissão de patógenos torna-se motivo de preocupação (MARTINS et al., 2011; MENEZES, 2013).

A problemática das IRAS aumenta cada vez mais, de modo que o custo do tratamento dos pacientes com este agravo pode ser até três vezes maior que o custo daqueles que não apresentam infecção adquirida durante a internação (MOURA et al., 2007).

No Brasil, os dados sobre IRAS são pouco documentados e divulgados, devido à consolidação reduzida das informações por diversos hospitais, e estes, em geral, ainda não possuem núcleo especializado em prevenção e controle de infecções com serviço de vigilância a esse tipo de agravo, o que dificulta ainda mais o conhecimento do panorama nacional da extensão do problema no país (NOGUEIRA et al., 2009; SOUZA et al., 2015).

Apesar das dificuldades de acesso aos dados, das ausências de um sistema de notificação, informação e divulgação, dos estudos escassos no Brasil, as IRAS estão entre as seis principais causas de óbito no país, junto das doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e as infecciosas (NOGUEIRA et al., 2009).

Além da gravidade do quadro clínico e do aumento do tempo de internação, é possível destacar ainda os custos imensuráveis a que pacientes e familiares estão suscetíveis, além da dor e do sofrimento que afetam sobremaneira a qualidade de vida, podendo produzir sequelas físicas e/ou psicológicas e até mesmo a morte relacionada à IRAS (MARRA et al., 2011; IZAIAS et al., 2014).

A problemática das IRAS ainda consiste em um grande desafio para a saúde pública em todo o mundo. Essas infecções prolongam o tempo de internação, elevam os custos hospitalares e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade (FARO, 2018).

Por este motivo e, diante de toda a problemática que as IRAS se apresentam na atualidade, esse capítulo tem como objetivo realizar uma análise crítica da literatura acadêmica sobre os aspectos epidemiológicos dessas infecções, na forma de uma revisão

narrativa, visando levantar seus desafios e possibilidades de consolidação nos cenários do cuidado nos dias atuais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As IRAS foram reveladas pela primeira vez durante a chamada “revolução pasteuriana”, acompanhando as descobertas de Ignaz Semmelweis, Florence Nightingale e Joseph Lister (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Florence Nightingale desempenhou um papel fundamental neste cenário durante a Guerra da Criméia, quando estabeleceu medidas de controle destinadas a reduzir tais doenças e monitorar a infecção e mortalidade em soldados ingleses, usando estatísticas (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014), tornando a Inglaterra como a pioneira na organização das ações de prevenção e controle das infecções. Entretanto, os estudos científicos sobre as IRAS surgem somente em decorrência da pandemia de *Staphylococcus aureus* na década de 1940 (LACERDA, 2002).

Trata-se de um período que coincide com o pós-guerra e, conseqüentemente, observa-se a evolução tecnológica dos insumos médico-hospitalares, como equipamentos, medicamentos (antibióticos e imunossupressores), deixando de lado o paradigma da assistência preventiva e, proporcionando assim, a evolução do modelo clínico de assistência à saúde, como formas diagnóstica e terapêutica eminentemente invasivas. Quando se imaginava ter superado a questão das infecções com a descoberta e o uso da penicilina, aliada à hemostasia e analgesia e, que as intervenções invasivas não teriam mais limites, aparece essa qualidade de infecção (LACERDA, 2002).

Nos Estados Unidos, a década de 1950 marca o início dos estudos sobre IRAS quando o *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) passa a investigar os surtos de *Staphylococcus* resistentes à penicilina. O CDC tornou-se, então, o principal centro de referência para estudos e estabelecimento de estratégias e ações para prevenção e controle das IRAS que, por sua vez, foram reconhecidas como problema de saúde pública (LACERDA; EGRY, 1997). A partir de então, diversos são os estudos conduzidos para conhecer as prevalências de IRAS ao redor do mundo.

O aprimoramento dos estudos permitiu ao CDC, em 1968, o treinamento da primeira turma de enfermeiros americanos em controle de infecções e, ainda a recomendação de

instituir-se comissões de controle de infecções nos hospitais como item essencial para a acreditação (SANTOS, 2006).

Logo, no começo da década de 1970, o CDC iniciou o primeiro grande estudo sobre IRAS no mundo. Contou com a colaboração voluntária de cerca de 70 hospitais convidados no Estudo Nacional de Infecções Nosocomiais (*National Nosocomial Infection Study – NNIS*), denominado posteriormente de Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais (*National Nosocomial Infection Surveillance System – NNIS*), com os objetivos de estimar a incidência de IRAS no país, verificar tendências das taxas, topografias mais afetadas e fatores de risco, resistência microbiana, assim como desenvolver uma metodologia para o monitoramento dessas infecções, que permitisse comparação interinstitucional e desenvolvimento de pesquisas (SANTOS, 2006).

O método de vigilância das IRAS consistia na coleta de dados sobre as infecções em todas as topografias corporais, conforme os critérios padronizados, monitorando todos os pacientes agudos hospitalizados. Constituiu a chamada vigilância global, que em 1986 foi substituída por um sistema de componentes, mais precisos e flexíveis, que permitiu melhorar a acurácia de informações sobre fatores de risco e otimizar os esforços despendidos na vigilância e verificar seu impacto na redução das taxas de infecção. Este sistema de vigilância é ainda a única fonte de dados nacionais de IRAS nos Estados Unidos (EMORI et al., 1991).

O CDC usa, até os dias atuais, os dados que são relatados voluntariamente pelos hospitais participantes para estimar a magnitude do problema das IRAS nos Estados Unidos e para monitorar a tendência em infecções e fatores de risco (EMORI et al., 1991).

Nos anos 1970 estimava-se que cerca de 5% dos 35 milhões de pacientes admitidos anualmente em hospitais nos Estados Unidos adquiriam infecções. Por este motivo, em 1974 o CDC lançou aquele que foi considerado um dos mais ambiciosos projetos para o controle das IRAS, o Estudo da Eficácia do Controle de Infecções Nosocomiais (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control - SENIC*) com a finalidade de avaliar a efetividade da vigilância epidemiológica e dos programas de controle em atividade no país (HALEY et al., 1980).

O SENIC foi concebido com três objetivos principais: 1) determinar se (e, em caso afirmativo, até que ponto) a implementação dos programas de controle e vigilância de infecção diminuíram a taxa de IRAS; 2) descrever o *status* atual dos programas de controle e vigilância de infecção e as taxas de infecção; e 3) demonstrar as relações entre as características de hospitais e pacientes, os componentes de programas de controle e vigilância de infecção e as mudanças nas taxas de infecção (HALEY et al., 1980).

Em 1985 o Projeto SENIC forneceu evidências científicas de que a implantação de programas de controle de infecção com a presença de enfermeiros e médicos qualificados na condição de epidemiologistas hospitalares poderiam prevenir até 32% das IRAS (HALEY et al., 1985; SYDNOR; PERL, 2011).

Os dados encontrados no projeto SENIC serviu como parâmetro mundial para o estabelecimento de metas para redução de indicadores de IRAS e foi determinante para o desenvolvimento de políticas de controle de infecção em todo o mundo ocidental, como a elaboração de normas, manuais e atos normativos. O CDC, por exemplo, iniciou a produção, que se mantém até hoje, de uma série de orientações para a prevenção de infecções, que constituem referência mundial para o assunto (SANTOS, 2006).

Desde então, os Estados Unidos assumiram papel de liderança nos estudos sobre IRAS no mundo, tornando-se a referência para a maioria das redes de vigilância criadas posteriormente em outros países (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

Com estratégias como a do projeto SENIC, a magnitude das IRAS tornou-se conhecida principalmente nos países desenvolvidos por meio de estudos a partir da década de 1980. Como consequência, essas investigações proporcionaram situar problemas, estabelecer normas, criar parâmetros e ratificar a identificação dos fatores de risco para as IRAS (GUSMÃO, 2008).

Dessa forma, o avanço e crescimento nos estudos nesta temática instrumentalizou a formação de sistemas de vigilância de IRAS em todo o mundo que, apesar de recentes, têm-se constituindo como importantes modelos essenciais para o planejamento de ações de prevenção e controle deste agravo (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

Ao longo das últimas quatro décadas, é possível afirmar que alguns países se destacaram no aprimoramento das recomendações de vigilância epidemiológica, prevenção e controle das IRAS, dentre eles, destacam-se os países desenvolvidos, como os Estados Unidos (por meio do CDC), e alguns países europeus, como Bélgica, Alemanha, França e Holanda (que constituíram o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças – ECDC) e, dentre os países em desenvolvimento, aqueles que compõem a América do Sul, como Argentina, Colômbia, Chile, Uruguai e Brasil (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014).

Seguindo o exemplo norte americano, na década de 1970 a Europa começou a se concentrar no monitoramento das IRAS. Reuniu, então, o 1º Conselho Europeu voltado à elaboração de estudos de vigilância e controle dessas infecções. Esta reunião, além de fornecer orientações, considerou a importância de recomendar a implantação dos sistemas de vigilância nos países membros (SANTOS, 2006).

Ao compilar informações dos países europeus, destaca-se o controle de infecções no Reino Unido que é coordenado, na atualidade e, em grande parte, por microbiologistas clínicos, com treinamento em identificação de agentes infecciosos e no diagnóstico e tratamento de infecções. Os enfermeiros de controle de infecção, que compõem com eles dois terços das equipes de controle de infecção dos hospitais ingleses, geralmente são oriundos de diferentes áreas de formação ou especialização e recebem treinamento em microbiologia médica. Desta forma, as atividades tendem a ser concentradas no paciente, atuando na prevenção de infecções cruzadas e lidando com surtos, conforme ocorrem (BARRET, 2002).

Outros temas pertinentes à prevenção e controle das IRAS, como desinfecção, esterilização e desenvolvimento de recomendações para uso de antimicrobianos são abordados em conjunto com outros profissionais, como farmacêuticos, enfermeiros de centro cirúrgico e engenheiros (BARRET, 2002).

Na Bélgica, por exemplo, as orientações consistem em informar os profissionais de saúde acerca das medidas de prevenção e controle, com orientações escritas e treinamentos, implementando a aplicação das mesmas e supervisionando o seu impacto por meio de vigilância (REYBROUCK et al., 2001).

Na Holanda, a produção de manuais com recomendações para o controle de infecções teve início em 1981, e são considerados como o padrão nacional acerca das orientações para a Inspeção de Serviços de Saúde (VAN DEN BROEK, 1999).

Na França, as ações iniciaram somente após a ocorrência de problemas agudos relacionados à falta de controle de qualidade de insumos e processos de trabalho. Em 1986, as autoridades francesas realizaram um estudo de prevalência de infecções em 800 hospitais do país, motivadas por ações judiciais em decorrência da contaminação de sangue por HIV e por dúvidas sobre infecções relacionadas a equipamentos de assistência médica. A partir daí percebeu-se que na França, assim como nos outros países desenvolvidos, as IRAS tornaram-se realidade e a resistência microbiana atingia níveis elevados (ASTAGNEAU; BRÜCKER, 2001).

Na Itália, em 1985, as ações de controle de infecções passaram a ser executadas pelos hospitais por meio da vigilância epidemiológica com validação para eficácia e resultados, com retorno das informações aos clínicos, e educação da equipe hospitalar para o controle das infecções (BASSETTI et al., 2001).

Na Alemanha, dada a importância e legado de Robert Koch e seus contemporâneos, as doenças infecciosas têm destaques desde a criação do Escritório Imperial de Saúde em

1876, responsável por identificar e prevenir riscos à saúde da população. No entanto, as atividades foram descontinuadas entre 1930 e 1940, sendo retomadas por volta de 1952, com o estabelecimento do Escritório Federal de Saúde Alemão. As ações específicas para o controle de infecções só foram iniciadas por este escritório em 1975, quando foi formado um grupo com 50 especialistas, para desenvolver recomendações para o controle de infecção (FRANK et al., 2001).

Entretanto, enquanto alguns países já desenvolveram sistemas avançados de vigilância, outros ainda caminham nesta direção. A criação de sistemas de vigilância de infecções hospitalares a nível governamental é recente e ainda está sendo implementado em todo o mundo e particularmente no Brasil (NOGUEIRA JUNIOR et al., 2014). Como consequência, a prevalência de IRAS é geralmente maior em países em desenvolvimento com recursos limitados do que os países desenvolvidos (ALP et al., 2011).

Essas infecções, evidentemente, ocorrem em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. E, apesar do avanço na construção de recomendações globais e padronizadas, as estimativas apontam prevalência de IRAS de 7% nos países desenvolvidos e 10% nos países em desenvolvimento. Como essas infecções ocorrem durante a internação, causam prolongada permanência, incapacidade e/ou disfunções orgânicas e alta carga econômica (KHAN; BAIG; MEHBOOB, 2017).

Estimativas da OMS apontam que aproximadamente 15% de todos os pacientes hospitalizados são acometidos por essas infecções (KHAN; BAIG; MEHBOOB, 2017). Nos Estados Unidos, cerca de 10% dos pacientes hospitalizados desenvolvem IRAS, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade nos indivíduos submetidos a assistência à saúde o que, conseqüentemente, aumenta o tempo médio de internação. Tal situação agrava-se nos pacientes críticos, além de ser um evento frequente nas unidades de terapia intensiva (MAGNASON et al., 2008).

Extensos estudos nos EUA e na Europa já mostraram que a densidade de incidência de IRAS variou de 13 a 20,3 episódios por mil pacientes-dia (KHAN; BAIG; MEHBOOB, 2017).

Nos países desenvolvidos, a incidência média de IRAS é de 8,0 episódios por mil pacientes-dia (variando entre 5 e 10) e uma prevalência de 10,0% (variando de 6,1 a 12,1), custos variando entre US \$382 a US \$1.833, dependendo do local e tipo de infecção (PRADE et al., 1995).

A exemplo dos países desenvolvidos, nos Estados Unidos, o SENIC estimou uma incidência cumulativa de 5,7 infecções por 100 admissões, sendo que as taxas eram maiores nos hospitais de grande porte e nos de ensino (HALEY et al., 1985).

Na Inglaterra, 37.111 pacientes foram avaliados em 157 instituições, estimando-se uma prevalência de IRAS de 9,0% (variando de 2,0 a 29,0%). Nos hospitais de ensino, a prevalência estimada foi mais alta (11,2%) quando comparada àquela encontrada nos hospitais que não eram de ensino (8,4%) (EMERSON et al., 1996).

Dados globais mostram uma prevalência média de IRAS na Europa de 7,1% (relatada pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças) e incidência estimada nos EUA de 4,5 por 100 doentes. A prevalência agrupada de IRAS no contexto de países em desenvolvimento e com recursos limitados é substancialmente mais elevada, com média de 15,5% (ALLEGGRANZI et al., 2011).

A diferença entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é ainda mais impressionante quando se considera a incidência de infecção adquirida em unidade de terapia intensiva. Nos países desenvolvidos a incidência fica em 13,6 por 1.000 pacientes-dia, enquanto nos países em desenvolvimento, esta taxa fica em 47,9 por 1.000 pacientes-dia (ALLEGGRANZI et al., 2011).

Estima-se que 1,7 milhão de IRAS ocorreram em hospitais dos EUA, em 2002. A estimativa de óbitos associados às IRAS nos hospitais americanos no mesmo ano foi de 98.987. Destes, 35.967 foram para pneumonia, 30.665 para infecções da corrente sanguínea, 13.088 para infecções do trato urinário, 8.205 para infecções do sítio cirúrgico e 11.062 para infecções de outros locais, estando associados a aproximadamente 99.000 mortes (KLEVENS et al., 2007).

Em estudo realizado na Polônia, com a participação de 50 hospitais e 16.598 pacientes, a prevalência média de IRAS foi de 6,2% (destacando que foi maior em hospitais de ensino, 7,4%). A topografia mais prevalente foi o trato respiratório (29,4%), seguida pela infecção de sítio cirúrgico (20,1%), infecção do trato urinário (15,4%) e infecção de corrente sanguínea (12,4%) (DEPTUŁA et al., 2015).

Em estudo realizado na Islândia com 278 pacientes a prevalência de IRAS foi de 29,0%, com a infecção do trato urinário sendo a mais prevalente (14,0%), seguida da infecção primária de corrente sanguínea (9,0%), infecção de sítio cirúrgico e pneumonia (8,0%, cada uma) (MAGNASON et al., 2008).

Em 1998, foi fundado o *International Nosocomial Infection Control Consortium* (INICC), uma organização internacional, sem fins lucrativos, com o objetivo de formar uma

rede multicêntrica de vigilância de IRAS com uma metodologia baseada nos pressupostos do CDC dos EUA e em conformidade com os critérios da Rede Nacional de Segurança de Saúde (*National Healthcare Safety Network – NHSN*). O INICC visa promover o controle das infecções baseado em evidências em países com recursos limitados ou, como conhecidos, os países em desenvolvimento, por meio de uma estratégia de coleta de dados de vigilância nos hospitais afiliados (ROSENTHAL, 2016).

Atualmente, o INICC é composto por cerca de 3.000 profissionais afiliados ao controle de infecções de 1.000 hospitais em 67 países e tem sido a única fonte de dados internacionais padronizados agregados sobre a epidemiologia de IRAS nesses países. De forma periódica, tem publicado relatórios sobre as IRAS de forma agrupada e por país participante demonstrando que as taxas de IRAS em países com recursos limitados são de 3 a 5 vezes maior do que em países de alta renda ou, países desenvolvidos (ROSENTHAL, 2016).

No Brasil, os dados sobre IRAS ainda são pouco documentados. O recurso de informações consolidadas em nível nacional ainda encontra-se em fase de implantação, o que dificulta o conhecimento da extensão do problema no país (NOGUEIRA et al., 2009; SOUZA et al., 2015).

A única avaliação de amplitude nacional de que se tem conhecimento no Brasil até o momento é o estudo de Prade et al. (1995), que, em 1994, realizou um inquérito com 99 hospitais terciários, com 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação e 15.153 leitos ativos. Os autores encontraram um tempo médio de hospitalização de 11,8 dias (variando de um a 1.035 dias). O número de IRAS diagnosticadas foi de 1.340, identificando uma prevalência de 15,5% de IRAS em hospitais terciários brasileiros (PRADE et al., 1995).

A topografia respiratória foi a IRAS mais prevalente (28,9%), seguida de outras topografias – conjuntivite, gastrointestinal, mucosas, outras (18,0%), da cirúrgica (15,6%), pele (15,5), urinária (11,0%) e sangue (10,0%) (PRADE et al., 1995).

O estudo de Prade et al. (1995) mostrou ainda que existem diferenças regionais importantes na prevalência de IRAS: Sudeste (16,4%), Nordeste (13,1%), Norte (11,5%), Sul (9,0%) e Centro-Oeste (7,2%). Ademais, a prevalência é ainda maior em hospitais públicos (18,4%), seguida pelos hospitais de ensino (11,8%) e pelos filantrópicos (10,1%).

A partir de então, diversos estudos regionais passaram a ser realizados no Brasil, mostrando diversas prevalências da IRAS ao longo dos anos no Brasil.

As estimativas encontradas no Brasil apontam uma probabilidade de 5 a 10% de um paciente internado adquirir algum tipo de infecção e os fatores predisponentes estão

relacionadas ao próprio paciente, ou ao procedimento cirúrgico e/ou outros procedimentos invasivos e à equipe de profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2012a).

Um estudo realizado em um hospital universitário de Minas Gerais, com 254 pacientes, estimou uma prevalência de IRAS de 11,4%, sendo a pneumonia (38,3%) a infecção mais prevalente, seguida pela sepse (23,5%) em segundo lugar, a infecção do trato urinário (20,6%) em terceiro e infecção do sistema cardiovascular (8,9%). As demais infecções, como sítio cirúrgico, infecção de pele e infecção de olho, ouvido, nariz, boca ou garganta, apresentaram frequência de 2,9%, cada uma. Dessa forma, os autores demonstraram que as condições que propiciam a ocorrência de infecções em diferentes ambientes são imprescindíveis para identificar os motivos pelos quais elas acontecem mais em alguns locais do que em outro (OLIVEIRA et al., 2012b).

Em um hospital universitário de Fortaleza foram analisados 512 casos de IRAS ocorridas ao longo do ano de 2007. A prevalência de IRAS foi de 8,2%. A frequência dos casos conforme topografia foi trato respiratório (29,1%), corrente sanguínea (26,6%), trato urinário (17%), e sítio cirúrgico (9,2%) (NOGUEIRA et al., 2009).

Num estudo realizado em duas unidades de terapia intensiva no Piauí, foi identificada prevalência de IRAS de 60,8%. A frequência dessas infecções segundo topografia foi trato respiratório (60,15%), sistêmica (17,77%), trato urinário (16,24%), ferida operatória (3,05%) e tegumentar (2,79%) (MOURA et al., 2007).

As taxas de mortalidade relacionadas a este agravo variam conforme a topografia, a doença de base, etiologia, entre outros mas, de acordo com um estudo multicêntrico em hospitais brasileiros, é possível estimar uma ocorrência que varia de 9 a 58%, chegando a 40% entre as infecções de corrente sanguínea (MARRA et al., 2011).

Num estudo realizado no Hospital Universitário de Londrina, ao observar 11.177 pacientes adultos durante um ano, obteve-se uma taxa de mortalidade de associada à IRAS foi de 38,4%, endossando que as infecções contribuíram significativamente para o óbito desses pacientes (SOUZA et al., 2015).

Os dados sobre IRAS na região norte do Brasil são escassos e uma busca em base de dados científicos não retornou existência de estudos publicados sobre a magnitude deste agravo.

No entanto, desde o ano de 2010 e, com a proposta de analisar e divulgar os dados atualizados da magnitude das IRAS no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a receber notificações eletrônicas de casos de infecção primária de corrente sanguínea associadas à cateter venoso central.

No ano de 2015, o sistema eletrônico de notificação contou com a participação de 2.036 hospitais brasileiros notificando esses casos que foram divulgados no ano seguinte.

A implantação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) a ANVISA passou a divulgar o Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde com a avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e resistência microbiana.

Em 2016 o sistema de notificação foi ampliado e estabeleceu que fossem os dados de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central (CVC) e o perfil fenotípico dessas infecções, infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) de todos os hospitais com leitos de UTI (adulto, pediátrico ou neonatal), além dos dados de infecções de sítio cirúrgico relacionadas a cirurgia cesariana de todos os hospitais que realizam esse procedimento (BRASIL, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de IRAS está estreitamente relacionada com a evolução médica e tecnológica da assistência à saúde e que suas formas predominantes de manifestações estão intrinsecamente relacionadas às concepções dominantes do processo saúde-doença e de suas práticas de intervenção.

Percebe-se que a frequência das IRAS é mais elevada em hospitais de ensino bem como nos hospitais públicos, quando comparados com os privados e filantrópicos. O risco varia conforme o nível de complexidade de assistência da instituição, bem como o perfil de paciente atendido e os critérios diagnósticos utilizados para a definição dos casos.

Se os dados sobre IRAS pudessem ser obtidos por meio de um sistema informatizado nas plataformas digitais oficiais do Sistema Único de Saúde, por exemplo, certamente haveria melhor condição de avaliar a problemática das IRAS em âmbito nacional.

Embora os pacientes com enfermidades crônicas apresentem maior suscetibilidade para adquirir infecções, compreender a epidemiologia das IRAS bem como os seus fatores associados ajudam a melhor propor e direcionar medidas de prevenção e controle das infecções.

A ocorrência de IRAS, frequentemente observada em pacientes sob cuidados críticos, ainda necessita de atenção especial dada sua alta morbidade e letalidade, bem como sua importância para a saúde pública.

Ressalta-se que as IRAS constituem grave problema de saúde pública, com alta mortalidade e uma sobrevida curta, que aumenta o tempo de hospitalização e os custos hospitalares, o que implica maior atenção e cuidado nas formas de prevenção e controle da transmissão deste tipo de agravo.

4. REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.P.L.; PRADO, P.R.; OPITZ, S.P.; VASCONCELOS, S.P.; FARO, A.R.M.C. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. **Revista SOBECC**, v. 17, n. 3, p. 60–70, 2012.

ALLEGIANZI, B.; NEJAD, S.B.; COMBESCURE, C.; GRAAFMANS, W.; ATTAR, H.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 377, n. 9761, p. 228–241, 2011.

ALP, E.; LEBLEBICIOGLU, H.; DOGANAY, M.; VOSS, A. Infection control practice in countries with limited resources. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 10, p. 36, 2011.

ASTAGNEAU, P.; BRÜCKER, G. Organization of hospital-acquired infection control in France. **Journal of Hospital Infection**, v. 47, n. 2, p. 84–87, 2001.

BARRETT, S. P. Infection control in Britain. **The Journal of Hospital Infection**, v. 50, n. 2, p. 106–109, 2002.

BASSETTI, M.; TOPAL, J.; DI BIAGGIO, A.; SALVALAGGIO, P.; BASADONNA, G.P.; BASSET, D. The organization of infection control in Italy. **The Journal of Hospital Infection**, v. 48, n. 2, p. 83–85, 2001.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016**, v. 16, p. 83, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998**. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998>>. Acesso em 09/11/2020.

DEPTUŁA, A.; TREJNOWSKA, E.; OZOROWSKI, T.; HRYNIEWICZ, W. Risk factors for healthcare-associated infection in light of two years of experience with the ECDC point prevalence survey of healthcare-associated infection and antimicrobial use in Poland. **The Journal of Hospital Infection**, v. 90, n. 4, p. 310–315, 2015.

EMMERSON, A.M.; ENSTONE, J.E.; GRIFFIN, M.; KELSEY, M.C.; SMYTH, E.T.M. The Second National Prevalence Survey of infection in hospitals--overview of the results. **The Journal of Hospital Infection**, v. 32, n. 3, p. 175–190, 1996.

EMORI, T.G.; CULVER, D.H.; HORAN, T.C. et al. National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS): Description of surveillance methods. **American Journal of Infection Control**, v. 19, n. 1, p. 19–35, 1991.

FARO, A.R.M.C. **Fatores prognósticos e mortalidade por infecção relacionada à assistência à saúde em hospital de ensino na Amazônia Ocidental brasileira.** (Tese) Doutorado em Enfermagem – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

FRANK, U.; GASTMEIER, P.; RÜDEN, H.; DASCHNER, F.D. The organization of infection control in Germany. **The Journal of Hospital Infection**, v. 49, n. 1, p. 9–13, 2001.

GUIMARÃES, A.C.; DONALISIO, M.R.; SANTIAGO, T.H.R.; FREIRE, J.B. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré-SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 864–869, 2011.

GUSMÃO, M.E.N. **Infecção Hospitalar: mortalidade, sobrevida e fatores prognósticos no Hospital Universitário Professor Edgard Santos/UFBA.** (Tese) Doutorado em Saúde Pública – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

HALEY, R.W.; QUADE, D.; FREEMAN, H.E.; BENNETT, J.V. et al. The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design. **American Journal of Epidemiology**, v. 111, n. 5, p. 472–485, 1980.

HALEY, R.W.; MORGAN, W.M.; CULVER, D.H.; WHITE, J.W.; EMORI, T.G.; MOSSER, J.; HUGHES, J.M. Update from the SENIC Project. **American Journal of Infection Control**, v. 13, n. 3, p. 97–108, 1985.

HORAN, T.C.; ANDRUS, M.; DUDECK, M.A. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. **American Journal of Infection Control**, v. 36, n. 5, p. 309–332, 2008.

IZAIAS, E.M.; DELLAROZA, M.S.G.; ROSSANEIS, M.A.; BELEI, R.A. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3395–3402, 2014.

KHAN, H.A.; BAIG, F.K.; MEHBOOB, R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. **Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine**, v. 7, n. 5, p. 478–482, 2017.

KLEVENS, R.M.; EDWARDS, J.R.; RICHARDS JR., C.L.; HORAN, T.C.; GAYNES, R.P.; POLLOCK, D.A.; CARDO, D.M. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. **Public Health Reports**, v. 122, p. 160–166, 2007.

LACERDA, R.A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 55–63, 2002.

LACERDA, R.A.; EGRY, E.Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 13–23, 1997.

- MAGNASON, S.; K.G.; STEFANSSON, T.; ERLENDSDOTTIR, H.; JONSDOTTIR, K. et al. Risk factors and outcome in ICU-acquired infections. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 52, n. 9, p. 1238–1245, 2008.
- MARRA, A.R.; CAMARGO, L.F.A.; PIGNATARI, A.C.C.; SUKIENNIK, T. et al. Nosocomial bloodstream infections in Brazilian hospitals: Analysis of 2,563 cases from a prospective nationwide surveillance study. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 49, n. 5, p. 1866–1871, 2011.
- MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; MENDES, W.; PAVÃO, AL.B. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 223, p. 1–8, 2011.
- MENEZES, R.A. A Medicalização da Esperança: Reflexões m torno de vida, saúde/doença e morte. **Amazônica - Revista de Antropologia**, v. 5, n. 2, p. 478–498, 2013.
- MOURA, M.E.B.; CAMPELO, S.M.A.; BRITO, F.C.P.; BATISTA, O.M.A., ARAÚJO, T.M.E.; OLIVEIRA, A.D.S. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 416–421, 2007.
- NOGUEIRA JUNIOR, C.; MELLO, D.S.; PADOVEZES, M.C.; BOSZCZOWSKI, I.; LEVIN, A.S.; LACERDA, R.A. Characterization of epidemiological surveillance systems for healthcare-associated infections (HAI) in the world and challenges for Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 11–20, 2014.
- NOGUEIRA, P.S.F.; MOURA, E. R.F.; COSTA, M.M.F.; MONTEIRO, W.M.S.; BRONDI, L. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 96–101, 2009.
- OLIVEIRA, A.C., PAULA, A.O.; IQUIAPAZA, R.A.; LACERDA, A.C.S. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 89–96, 2012a.
- OLIVEIRA, A.C.; ANDRADE, F.S. DIAZ, M.E.P.; IQUIAPAZA, R.A. Colonização por micro-organismo resistente e infecção relacionada ao cuidar em saúde. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 183–189, 2012b.
- PADOVEZE, M.C.; FORTALEZA, C.M.C.B. Healthcare-associated infections: Challenges to public health in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 995–1001, 2014.
- PRADE, S.S.; OLIVEIRA, S.T.; RODRIGUES, R.; NUNES, F.A.; FÉLIX, J.K.; PEREIRA, M. et al. Estudo da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Revista do Controle de Infecção Hospitalar**, v. 2, n. 2, p. 26–40, 1995.
- REYBROUCK, G.; VANDE PUTTE, M.; ZUMOFEN, M.; HAXHE, J.J. The organization of infection control in Belgium. **The Journal of Hospital Infection**, v. 47, n. 1, p. 32–35, 2001.
- ROSENTHAL, V. D. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) resources: INICC multidimensional approach and INICC surveillance online system. **American Journal of Infection Control**, p. 1–10, 2016.
- SANTOS, A.A.M. **O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos?** (Dissertação) Mestrado em Ciências da Saúde – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SOUZA, E.S. BELEI, S.A.; CARRILHO, C.M.D.M.; MATSUO, T. et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 220–228, 2015.

SYDNOR, E.R.M.; PERL, T.M. Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 24, n. 1, p. 141–173, 2011.

VAN DEN BROEK, P.J. National guidelines for infection control in The Netherlands. **The Journal of Hospital Infection**, v. 43, n. SUPPL. 1, p. 297–299, 1999.

TECIDO MAMÁRIO AXILAR BILATERAL ASSOCIADO À SAÍDA DE SECREÇÃO LÁCTEA NO PUERPÉRIO

Vanessa Mariano¹, Ana Emília Finamor Chiaradia² e Viviane Macedo Moura Dias Martins³

1. Secretaria Municipal de Saúde de Sinop (SMS/Sinop-MT) – Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, Sinop, Mato Grosso, Brasil;
2. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Faculdade de Medicina, Sinop, Mato Grosso, Brasil;
3. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, Sinop, Mato Grosso, Brasil.

RESUMO

O tecido mamário acessório ou ectópico é uma condição rara, geralmente encontrada na população asiática. Formado por resquício de tecido mamário do desenvolvimento embrionário e apresenta-se em áreas incomuns, principalmente, na região axilar. Pode constituir-se de qualquer componente mamário, ser inativo ou funcionante e possui crescimento atrelado ao estímulo hormonal. Esta alteração é geralmente assintomática e não necessita de intervenção, porém demanda acompanhamento, visto que, este tecido é capaz de desenvolver todas as patologias características da mama, inclusive carcinoma. Relata-se um caso de tecido mamário em região axilar bilateral, em paciente parda, sem descendência oriental, diagnosticado na Atenção Primária à Saúde, associado à abordagem longitudinal baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa, avaliando as proporções da experiência da pessoa com a doença através do SIFE (acróstico para Sentimento/Ideia/Funcionalidade/Expectativa).

Palavras-chave: Tecido ectópico, Mama e Medicina comunitária.

ABSTRACT

Accessory or ectopic breast tissue is a rare condition, commonly found in the Asian population. Formed by remnants of breast tissue from embryonic development and presents in unusual areas, mainly in the axillary region. It can consist of any breast component, be inactive or functioning and has growth linked to hormonal stimulation. This alteration is generally asymptomatic and does not need intervention, but it requires monitoring, since this tissue is capable of developing all the pathologies characteristic of the breast, including carcinoma. We report a case of breast tissue in the bilateral axillary region, in a brown patient, without oriental descent, diagnosed in Primary Health Care, associated with the longitudinal approach based on the Person-Centered Clinical Method, assessed as proportions of the person's experience with the disease through SIFE (acrostic for Feeling / Idea / Functionality / Expectation).

Keywords: Ectopic tissue, Mama and Community medicine.

1. INTRODUÇÃO

A polimastia ou mama ectópica afeta aproximadamente 2 a 6% das mulheres e 1 a 3% dos homens, sendo uma condição rara que apresenta-se em mais de uma localização em um terço dos pacientes (GENTILE; CERVELLI, 2010).

Os seios acessórios surgem devido a persistência da crista mamária embrionária, se estendendo bilateralmente da axila até a virilha (GIGEL; SCHIER, 1999; SADLER T, 2003). Associam-se, em 11 a 27% dos casos, a anomalias renais e urológicas, incluindo rins supranumerários, falha na formação renal e carcinomas de células renais (VELANOVICH, 1995)

Cabe ressaltar que o tecido mamário acessório pode aumentar de volume durante a gravidez e/ou lactação, devido à sua sensibilidade estrogênica. Além disso, seu tamanho pode variar durante o período menstrual (KIM et al., 2009; GREER, 1974) podendo causar desconforto, dor e sensibilidade local (CIRALIK et al., 2006). É importante realizar o diagnóstico, pois o tecido mamário ectópico está sujeito a todas as doenças da mama, incluindo o carcinoma (DOWN et al., 2003).

O tecido mamário acessório é geralmente assintomático, tornando mais difícil seu diagnóstico na ausência de mamilo ou aréola. A ultrassonografia pode ajudar no diagnóstico desta condição, visto que a mamografia padrão, geralmente não evidencia esse tecido devido à sua localização (DAS et al., 1994). A punção aspirativa por agulha fina é sensível na avaliação dessas massas (DAS et al, 1994) sendo que a histologia é o padrão ouro para a confirmação do tecido mamário ectópico (ALGHAMDI; ABDELHADI, 2005).

Quando sintomático, as principais queixas são o aumento cíclico do tecido, sensibilidade, desconforto, dor, secreção de leite e irritação local da pele. O constrangimento psicológico parece ser a principal causa de remoção cirúrgica (ALGHAMDI; ABDELHADI, 2005).

Em pacientes assintomáticos, o manejo é conservador por meio de acompanhamento regular (NIRMALA et al., 2010). Em pacientes sintomáticos, o tecido mamário acessório pode removido por excisão, lipoaspiração ou ambos, com resultados similares (AYDOGAN et al., 2010).

Essa alteração faz diagnóstico diferencial com lipoma, linfadenopatia, cisto sebáceo, abscesso, hidradenite supurativa, cisto folicular, entre outros (DAS et al., 1994).

Caso venha apresentar degeneração carcinomatosa, possui o mesmo prognóstico do tecido mamário ortotópico, porém existem alguns relatos de taxas mais elevadas de metástase linfonodal já no diagnóstico inicial (VISCONTI et al., 2011). Devido a isso, alguns autores recomendam a excisão total profilática do tecido (GIGGEL; SCHIER, 1999; PATEL et al., 2012; RITTER et al., 2013) enquanto outros recomendam iniciado de biópsia para rastreamento de malignidade a partir de 40 anos de idade (GENTILE; CERVELLI, 2010).

Cabe ressaltar que a decisão sobre a remoção cirúrgica deve considerar todos os riscos potenciais (ALGHAMBI; ABDELHADI, 2005) e deve ser compartilhada com a/o paciente. As complicações mais comuns, após sua remoção são: retirada incompleta da mama ectópica, cicatrização ruim, lesão do nervo intercostobraquial e edema linfático do braço (ALGHAMDI; ABDELHADI, 2005).

No momento atribui-se o aumento da incidência de carcinoma na mama axilar acessória à estagnação nos dutos, dessa maneira o carcinoma ductal infiltrante é a variante mais comum (YOUN; JUNG, 2009).

2. MATERIAIS E MÉTODO

O objetivo deste relato de caso do tipo descritivo é apresentar experiência profissional com uma paciente de 19 anos que recebeu o diagnóstico de tecido mamário ectópico em regiões axilares bilaterais em USF durante puerpério. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, anamnese, registro dos exames físico e complementares, além de revisão em literatura por meio de pesquisa nos bancos de dados: PubMed, Cochrane Library, Google Acadêmico e listas de referência de artigos.

3. RELATO DE CASO

Diferentes termos são empregados para esta alteração, entre eles: tecido mamário acessório, tecido mamário ectópico, seios supranumerários, mama aberrante, polimastia. A população asiática possui maior taxa de incidência de tecido mamário acessório, especialmente os japoneses, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (LOUKAS et al., 2007).

Para esta discussão tomamos como base o relato de caso clínico abaixo.

Paciente M.C.F., feminina, parda, 19 anos, G2P1NA1, veio à Unidade de Saúde da Família (USF) para realização de consulta puerperal e de puericultura de sua recém-nascida, quatro dias após parto normal, sem intercorrências.

Usuária queixou-se de dor e aumento do volume de região axilar bilateral, com piora álgica ao amamentar. Referiu ainda, que o aumento do volume axilar existe desde a adolescência, porém notou crescimento progressivo a partir da vigésima sétima semana de gestação, com aumento expressivo do volume, principalmente nas últimas semanas gestacionais.

Ao exame físico, apresentava nodulação fibroelástica de aproximadamente 5x4 cm em axilas bilateralmente, sem sinais flogísticos ou drenagem de substâncias. Demais componentes do exame clínico encontravam-se dentro da normalidade, incluindo o exame das mamas.

Após escuta ativa, optou-se por utilizar o SIFE (mnemônico para Sentimento/Ideia/Funcionalidade/Expectativa) para, por meio da Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), abordar a experiência da paciente com o achado (GUSSO; LOPES, 2019).

Essa prática orienta o médico assistente a explorar o Sentimento do paciente diante de uma possível enfermidade, a Ideia que ele possui deste acometimento, quais os impactos ele prevê para sua Funcionalidade como pessoa e/ou como profissional e qual a Expectativa de resolução. Entre os benefícios dessa abordagem, pode-se citar redução da preocupação e da ansiedade, melhora na relação médico-paciente, maior adesão ao tratamento, potencializando os prognósticos (GUSSO; LOPES 2019).

Na avaliação em questão, o sentimento principal referido pela paciente foi apreensão devido ao crescimento acelerado e em curto espaço de tempo da massa axilar, levando-a a pensar na possibilidade de uma patologia mais grave ter se desenvolvido, a exemplo do câncer, fato que gerava ansiedade. Negou limitações funcionais relacionadas ao quadro. A expectativa da usuária era que, após avaliação médica, fosse elucidado o motivo do aumento acentuado e que a tumoração axilar pudesse ser removida. Na ocasião, foram trabalhadas as questões subjetivas supracitadas e além do exame clínico completo, foi solicitado ultrassonografia (USG) axilar bilateral, com agendamento de retorno para manutenção do acompanhamento longitudinal.

Puérpera regressa à Unidade para reavaliação e entrega do resultado de USG, queixando-se de início de drenagem espontânea de secreção esbranquiçada no centro da tumoração em região axilar esquerda e ardência em axila direita ao amamentar. Ao exame

físico, observou-se drenagem espontânea de secreção de aspecto leitoso por orifício em axila esquerda. Ultrassonografia (21/02/2020): área difusamente heterogênea em tecido subcutâneo, sugestivo de parênquima mamário ectópico bilateral.

Após esclarecimento de dúvidas e orientações, paciente foi encaminhada para avaliação conjunta em Atenção Secundária (mastologia e cirurgia geral), além de reforço sobre a importância da manutenção do acompanhamento longitudinal na Atenção Primária. A médica assistente solicitou ainda, USG de rins e vias urinárias para investigação de malformações geniturinárias, devido a associação bem estabelecida de alterações renais em pacientes com tecido mamário ectópico.



Figuras 1 e 2. Nodulação em axila direita; nodulação em axila esquerda com orifício e saída de secreção láctea.



Figura 3. USG axilar (21/02/2020) Tecido mamário ectópico.

4. CONCLUSÃO

Concluí-se que, embora raro, é de suma importância a suspeição do tecido mamário acessório, como diagnóstico diferencial de nodulações axilares, visto que demanda acompanhamento.

Nesse contexto, faz-se necessária a abordagem por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa, para entendimento de preocupações, sentimentos, idéias, expectativas e alterações funcionais, relacionadas à alteração. Visto que, essa alteração pode ser causa de ansiedade entre os pacientes devido sua aparência e principalmente em relação ao medo de degeneração maligna da afecção.

Deve-se avaliar ainda comorbidades, histórico familiar, e realizar o exame físico completo, incluindo mama e axila, além de solicitação de exame de imagem, neste caso, ultrassonografia. Quando necessário, esta entidade deve ser investigada mais profundamente por meio de aspiração por agulha fina ou biópsia em serviço secundário.

Dessa forma, enfatiza-se a importância da abordagem centrada na pessoa inerente a APS e da atualização contínua de seus profissionais de saúde, possibilitando dessa maneira a identificação precoce e manejo adequado das patologias e de suas possíveis alterações funcionais.

5. REFERÊNCIAS

ALGHAMDI, H.; ABDELHADI, M. Accessory breasts: when to excise? **Breast J**, v. 11, n. 2, p. 155–157, 2005.

AYDOGAN, F. et al. Surgical treatment of axillary accessory breasts. **Am Surg**, v. 76, n. 3, p. 270-272, 2010.

CIRALIK, H. et al. Fibroadenoma of the ectopic breast of the axilla: a case report. **Pol J Pathol**, v. 57, p. 209–211, 2006.

DAS, D. K. et al. Fine needle aspiration cytologic diagnosis of axillary accessory breast tissue, including its physiologic changes and pathologic lesions. **Acta Cytol**, v. 38, n. 2, p. 130-135, 1994.

DOWN, S. et al. Management of accessory breast tissue in the axilla. **Br J Surg**, v. 90, n. 10, p. 1213-1214, 2003.

GENTILE, P.; IZZO, V.; CERVELLI, V. Fibroadenoma in the bilateral accessory axillary breast. **Aesthetic Plast Surg**, v. 34, p. 657–659, 2010.

- GIGGEL, S.; SCHIER, F. Axilläre Mamma aberrata – eine Fallbeschreibung und Literaturübersicht. **Klin Pädiatr**, v. 211, p. 473–475, 1999.
- GUSSO, G; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**, 2ª edição, Porto Alegre; Editora Artmed, 2019.
- KIM, E. Y. et al. Sonography of axillary masses: what should be considered other than the lymph nodes? **J Ultrasound Med**, v. 28, p. 923–939, 2009.
- LOUKAS, M.; CLARKE, P.; TUBBS, R. S. Accessory breasts: a historical and current perspective. **Am Surg**, v. 73, n. 5, p. 525-528, 2007.
- NIRMALA, J. L. et al. Accessory breast tissue in the axilla in a puerperal woman-case study. **Acta Medica Medianae**, v. 49, n. 4, p. 45-48, 2010.
- PATEL, P. P. et al. Accessory breast tissue. **Eplasty**, v. 12, p. ic5, 2012.
- RITTER, L. et al. Accessory breast tissue (mamma aberrata) as a rare differential diagnosis of soft tissue swelling in the axilla. **Rofo**, v. 185, n. 1, p. 74–75, 2013.
- VISCONTI, G. et al. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**, v. 64, n. 1, p. e1–11, 2011.
- YOUN, H. J.; JUNG, S. H. Accessory breast carcinoma. **Breast care**, v. 4, n. 2, p. 104-106, 2009.

ORGANIZADOR



Igor Sombra Silva

É graduado em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Ceará (2006) e Medicina pela Universidade Federal do Acre (2018). Possui Especialização em Osteopatia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (2015) e Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental pela Universidade Federal do Acre (2016). Atuou como docente dos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Farmácia do Centro Universitário UNIMETA (2016-2019), Médico da Unidade de Pronto Atendimento da Sobral, Município de Rio Branco, Acre (2018-2019), Médico do Exército Brasileiro 4 BIS (2019-2020) e Médico do Programa de Saúde da Família do Município de Plácido de Castro, Acre (2019-2020). Atualmente Médico da UTI covid do Hospital da Mulher, Médico do Hospital Maceió Hapvida e Residente de Anestesiologia no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal do Alagoas.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos: 145, 156, 169, 171, 267, 268, 269, 273, 274, 280, 282, 296 e 301.

Aplicativos: 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275 e 276.

Atenção Primária à Saúde: 21, 299, 301 e 325.

Atividades Integrativas: 133, 134, 137, 138 e 140.

Auriculoterapia: 142, 144, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 153 e 155.

Automedicação: 153, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 287 e 288.

C

Câncer Oral: 225, 226, 232, 233 e 234.

Carcinoma de mama *in situ*: 188, 190 e 191.

Causas Evitáveis de Óbito: 175 e 185.

Células Tronco: 48, 50 e 51.

Complicações Infecciosas na Gravidez: 21 e 65.

Conhecimento: 18, 53, 59, 65, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 104, 110, 121, 130, 135, 142, 150, 156, 163, 165, 166, 169, 171, 172, 173, 180, 198, 199, 200, 204, 205, 235, 237, 268, 269, 270, 273, 274, 275, 285, 287, 288, 294, 297, 302, 311 e 318.

Consulta de Enfermagem: 142, 144, 148 e 151.

Criança: 29, 53, 104, 116, 175, 177, 198, 199, 202, 290, 292 e 305.

Criança Hospitalizada: 290.

Cruz Vermelha: 198, 200, 203 e 205

Cultura Organizacional: 251 e 263.

D

Diagnóstico, 14, 15, 16, 17, 18, 30, 32, 33, 37, 39, 40, 44, 45, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 59, 65, 67, 72, 73, 74, 87, 150, 175, 179, 180, 182, 188, 190, 192, 193, 194, 195, 206, 207, 209, 214, 215, 217, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 243, 244, 248, 309, 310, 315, 326, 327 e 330.

Dispositivos Móveis: 267, 268, 271, 272, 273 e 275.

E

Educação em Saúde: 104, 138, 159, 162, 163, 165, 169, 171, 173, 198, 199, 200, 202, 204, 205, 290, 294 e 296.

Educação Interprofissional: 87, 296, 298, 300, 301, 302, 304 e 305.

Ensino em Saúde: 78.

Epidemiologia: 37, 44, 45, 225, 240, 309 318 e 320.

Epidemiologia e Saúde: 309.

Esquizofrenia: 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 218 e 219.

Estudantes: 79, 82, 83, 84, 87, 142, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 280, 282, 285, 288 e 298.

G

Genética: 56, 206, 209, 210, 212 e 213.

H

Hemoterapia: 50, 125, 126 e 127.

I

Idoso: 60, 133, 134, 138, 144, 145, 146, 147, 148, 153, 154 e 155.

Infecção Hospitalar: 309 e 310.

Integração-Ensino-Serviço-Comunidade: 78 e 88.

L

Leucemia de Mielóide Aguda: 48, 49 e 51.

M

Mama: 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 325, 326, 327 e 330.

Medicamentos sem Prescrição: 280.

Medicina Comunitária: 325.

Metodologia: 52, 108, 109, 117, 121, 142, 162, 294, 301, 313 e 318.

Micobactéria não Tuberculosa: 45 e 240.

Mortalidade: 39, 57, 58, 60, 99, 102, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 189, 190, 192, 193, 194, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 301, 309, 310, 311, 312, 316, 319 e 321.

Mortalidade na Infância: 175, 176, 177, 178, 179, 180 e 181.

Mulheres: 18, 23, 24, 26, 28, 29, 50, 54, 56, 62, 66, 67, 70, 72, 73, 74, 92, 93, 94, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 135, 144, 161, 166, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 209, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 326 e 327.

Mulheres Gestantes: 92, 99, 100, 102 e 104.

P

Parasitologia: 169.

Pesquisa em Psicanálise: 108, 109, 117, 118, 119 e 122.

Práticas Interdisciplinares: 296.

Primeiros Socorros: 198, 200, 202, 204 e 205.

Q

Qualidade de Vida: 52, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 136, 139, 142, 146, 147, 148, 150, 152, 154, 155, 166, 173, 206, 207, 219, 236 e 311.

R

Registros de Enfermagem: 125, 127, 130 e 131.

Relato de Experiência: 108, 138, 171, 198, 200, 290, 292, 296, 301 e 304.

Rio Branco: 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 65, 67, 69, 71, 73, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 254, 255, 296, 297 e 301.

S

Saúde do Homem: 159, 160, 162, 163, 165, 166 e 167.

Saúde do Idoso: 134, 137, 139, 142 e 169.

Segurança do Paciente: 127, 131, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 290, 291, 292, 293, 294 e 320.

SIM: 175, 176, 178 e 180.

Sorodiagnóstico de HIV: 14.

T

Taxa de Sobrevida: 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194 e 195.

Tecido Ectópico: 325.

Teorias Etiológicas: 206.

Testes Sorológicos: 21.

Trabalho em Saúde: 78 e 304.

Transfusão Sanguínea: 125, 126, 127, 130, 131 e 132.

Treponema pallidum: 65 e 66.

Tuberculose: 14, 15, 16, 17, 18, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 240, 241, 242, 243, 245, 247 e 248.

U

Unidades de Terapia Intensiva: 184, 251, 254, 257, 258, 261, 262, 316 e 319.

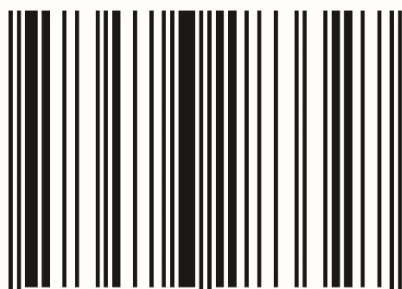
V

Vesícula Biliar: 14, 15, 16 e 17.

Vigilância em Saúde: 53 e 240.

ISBN: 978-65-86283-32-7

BR



9 786586 283327

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283327