

CIÊNCIAS DA SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: INTERDISCIPLINARIDADE 2



ISBN:978-65-86283-33-4

Organizador:
Igor Sombra Silva

2020

Igor Sombra Silva

(Organizador)

Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: Interdisciplinaridade 2

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 2 / Igor Sombra Silva (org.). – Rio
Branco: Stricto Sensu, 2020.

355 p.: il.

ISBN: 978-65-86283-33-4

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334

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 2” possui 27 capítulos feitos por pesquisadores de varias áreas da saúde e de diferentes instituições das regiões brasileiras com o objetivo de agregar conhecimentos e analisar a saúde em seus diversos aspectos com experiências relatadas em seus estudos. Ótima leitura a todos. Igor Sombra Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO. 1.....14

(DES) HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AS GESTANTES APLICADO ATRAVÉS DO ARCO DE MAGUEREZ

Ana Luiza Ribeiro Souza (Centro Universitário FIBRA)

Beatriz Maia Vasconcelos (Centro Universitário FIBRA)

Edileuza Nunes Lima (Universidade Federal do Pará)

Karla Kaori Egoshi (Centro Universitário FIBRA)

Maria Eduarda Sacramento Pereira (Centro Universitário FIBRA)

Samara Janice de Albuquerque Santos (Centro Universitário FIBRA)

Wanessa de Nazaré Rodrigues de Moraes (Centro Universitário FIBRA)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.01

CAPÍTULO. 2.....28

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dara Brito da Silva (Centro Universitário da Amazônia)

Hanna Evelin Bandeira Monteiro (Centro Universitário da Amazônia)

Juliane Tavares Gomes (Universidade Federal do Oeste do Pará)

Nayana Lobato Azevedo (Centro Universitário da Amazônia)

Ana Flávia Chaves de Souza (Centro Universitário da Amazônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.02

CAPÍTULO. 3.....38

A IMPORTÂNCIA DO DESCARTE ADEQUADO DE RESÍDUOS QUIMIOTERÁPICOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA

Maria Inês Vieira de Oliveira Lima (Centro Universitário do Estado do Pará)

Elizabeth Nascimento Portilho Saraiva (Centro Universitário do Estado do Pará)

Alizandra Mendonça Reis (Centro Universitário do Estado do Pará)

Mônica Loureiro Maués Santos (Centro Universitário do Estado do Pará)

Felipe Costa Soares (Centro Universitário do Estado do Pará)

Fabiany de Fátima Pompeu Rodrigues (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

Mariana Souza de Lima (Centro Universitário do Estado do Pará)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.03

CAPÍTULO. 4.....51

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL

Giovanna Thayla Caetano de Lima (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Mariana dos Santos Gomes (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Natália de Araújo e Silva (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Bruna Celia Lima de Oliveira (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Amilton Douglas Ferreira de Araujo (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Adriana Lemos (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.04

CAPÍTULO. 5.....62

ENVELHECIMENTO E SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: DEMANDAS E DESAFIOS

Tábatta Renata Pereira de Brito (Universidade Federal de Alfenas)

Daniella Pires Nunes (Universidade Estadual de Campinas)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.05

CAPÍTULO. 6.....72

MIXEDEMA PRÉ-TIBIAL ASSOCIADO À DOENÇA DE GRAVES

Vanessa Mariano (Universidade de Cuiabá)

Priscilla Magalhães Oliveira Deliberador Mickosz (Universidade de Cuiabá)

Letícia Thomaz Santiago (Universidade de Cuiabá)

Maria Victória Araújo Azevedo (Universidade de Cuiabá)

Priscila Arruda Spadoni (Universidade de Cuiabá)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.06

CAPÍTULO. 7.....79

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES CRÍTICOS EM UM HOSPITAL UNIVÉRSITÁRIO DE MANAUS-AM

[Bárbara Misslane da Cruz Castro \(Hospital Universitário Getúlio Vargas\)](#)

[Bruno Sarkis de Oliveira \(Hospital Universitário Getúlio Vargas\)](#)

[Bianca Pires dos Santos \(Universidade Federal do Amazonas\)](#)

[Milena Maria Cardoso de Lemos \(Universidade Federal do Amazonas\)](#)

[DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.07](#)

CAPÍTULO. 8.....95

COMO O TIPO DE PARTO PODE INFLUENCIAR NA SAÚDE DO RECÉM NASCIDO A PARTIR DA MICROBIOTA?

[Julie Ruiz Lessa \(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro\)](#)

[Nereida Lessa Pinheiro do Vale Ruiz \(Universidade Federal do do Acre\)](#)

[Cydia de Menezes Furtado \(Universidade Federal do do Acre\)](#)

[DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.08](#)

CAPÍTULO. 9.....108

CONHECIMENTO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

[Júlia Maria de Souza Cavalcante \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Jéssica Leite Bernardo da Silva \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Andrea Tavares Ferreira \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Gabrielle Pessôa da Silva \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Laís Helena de Souza Soares Lima \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[Francisca Márcia Pereira Linhares \(Universidade Federal de Pernambuco\)](#)

[DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.09](#)

CAPÍTULO. 10.....119

MORBIDADES ASSOCIADAS A RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE EXTREMO BAIXO PESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL, JANEIRO DE 2018 A DEZEMBRO DE 2018

Deborah de Oliveira Togneri Pastro (Universidade Federal do Acre)
Ana Paula Pereira de Oliveira (Hospital das Clínicas do Acre)
Jesiane Rocha da Silva Maia (Universidade Federal do Acre)
Maria Amélia de Jesus Ramos Albuquerque (Universidade Federal do Acre)
Tayna Feltrin Dourado (Universidade Federal do Acre)
Vyctor Mont'Alverne Napoleão Carneiro (Universidade Federal do Acre)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.10

CAPÍTULO. 11.....133

PAPEL DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NO CONTROLE DAS INFECÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cacery Salgado (Universidade Federal do Acre)
Joquibede dos Santos Brasil Prado (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.9786586283334.11

CAPÍTULO. 12.....145

PERCEPÇÃO DE GESTANTES E DE SEUS PARCEIROS ACERCA DA INCLUSÃO E PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

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)
Clyslorrama Nunes Aiache (Centro Universitário UNINORTE)
Janaira Teles de Oliveira (Centro Universitário UNINORTE)
Laís Alice Duarte de Albuquerque (Centro Universitário UNINORTE)
Eder Ferreira de Arruda (Centro Universitário UNINORTE)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.12

CAPÍTULO. 13.....163

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER INDÍGENA NO CONTEXTO AMAZÔNICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriene Roberta Costa dos Santos (Centro Universitário FAMETRO)

Layara de Almeida Lopes (Centro Universitário FAMETRO)

Jennifer Marical Duarte (Centro Universitário FAMETRO)

Paloma Dutra da Silva (Centro Universitário FAMETRO)

Thayana de Assis Cardoso (Centro Universitário FAMETRO)

Luane Suelen do Nascimento Sena (Centro Universitário FAMETRO)

Eurides Souza de Lima (Universidade Federal do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.13

CAPÍTULO. 14.....171

TUBERCULOSE UM FATOR DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Keila Cristina Carlos Braga (Universidade Nilton Lins)

Cyntia Costa Guimarães (Universidade Nilton Lins)

Michelli Domingos da Silva (Universidade Nilton Lins)

Esmeraldina Lopes Gonçalves (Universidade Nilton Lins)

Laura Lauanda dos Santos Paiva (Universidade Nilton Lins)

Rebecca Pereira Seffair (Universidade Nilton Lins)

Sarah Regina Leão de Souza (Universidade Nilton Lins)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.14

CAPÍTULO. 15.....186

CAMINHADA NA NATUREZA – ESTATÉGIA PARA O AUMENTO DA ADESÃO A ATIVIDADE FÍSICA EM ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Thais Lazaroto Roberto Cordeiro (Secretaria Municipal de Campo Largo)

Fernanda de Souza Cunha Oliveira (Centro Universitário Campos de Andrade)

Thyago Grossl Francisco (Centro Universitário Campos de Andrade)

Renan Santos (Centro Universitário Campos de Andrade)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.15

CAPÍTULO. 16.....192

ACIDENTES POR INSETOS PEÇONHENTOS NO ESTADO DE RORAIMA ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2017

[Adriana Gomes Freitas \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Cecília Sousa Gomes \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Sabrina Torres Teixeira \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Dionah Bandeira de Figueiredo \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Denise Gomes Ferreira \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Ellen Vanuza Martins Bertelli \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

[Eliza Ribeiro Costa \(Centro Universitário Estácio da Amazônia\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.16

CAPÍTULO. 17.....203

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): RELATO DE EXPERIÊNCIA

[Fabiola Sarmiento da Silva \(Faculdade Estácio do Amazonas\)](#)

[Geovana Fabá da Silva \(Faculdade Estácio do Amazonas\)](#)

[Laís da Rocha de Vasconcelos \(Faculdade Estácio do Amazonas\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.17

CAPÍTULO. 18.....212

SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

[João Victor da Silva Barbosa \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Danúzia da Silva Rocha \(Universidade Federal do Acre\)](#)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.18

CAPÍTULO. 19.....227

PERFIL DA COINFECÇÃO HIV- TUBERCULOSE NOTIFICADA EM 4 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS NOS ANOS DE 2016 À 2018

[Antonio Sávio Lázaro Barbosa \(Universidade Nilton Lins\)](#)

[Railton da Silva Miranda \(Universidade Nilton Lins\)](#)

[Ana Paula de Melo Lima \(Universidade Nilton Lins\)](#)

Bruna Azedo Guimarães (Universidade Nilton Lins)
Giovanna Ribas Chicre (Universidade Nilton Lins)
Kamila Araújo Pereira Cordovil (Universidade Nilton Lins)
Mailla Brenda Maia da Silva Reis (Universidade Nilton Lins)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.19

CAPÍTULO. 20.....240

OS DESAFIOS NA AVALIAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS PARA O PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO DO AMAZONAS EM 2020

Josy Lira Dias (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas)
Mitsi Moisés (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas)
Maria Izabel Nogueira do Nascimento (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas)
Edson Pereira do Nascimento Júnior (Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.20

CAPÍTULO. 21.....248

O USO DO SOFA COMO PREDITOR DE DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nayana Lobato Azevedo (Centro Universitário da Amazônia)
Ana Flávia Chaves de Souza (Centro Universitário da Amazônia)
Antenor Matos de Carvalho Junior (Universidade do Estado do Pará)
Antonia Regiane Pereira Duarte Valente (Centro Universitário da Amazônia)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.21

CAPÍTULO. 22.....262

MAIS QUE MIGRANTES: O CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO INDÍGENA VENEZUELANA EM MANAUS

Rosiane Pinheiro Palheta (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Jacqueline Cavalcanti Lima (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Raquel Lira de Oliveira Targino (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Maria de Nazaré Feitosa (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Hudson André Arouca Cauper (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Lúcia Helena de Araújo Jorge (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)

Samuel Monteiro do Nascimento Barbosa (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)

Cassiano Alencar de Vasconcelos Dias Jimenez (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)

Alex Araújo Rodrigues (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.22

CAPÍTULO. 23.....278

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Sibele Botelho da Silva (Instituto de Educação Giga)

Romário Araújo de Sousa (Singular Educacional)

Sheila Neres Alencar (Instituto de Educação Giga)

Vanessa Izidro da Silva (Instituto de Educação Giga)

Adriana Duarte de Sousa (Secretaria de Estado de Saúde)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.23

CAPÍTULO. 24.....292

DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Júlia Grazielle Santos Nunes (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

Kariny Gonzaga Vasconcelos (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

Jessica de Sousa Vale (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.24

CAPÍTULO. 25.....305

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Bruno Pereira da Silva (Universidade Federal de São Paulo)

Maria Aline do Nascimento Oliveira (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.25

CAPÍTULO. 26.....315

CARACTERIZAÇÃO E GEORREFERENCIAMENTO DOS CASOS DE ANEMIA FALCIFORME NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO DE SAÚDE NORTE, EM MANAUS -AM

Aline Aparecida Ferreira Artini (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Adenilson Dos Santos Torres (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Anete Rodrigues Dantas (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Juan Choque Souza (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Maria Do Socorro Furtado Soares (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
Olivam Silva Conceição (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.26

CAPÍTULO. 27.....335

PERFIL DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Bruna Martins de Carvalho (Universidade Federal do Acre)
Thatiana Lameira Maciel Amaral (Universidade Federal do Acre)
Patricia Rezende do Prado (Universidade Federal do Acre)
Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre)
DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334.27

ORGANIZADOR.....350

ÍNDICE REMISSIVO351

(DES) HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AS GESTANTES APLICADO ATRAVÉS DO ARCO DE MAGUEREZ

Ana Luiza Ribeiro Souza¹, Beatriz Maia Vasconcelos¹, Edileuza Nunes Lima², Karla Kaori Egoshi¹, Maria Eduarda Sacramento Pereira¹, Samara Janice de Albuquerque Santos¹ e Wanessa de Nazaré Rodrigues de Moraes¹

2. Centro Universitário FIBRA. Curso de Bacharel em Enfermagem; Belém, Pará, Brasil.

1. Universidade Federal do Pará (UFPA). Universidade de Aveiro/ Universidade do Porto, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria (Portugal), Belém, Pará, Brasil;

RESUMO

O parto é um momento cheio de emoções e subjetividade. Os momentos de toque, cheiro e a primeira mamada podem tornar maiores ainda o laço afetivo da mãe com o recém-nascido e diminuir as dificuldades no processo de amamentação. Este estudo tem o objetivo de relatar a experiência no atendimento (Des) humanizado na sala de parto, no atendimento à gestante, em hospital maternidade em Belém do Pará. Foi realizado um relato de experiência com base em observação através de atividade crítico-reflexiva, por meio da observação no campo de prática supervisionado em ambiente de maternidade. Por meio da experiência, em campo prático, de discentes do 4º período do curso de enfermagem. Através das observações práticas das discentes aplicou-se a metodologia baseada no Arco de Magueréz que são desenvolvidas em 5 etapas e fundamenta-se na problematização, são elas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Como resultados foram observados problemas que afetam o atendimento humanizado às gestantes e confrontados com estudos que abordam questões importantes sobre a violência obstétrica, deficiência de humanização no atendimento às gestantes, assim como também aponta as dificuldades que as gestantes e as famílias sofrem diante da falta de informação. A partir disso, recomenda-se a conscientização dos profissionais ao impacto da desumanização sobre a mulher e a família, os benefícios de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com a mulher, evitando práticas não recomendadas, além de sugerir a continuidade com novos estudos dado a importância do assunto.

Palavras-chave: Humanização, Gestante e Educação em saúde.

ABSTRACT

The childbirth is a moment replete with emotions and subjectivity. The stages of touching, smelling and the first breastfeeding may cause the mother's affectional bond with her newborn infant to be stronger and lower plenty of difficulties during the breastfeeding process. The subject of this study is meant to report experiences of (in) human treating in delivery rooms, care for pregnant women, at maternity hospital in Belém, Pará. Na experience report was

made based on observation through critical reflective activity, by means of monitoring in supervised fields of practice in a maternity environment. Through experience, in fields of practice, by undergraduates of the 4^o (fourth) period from Nursing course. Thanks to the undergraduates' practical observations, an active methodology was applied, based on Margueres's Arch which are developed in Five steps, grounded in problematization, which are: reality observation, key points, theorization, solution hypothesis and application to reality. As the results were analyzed, issues which affect human treating for pregnant women and confronted with studies that broach important matters about obstetric violence, lack of humanization in assisting pregnant women, as well as the issues in which pregnant women and the irrelatives undergo due to misinformation. On top of that, it's highly recommend the professional one's conscientization towards the vicious impact on women and their family, the benefits of an assistance that guarantees respect and sensitivity with the woman, refraining from performing non-recommended actions, furthermore, carrying on with the newest studies in reference of the subject matter.

Keywords: Humanization, Pregnant women and Health education.

1. INTRODUÇÃO

A experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida das mulheres; um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe (PEREIRA et al., 2018).

O parto é um momento cheio de emoções e subjetividade. Os momentos de toque, cheiro e a primeira mamada podem tornar maiores ainda o laço afetivo da mãe com o recém-nascido e diminuir, inclusive, as dificuldades no processo de amamentação da mãe. Todo esse processo pode ser facilitado pelos profissionais de saúde (RUSSO; NUCCI, 2020).

Práticas que podem ser evitáveis pelo profissional de saúde, mas são realizadas no parto natural, como por exemplo, uso de ocitocina, manobras: como kristeller, uso de fórceps, episiotomia ou ruptura da placenta, interferem negativamente na experiência de parturição da mulher e da família (NASCIMENTO et al., 2019). Tendo em vista isso, o Ministério da Saúde trouxe, em 2017, o caderno “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, que avaliou e sintetizou as práticas comumente usadas na assistência ao parto, e trouxe informações cientificamente respaldadas, no intuito de estabelecer a proteção e cuidado da parturiente no momento do parto.

O parto natural além da rápida recuperação, tem menos risco de infecção. Também é benéfico para a criança, pois ao passar pelo canal vaginal, o tórax é comprimido facilitando a respiração do recém-nascido (MELO, 2020).

Partindo desta explanação, levantou-se a seguinte questão: Porque os profissionais não oferecem assistência integral, holística e humanizada às gestantes, visto que o processo de acolher, ouvir, orientar e cuidar, são fundamentais para a saúde do binômio mãe-filho?

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência no atendimento (Des) humanizado na sala de parto, no atendimento à gestante, em hospital maternidade em Belém do Pará.

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1. ÁREA DO ESTUDO

O estudo é contempla a área de obstetrícia, por buscar identificar problemas relacionados a práticas não mais recomendadas no atendimento (Des) humanizado à gestante e ensino, por contemplar a aplicação de uma metodologia ativa baseada na problematização.

2.1.1 Local do estudo

Trata-se de um relato de experiência com base em observação através de atividade crítico-reflexivo, a partir da observação no campo de prática supervisionado em ambiente de maternidade. O relato de experiência é uma metodologia que apresenta uma situação vivenciada, em texto, no intuito de agregar cientificamente a sua área de atuação, além de possibilitar o conhecimento de uma situação vivida, ao ponto de relacionar a prática com a teoria (AZEVEDO et al., 2014).

Tratando-se de um tema de vivência bastante comum, a assistência ao parto, pode ser facilmente abordada através de uma metodologia ativa, sendo baseada na problematização e aprendizagem por meio de problemas. O Arco de Charles deMagueres é uma metodologia de problematização utilizada em situações que estejam diretamente ligadas a vivência da sociedade (FUJITA; CARMONA; SHIMO, 2016).

2.1.2. Local do Estudo

O local do estudo foi realizado em uma maternidade no município de Belém-PA, onde corresponde as áreas de saúde da mulher e saúde da gestante, por meio da experiência, em campo prático, de discentes do 4º período do curso de enfermagem.

2.1.3. Período e Técnica de Coleta de Dados

Através das observações práticas das discentes, em 2018, aplicaram esse relato de experiência pela teoria da Problematização, que consiste por Berbel (1998) uma teoria interessante para ser usada em pesquisas que estejam relacionadas com a vida em sociedade, mediante o Arco de Charles Maguerez. A metodologia ativa, conhecida como Arco de Marguerez, é aplicada em 5 etapas, sendo elas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

As etapas correspondem a um fluxo de observação de um problema e a busca a sua possível solução, como afirmado por Fujita, Carmona e Shimo (2016) a metodologia ativa é embasada por uma situação-problema. Sendo assim, “observação da realidade” é a situação-problema vivenciada; “pontos-chave” são os principais motivos encontrados da prática daquele problema; “teorização” é a fundamentação científica em literaturas que comprovem que tal prática se mostra um problema; “hipóteses de solução” são possíveis soluções práticas para a extinção daquele problema; por fim, “aplicação à realidade” que corresponde à sugestão de como as possíveis soluções aplicadas na prática, ao ponto de transformar aquela realidade e cessar tal problema.

2.1.4. Análise dos Resultados

A proposta da atividade era identificar uma situação avaliada como um “problema” a partir da observação na prática de realidade, teve como tema central “segurança do paciente e formação do enfermeiro na região amazônica”. A turma foi dividida em subgrupos e procedeu-se a construção durante um bimestre letivo sob orientação de um docente, e com acompanhamento de um coordenador da atividade avaliativa.

Ao final os subgrupos apresentaram as reflexões relacionadas à metodologia aplicada. Bem como realizaram análises do cenário prático e a contextualização da metodologia aplicada para a formação do Enfermeiro na Região Amazônica.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Os resultados da atividade são apresentados a seguir através do relato de experiência. Segue abaixo a descrição de cada etapa do relato baseado na metodologia aplicada:

3.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

A observação da realidade tem a proposta, por meio da vivência prática, uma reflexão crítica quanto às ações presenciadas. Neste caso, as alunas observaram, na prática, ações antagônicas ao ensinado em teoria. Para Naka (2018) a primeira etapa do arco é o primeiro impacto do sujeito ao cenário.

Por meio das práticas em uma maternidade de Belém, as acadêmicas vivenciaram ações que não correspondiam com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Observaram deficiências da humanização na assistência ao parto, por meio de falas, práticas e ações não mais recomendadas, proibições sem respaldo científico e direitos das gestantes negligenciados, como o previsto pela Lei Federal nº 11.108/2005, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto.

3.2 PONTOS-CHAVE

A segunda etapa tem a característica de permitir, após observação inicial, uma síntese no intuito de especificar os principais pontos dos problemas encontrados (SANTOS, 2018). Os principais pontos-chave, que são as “explicações” para o acontecimento dos atos, encontrados pelas acadêmicas durante a prática supervisionada, e que explique as ações na qual foram vivenciadas, foram:

- Falta de conhecimento da gestante sobre seus direitos, o que influencia na aceitação de métodos impróprios impostos pelos profissionais, como: permanecer em dieta zero, achando que pôr está em trabalho de parto a ingestão de qualquer alimento ou líquido é proibido, o que vai de contra o caderno Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (2017); E além disso permitir/aceitar manobras, que são proibidas, apenas com a justificativa de que era necessário no momento do parto, como é o caso da manobra de

Kristeller, que é vedada a sua prática pelo enfermeiro segundo o art.º 1 da Decisão Nº 489, de 10 de Janeiro de 2019;

- Vícios profissionais, como o uso regular da ocitocina, popularmente conhecido como “sorinho”, em todas as gestantes, sem indicação de uso, apenas com o intuito de acelerar o processo do trabalho de parto; E também, o habito de realizar o trabalho de parto apenas em posição ginecológica, não sugerindo outras posições, e não incentivando a deambulação da gestante para facilitar a descida e encaixa do bebê, como também preconizado pelo caderno Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (2017);
- Falta de protocolo hospitalar, objetivando as ações preconizadas e regulamentadas a serem seguidas no hospital, evitando com isso, a decisão particular de cada profissional em suas escolhas.

3.3 TEORIZAÇÃO

É de extrema importância o embasamento científico ao pontuar problemas no cenário vivido, e a teorização, que é a terceira etapa do método, tem esse propósito. É afirmado por Macedo (2019) a teorização busca a fundamentação teórico científica no qual consiga o respaldo quanto aos pontos já citados.

A prática da humanização na assistência ao parto segundo Possati et al. (2017) é a atenção com um novo observar, observar esse que se faz necessário com a lembrança de que o parto é uma experiência verdadeiramente humana, e que necessita ser acolhido, respeitado, ouvido e orientado, sendo possível por meio disso, o vínculo tão essencial entre profissional e paciente.

Segundo o caderno HumanizaSUS do Ministério da Saúde (2011), é possível encontrar três modelos na atenção ao parto e ao nascimento: paradigmas tecnocrático, humanista e holístico, sendo o modelo tecnocrático o ainda mais utilizado. O modelo tecnocrático segundo Carvalho et al. (2018) a medicina é vista como o topo da pirâmide e o corpo como máquina, havendo separação entre mente-corpo.

Como apontado em “Pontos-chave”, a falta de conhecimento das gestantes foi considerada um ponto importante, para as autoras, como explicação de práticas desumanizadoras serem feitas. Afirmado por Junqueira et al. (2019), é evidente o não conhecimento das gestantes sobre os seus próprios direitos. Não conhecer os seus próprios direitos abre margem a práticas que podem infringir a sua dignidade, e pela ignorância, aceitar de forma silenciosa a violência obstétrica.

Tendo em vista isso, Quadros, Reis e Colomé (2016) são enfáticas em falar que a educação em saúde, feita pelos profissionais de saúde, é essencial para que o empoderamento e autonomia da mulher seja estimulado. Essa educação em saúde pode começar desde a 1ª consulta do pré-natal, visto que, o pré-natal é uma ferramenta importante que pode estabelecer um vínculo de confiança entre o enfermeiro e paciente. Em consequência disso, é de extrema importância que o profissional de saúde vá além de uma consulta com modelo clínico, mas que se comprometa a atender as necessidades de cada paciente em sua total integralidade, visando o vínculo saudável da gestante em diferentes fases de sua vida (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Outra característica importante pontuada são os vícios profissionais, que são as práticas de origem tecnocráticas habitualmente realizadas pelos profissionais por anos em sua carreira, e que embora não tenha mais respaldo científico, ainda é realizado apenas pelo costume da prática. Esse vício pode ser “justificado” com os argumentos de que há sobrecarga no trabalho, falta de recursos, cansaço físico e mental, escassez na infraestrutura para realizar práticas mais humanizadas (JARDIM; MODENA, 2018).

É válido lembrar que ações sem respaldo científico implicam em perigo para a saúde da mulher e se caracteriza como violência obstétrica. Segundo o Ministério da Saúde, violência obstétrica é:

A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo (BRASIL, 2017).

Por fim, outro quesito importante para a continuação de práticas desumanizadoras na assistência hospitalar no parto normal, é falta de protocolo hospitalar. Protocolo hospitalar é um instrumento moderno que garante suporte na assistência do enfermeiro, no qual possibilita corrigir as não conformidades, padronização dos cuidados técnicos-científicos, impede as distorções adquiridas na prática, garante segurança nas ações, podendo ter finalidade educativa (SALES et al., 2018). Entretanto, é válido lembrar que o parto é uma ação puramente fisiológica, e cada mulher carrega a sua individualidade no momento do parto, o fato é, o protocolo hospitalar proposto não tem o intuito de gerar uma padronização

dos partos, mas sim, uma sistematização de ações, com qual, favoreceria na diminuição de práticas errôneas, e estabeleceria uma assistência com respaldo científico.

3.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Entretanto, a proposta do arco não é apenas apresentar problemas, mas também oferecer possíveis soluções. Nesta quarta etapa do arco, ela tem a características de propor métodos práticos no intuito de resolver os problemas apontados (FONSECA NETO *et al.*, 2020). Como possíveis soluções práticas, ou seja, uma resolução do ponto de vista das acadêmicas aos problemas encontrados, apresentamos a seguir:

- **Educação em saúde na atenção básica**

Quadros, Reis e Colomé (2016), a educação em saúde é conceituada como uma junção de conhecimentos e vivencias para a promoção da saúde, pois é uma estratégia importantíssima onde une o conhecimento empírico e científico, levando a saúde muito além do consultório e chegando até a comunidade. É valido lembrar que a gestante em pré-natal de risco habitual realiza suas consultas na atenção básica, e o profissional de saúde tem total importância a essa gestante. Se desde a primeira consulta o profissional de saúde estabelecer um vínculo de confiança, e usar durante o tempo da consulta para abordar assuntos que vão ser vivenciados mais a frente, como: parto, puerpério e amamentação, essa gestante estará muito mais apropriada dos seus direitos e deveres na gestação. Ver o período do pré-natal como um momento oportuno de aprendizado e apropriação de saberes práticos é essencial para que possíveis riscos futuros sejam evitados.

Como sabiamente afirmado por Tomaschewski-Barlem *et al.* (2016), para as gestantes a maternidade carrega uma bagagem de expectativas pessoais, familiares, culturais, sendo assim, é valido que as equipes de saúde se empenhem em potencializar o cuidado mãe-bebê, que a consulta se torne muito mais do que clínica, e a educação em saúde de forma humanizada venha cumprir o papel de orientar, esclarecer e principalmente empoderar as mães e pais quanto aos seus direitos e deveres, fazendo do parto um momento único e especial.

- **Educação permanente para profissionais**

Segundo Campos, Sena e Silva (2016) a educação permanente tem como foco a prática transformadora e aprendizagem significativa, que se resume em campo do saber e de prática na área da saúde, visando a permanência na qualificação dos profissionais e trabalhadores ao ponto de possuir uma visão crítica e reflexiva sempre transformadora para lidar com a realidade.

Tendo em vista, que a área da saúde sempre é modernizada, e o que aprendemos deve ser sempre renovado, os profissionais de saúde devem receber atualizações de práticas obstétricas, e a instituição precisa garantir essas atualizações quanto a novas práticas na assistência também. Algumas práticas, antes feitas nos hospitais, hoje já caíram em desuso, pois foram comprovadas que sua utilização não garante melhoria na qualidade de vida da paciente, e as vezes, oferece até risco. Por isso, faz-se necessário a atualização nas práticas dos saberes, com cursos e treinamentos, por exemplo.

3.5 APLICAÇÃO A REALIDADE

Por fim, com as hipóteses estabelecidas e planejadas os sujeitos são instigados a aplicarem a ideia de uma forma mais ativa, ao ponto de a proposta de solução seja apresentada na prática na quinta etapa do arco de Magueréz (SANTOS, 2018). No caso, os meios que podem ser utilizados para a aplicação das hipóteses de soluções apresentadas anteriormente, a seguir temos:

- **Material de orientação para a gestante**

Para as autoras o uso de tecnologias leves e leve-dura são metodologias fundamentais e de fácil aplicação. Tecnologia Leve é constituição de conexões para implementação do cuidado, como vínculo e acolhimento por exemplo. Tecnologia Leve-dura é a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados aplicados a algo material, como exemplo, folders, cartilhas, cartazes e *banners* (SABINO et al., 2016).

Assim, foi elaborado um material de orientação a gestante, através de folders, para suporte da educação em saúde como instrumento de grande vantagem para a apropriação do conhecimento daquela mulher. Além disso, o estímulo de rodas de conversas nos postos de saúde na consulta no pré-natal, sobre assuntos relacionados a gestação se torna um

ótimo meio para cessão de dúvidas, e criação de vínculo entre a equipe de saúde e as pacientes.

Como foi realizado pelas discentes na atividade proposta, onde formularam um folder educativo, no intuito de educar e apresentar práticas assistenciais, respaldadas cientificamente, além de conter informações sobre direitos das gestantes.

Ressalta-se que o uso da educação em saúde com/em tecnologias leves e leves-duras possivelmente potencializará a absorção do que será transmitido. Essas práticas podem ser aplicadas em rodas de conversa e nas consultas do pré-natal, por exemplo. O material pode ser a própria caderneta da gestante, oferecida pelo Sistema Único de Saúde-SUS, visto que a caderneta contém várias informações relevantes.

- **Capacitação dos profissionais**

Profissionais da área da saúde devem estar sempre se atualizando, para que o atendimento melhore cada vez mais. Por isso, é de extrema importância que o profissional no momento da assistência, esteja familiarizado com as leis, com o que pode e o que não pode ser feito em cada situação (por exemplo, violência obstétrica), e que ele possa estar ciente em proporcionar um atendimento humanizado, qualificado e imparcial, e como consequência disso empoderar suas pacientes sobre sua própria saúde.

A proposta sugerida pelas acadêmicas na época, foi de aplicar oficinas, palestras e capacitações, no intuito de aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais, a fim de que haja a atualização das práticas e cuidados da equipe de enfermagem, visto que a ciência e suas práticas são sempre aprimoradas, e é de extrema importância que o profissional de saúde acompanhe isso.

Com essa razão é importante implementar nos centros de saúde, programas de capacitação que contemplem todas as necessidades que os serviços exigem, desse modo beneficiará tanto o profissional quanto a sociedade, que promove comprovadamente a melhora na qualidade da assistência prestada.

Ressalta-se que o incentivo venha ser principalmente na atenção básica, pois é onde se atua com prevenção e promoção da saúde, e é o primeiro contato que o profissional tem com os pacientes e eles já devem estar preparados para proporcionar todas as informações possíveis sobre esse indivíduo.

4. CONCLUSÃO

Na realização da atividade crítico- reflexivo baseado na problematização, foi possível promover e estimular a formação do enfermeiro. O uso de metodologias ativas contribui para o ensino aprendido nos mais diversos campos de atuação, em especial aquelas voltadas para observação da realidade e as soluções para os problemas identificados, sendo capaz de formar profissionais não somente identificadores de problemas, mas sim, capazes de promover suas contribuições para solucioná-los.

Na teorização do problema foram encontrados estudos que abordam questões importantes sobre a violência obstétrica, deficiência de humanização no atendimento as gestantes, importância de um protocolo e do vínculo entre paciente e enfermeiro, assim como também aponta as dificuldades que as gestantes e as famílias sofrem diante da falta de informação.

A atuação da enfermagem é relevante na assistência, e se tratando da desumanização no atendimento as gestantes, além de conhecimento científico é necessário empatia, compreensão e sensibilidade com o outro, enxergá-lo com um olhar único e holístico e compreender as suas necessidades.

O profissional de enfermagem é o primeiro contato que a gestante tem na unidade de saúde, e é a partir desse acolhimento e vínculo que a qualidade do cuidado se procederá. O acolhimento realizado e as orientações fornecidas são meios para a humanização.

A deficiência da humanização na assistência ao parto na maioria das vezes ocorre em decorrência de profissionais com vícios rotineiros já citados, tais vícios violam os direitos das mulheres e por conta da insuficiência de informação, elas acabam não conhecendo seus direitos e as formas de denúncia caso o profissional haja de forma desrespeitosa, imprudente e abusiva.

A partir disso, recomenda-se a realização de protocolos e educação permanente, conscientizando os profissionais do impacto da desumanização sobre a mulher e a família, os benefícios de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com essa mulher e criança, além de dar continuidade com novos estudos dado a importância do assunto.

5. QUESTÕES ÉTICAS E CONFLITOS DE INTERESSES

Informamos que por questões éticas foi preservado o nome do hospital/maternidade, dos profissionais atuantes durante a observação da realidade. Embora a realização da atividade tenha sido permitida, optamos por preservar o anonimato. Não há conflitos de interesses entre os envolvidos e que as observações foram apenas para atender os critérios avaliativos da atividade proposta.

6. AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos dar saúde e força para conseguir vencer as adversidades e nos ajudar a enfrentarmos nossos medos.

Agradecemos, a editora *Stricto Sensu* pelo convite para publicação do capítulo, e pela oportunidade de mostrarmos nossa pesquisa para outras pessoas.

Nossos agradecimentos a docente responsável pelo desenvolvimento desse trabalho, por aceitar o convite e o desafio de ser nossa orientadora, e maior incentivadora para construção do artigo, fornecendo bons conselhos e estando disponível ao máximo para atender nossas dúvidas, sendo sempre tão prestativa, paciente e competente.

Agradecemos a nossas famílias e amigos por todo apoio emocional e físico, muito obrigada pela compreensão e força.

Ao hospital maternidade por nos permitir adentrar e contribuir para nossa formação profissional, bem como de nos permitir realizar a atividade crítica- reflexiva voltada para a realidade local.

Por fim, agradecemos a nosso grupo de amigas “Marias”, acadêmicas responsáveis pelo trabalho, que aceitaramo desafio da publicação e se comprometeram em escrever este artigo, sabemos que não foi fácil.

7. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. C. et al. Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 01, p. 1-9, 2014.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface (Botucatu)**, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BRASIL. **Decisão nº 489, de 10 janeiro de 2019.** Institui o código civil. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Institui o código civil. Presidência da República. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento /** Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é violência obstétrica?** Blog da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em 07/11/2020.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017.

CARVALHO, K. M. et al. A persistência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica e o desejo de mudança para o modelo de cuidado humanizado. **Atas CIAIQ2018**, v. 2, p. 1266-1275, 2018.

FONSECA NETO, A. A. et al. Interface ensino-serviço na atenção à saúde da pessoa idosa: operacionalizando o arco de charlesmaguerz com a visita domiciliar. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 5, p. 1-11, 2020.

FUJITA, J. A. L. M.; CARMONA, E. V.; SHIMO, A. K. K.. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerz no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 29, n. 1, p. 229-258, 2016.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica não cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3069, 2018.

JUNQUEIRA, T. L. et al. Gestantes Que Recebem Informações De Profissionais De Saúde Conhecem Seus Direitos No Período Gravídico-Puerperal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 4, 2020.

MACEDO, V. L. M. et al. Arco de Maguerz como ferramenta na educação em saúde: relato de experiência. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 29-38, 2019.

MELO, P. S. et al. Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190136, 2020.

NAKA, A. A. R. et al. Método de oficinas no processo de Educação Permanente em Saúde à luz de Charles Maguerz. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 1-8, 2018.

NASCIMENTO, S. L. et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 66-79, 2019.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola . Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160366, 2017.

QUADROS, J. S.; REIS, T. L. R.; COLOMÉ J. S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. **Revista Rene**, v. 17, n. 4, p. 451-458, 2016.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. e180390, 2020.

SABINO, L. M. M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

SALES, C. B. et al . Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018.

SANTOS, K. C. B. et al. Methodology of problematization with Arcof Maguerez in the ophthalmological surgical center of a university hospital. **Revista Ciência e Saberes**, v. 4, n. 1, p. 884-888, 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Promovendo A Autoestima Na Gestação: Foco No Acolhimento. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Dara Brito da Silva¹, Hanna Evelin Bandeira Monteiro¹, Juliane Tavares Gomes²,
Nayana Lobato Azevedo¹ e Ana Flávia Chaves de Souza¹**

1. Centro Universitário da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil;
2. Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

RESUMO

O modelo de atenção à saúde primária, ainda é pouca satisfatória, sendo composta por um número reduzido de profissionais da saúde, onde apenas uma quantidade inferior da população é assistida por diferentes especialidades, remetendo ao modelo curativo. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas dos cursos de enfermagem e farmácia, em conjunto com uma fisioterapeuta, buscando enfatizar a importância da atuação da equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica, por meio de uma roda de conversa, onde se abordou sobre experiências vivenciadas durante as práticas realizadas em unidades básicas em um município do Oeste Paraense. A atuação de cada profissional se apresenta de maneira específica, as responsabilidades e compromissos, na atenção básica, são coletivos. Assim, a equipe multiprofissional tem um papel muito importante na Atenção Básica para garantir a universalidade, a integralidade e equidade da assistência, garantindo um atendimento satisfatório ao paciente, no qual o enfermeiro que atua na prevenção, proteção e reabilitação, conta com o apoio do profissional de farmácia, através da inserção da farmacoeconomia que auxilia na redução de gastos com medicamentos, no uso racional de medicamentos, na educação terapêutica, acompanhamento da farmacoterapia, identificação de problemas relacionados ao medicamento e interações medicamentosas, dentre outras competências, e de fisioterapeutas, através do acompanhamento na prevenção de agravos, na recuperação e reabilitação através das orientações e métodos do cuidado de fisioterapias. A equipe multiprofissional enaltece o modelo preventivo, e cada especialidade contribui na assistência de qualidade e resultados favoráveis ao paciente integralmente e coletivamente. **Palavras-chave:** Assistência ao Paciente, Atenção Primária de Saúde e Especialidades.

ABSTRACT

The primary health care model is still unsatisfactory, being composed of a small number of health professionals, where only a smaller number of the population is assisted by different specialties, referring to the curative model. It is an account of the experience of academics from nursing and pharmacy courses, together with a physiotherapist, seeking to emphasize the importance of the performance of the multidisciplinary team in the scope of primary care, through a conversation wheel, where it was discussed about experiences lived during the

practices carried out in basic units in a municipality in the West of Pará. The performance of each professional is presented in a specific way, the responsibilities and commitments in primary care are collective. Thus, the multiprofessional team has a very important role in Primary Care to guarantee the universality, comprehensiveness and equity of care, guaranteeing satisfactory patient care, in which the nurse who works in prevention, protection and rehabilitation, has the support of the pharmacy professional, through the insertion of the pharmacoconomics that helps in reducing drug expenses, in the rational use of medicines, in therapeutic education, monitoring of pharmacotherapy, identification of problems related to the medicine and drug interactions, among other skills, and of physiotherapists through monitoring the prevention of injuries, recovery and rehabilitation through the guidelines and methods of physical therapy care. The multiprofessional team praises the preventive model, and each specialty contributes to quality care and favorable results for the patient fully and collectively.

Keywords: Patient Assistance, Primary Health Care and Specialties.

1. INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença na medicina atual fortemente expõe-se como um conjunto interligado de condições que alteram o equilíbrio fisiológico, psicológico e sociocultural do indivíduo, não somente uma afecção presente, como conceitua a Organização Mundial de Saúde (OMS) “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Nesse contexto, a ciência é direcionada para medicina preventiva, que prioriza a promoção da saúde, a prevenção, identificação e reabilitação de afecções e agravos ao indivíduo e coletividade, direcionada a nível primário de atenção a saúde.

No País a atenção primaria encontra-se reestruturando, seja na política principal que rege esse nível de atenção, com a Política Nacional de Atenção Básica PNAB atualmente redefinida, e ou nos programas e estratégias que são direcionadas para fortalecer, suprir e apoiar, como exemplificação destas o Serviço de Atenção Domiciliar com suas equipes multiprofissionais introduzidas e modalidades que atendam as necessidades de cuidados a domicílio, e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que promove atenção especializada multiprofissional em nível de atenção básica. A equipe multiprofissional deve possuir a capacidade de identificar os determinantes sociais (condições socioeconômicas, culturais, ambientais, etc.) que interferem direta ou indiretamente na qualidade de vida do paciente, com o objetivo de garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde em sua totalidade, respeitando os princípios da integralidade e equidade (BRASIL, 2019).

Nesse cenário de fortalecimento da atenção básica, a Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 que aprova a PNAB enfatiza, destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

Porém, a realidade da atenção primária é de compor-se com duas equipes de assistências básicas para atender, Equipe de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, com apenas um enfermeiro, um médico, um técnico e ou agentes comunitários de saúde, sobrecarregando o serviço um dos outros, pela falta de mais profissionais para atender a demanda de usuários e alcançar aqueles que precisam. Com a demanda do serviço acabam por “fazer o que dá”, muitas vezes sem ter acesso aos treinamentos e aperfeiçoamentos necessários para a rotina de trabalho.

Por tanto é perceptível à importância e a presença da equipe multiprofissional na atenção básica de saúde. A prática do cuidado centrado na pessoa, permitiu a equipe multiprofissional oferecer um atendimento holístico, menos sistemático e mais humanizado que vai além do processo saúde-doença (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; BRASIL, 2019).

Diante deste contexto, observou-se a relevância de se abordar a presente temática, visando enfatizar a importância da atuação da equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica, levando em consideração que estes profissionais de saúde, quando atuam de maneira conjunta e colaborativa, tendem a contribuir para uma assistência integral aos usuários dos serviços de saúde, conferindo uma maior resolutividade dos cuidados prestados pela Atenção Básica.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas dos cursos de enfermagem e farmácia, em conjunto com uma fisioterapeuta, acerca da importância da atuação da equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica.

Inicialmente para a coleta de dados do presente trabalho, iniciou-se uma roda de conversa, com a finalidade de partilha de experiências vivenciadas no decorrer das práticas

em saúde, desenvolvidas durante a academia em unidades básicas de um município no Oeste Paraense, por estagiárias de cursos diferentes, mas com o mesmo campo de estágio, a atenção básica.

A realização da pesquisa foi impulsionada através do ponto de vista crítico das partes, referente a atuação profissional dentro da atenção primária e a relevância de cada na assistência ao usuário de maneira integral, individual/coletiva e multiprofissional. Tal prática fomentou o desenvolvimento do presente estudo, dada a importância da temática, realizou-se o levantamento bibliográfico para embasar o que se observou no cotidiano das unidades básicas de saúde.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, a equipe de saúde neste nível de atenção é formada por no mínimo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017). Sendo que, na prática, observa-se que os profissionais de enfermagem estão mais presentes e em maior quantidade, o que denota a importância destes para se prestar cuidados diretos aos usuários dos serviços de saúde.

São atribuições específicas dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017):

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

É importante destacar que, além dos enfermeiros há ainda os profissionais técnico na área de enfermagem, os quais têm como atribuições:

- I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Definidas as atribuições e competências dos membros da equipe de enfermagem, faz-se necessário destacar que, de acordo com Ferreira, Périgo e Dias (2017), inúmeras são as contribuições dos profissionais de enfermagem para a atenção básica à saúde, levando em consideração o fato de que é através dos cuidados prestados por estes colaboradores que começam a serem inseridas mudanças na assistência realizada nas unidades básicas de saúde e no SUS de modo geral, através de práticas que contribuem para a integralidade do cuidado, redução de vulnerabilidades, na prevenção de doenças e agravos à saúde e na promoção da saúde e da qualidade de vida da comunidade, em detrimento do modelo assistencial médico curativo, centrado na clínica e no tratamento de doenças.

É importante evidenciar que o campo de atuação da Atenção básica é muito amplo, com uma vasta demanda para ser atendida, o que requer não somente a atuação da equipe de enfermagem para suprir as necessidades encontradas nas comunidades, mas também a presença e colaboração de uma equipe multiprofissional para melhor qualidade e eficiência do atendimento prestado.

Assim sendo, destaca-se também a importância da Assistência Farmacêutica é identificada como elemento constituinte das Redes de Atenção Básica a Saúde (RAS) com o papel relevante para o processo de coordenação de cuidados e integração clínica, sendo sistema de apoio na estruturação operacional (BRASIL, 2017). Segundo Resolução nº338/2004, assistência farmacêutica corresponde:

“(...) Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação

de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.”

A atuação do farmacêutico possui contribuições estratégicas fundamentais no cuidado direto do paciente, a fim de reduzir os riscos relacionados a farmacoterapia, bem como promover a saúde e na prevenção de doença e outras condições, apresentando implicações diretas na otimização dos resultados (GARSKE et al., 2016). Com isso, o profissional farmacêutico exerce atividades de clínica farmacêutica ligada diretamente a interação profissional/paciente, baseada nas necessidades e percepções de cada indivíduo, técnico-pedagógica vinculada à coletividade e gestão correspondendo a equipe de saúde e ao gerenciamento dos serviços vinculados aos medicamentos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013; BRASIL, 2014).

O profissional farmacêutico através da farmacovigilância, farmacoepidemiologia e farmacoconomia, possui a capacidade de atuar na gestão de conhecimento, contribuindo para o levantamento, monitoramento e avaliação dos dados pertinentes a utilização de medicamentos e ao seu custo-efetividade. As informações obtidas produzem indicadores importantes para o redirecionamento e organização das ações em saúde, a partir de planejamentos, controle e gerenciamento dos serviços, afim de garantir a melhoria no processo de cuidado (BRASIL 2014; BRASIL, 2019). Além dessas ações, os cuidados farmacêuticos (também denominado na literatura como atenção farmacêutica) envolvem (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016):

- Rastreamento em saúde;
- Educação em saúde;
- Monitoramento terapêutico de medicamentos;
- Acompanhamento farmacoterapêutico;
- Conciliação de medicamentos;
- Gestão da condição de saúde;
- Dispensação de medicamentos e orientação do uso correto;
- Manejo de problemas de saúde autolimitadas;

A presença do farmacêutico na equipe contribui para o trabalho integrado na assistência à saúde, para o vínculo com os usuários e também para otimizar a adesão ao tratamento. Nesse sentido, a participação ativa do farmacêutico voltada para o RAS

demonstra a necessidade do processo de articulação com outros profissionais, onde a integração multiprofissional é compartilhada por conhecimento e práticas, preservando suas especificidades e superando a fragmentação dos serviços no cotidiano (BRASIL, 2014; BARBERATO, 2019).

No que concerne o profissional fisioterapeuta na atenção primária de saúde, observa-se que este vem ganhando ênfase, uma vez que revela sua colaboração e embasamento científico sustentado para atender além do individual, o coletivo. Enaltecendo e apresentando um saber que promove e protege a saúde, assim como a identificação e prevenção de agravos, que levam o paciente ao serviço secundário e terciário do sistema único de saúde SUS, retirando uma visão somente de atuação reabilitadora deste. Atualmente o profissional fisioterapeuta não está incluso na equipe mínima da estratégia de saúde da família ESF, entretanto é referenciado dentre as especialidades na equipe do Núcleo Ampliado de saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB, uma vez que sua presença e importância são fundamentais para atender a saúde primária, seja no seu individual como coletivo.

Santos et al. (2014), colaboram em seu estudo que o fisioterapeuta na atenção primária possuem duas categorias de atribuições, a primeira que diz respeito em garantir a especificidade do cuidado fisioterapêutico, denominado atribuições integradoras, e a segunda pretende garantir a ampliação do olhar da equipe, ao agregar mais um núcleo de saber as ações, chamada de atribuições integradas.

A importância da atuação do fisioterapeuta na equipe da atenção básica permite prevenir, identificar e reabilitar condições e agravos à saúde que muitas vezes são direcionados ao nível de média e alta complexidade que poderiam ser resolvidos e ou atendidos ao nível primário, ou então quando direcionados essas condições já estão agravadas e evoluídas, permitindo sequelas e danos permanentes e irreversíveis. O fisioterapeuta junto à equipe atua nas diferentes condições, seja nas visitas domiciliares aos pacientes acamados para condicionar um melhor plano de cuidador a este e seus familiares, como ao grupo de hipertensos, gestantes e crianças com suas práticas e técnicas de saberes e conhecimento permanentes e continuados, assim como também nos cuidados de reabilitação em pacientes com morbidades que interferem nos sistemas e órgãos, como exemplos hanseníase e acidente vascular encefálico, ou aqueles de causas ambientais, como quedas e acidentes automobilísticos.

Diante do que foi exposto e pela experiência vivenciada pelos autores, durante práticas profissionais e acadêmicas em unidades básicas em um município do Oeste Paraense, compreende-se que a Atenção Básica à saúde é um setor do SUS fundamental

para se promover a autonomia e estimular o autocuidado, em conjunto com práticas assistências ofertadas por uma equipe multiprofissional para melhorar a qualidade de vida da população no âmbito individual e coletivo.

Entretanto, a troca de conhecimentos e experiências no decorrer do desenvolvimento do presente relato de experiência, permite inferir que, embora seja fundamental a presença de uma equipe multiprofissional na Atenção básica conforme evidenciado pelos autores supracitados, a realidade cotidiana observada na grande maioria das Unidades básicas de saúde, é um cuidado fragmentado, devido principalmente à falta de atendimento de outras especialidades que não seja médica e de enfermagem.

A equipe da atenção básica e da estratégia saúde da família, em sua composição de profissionais, vivencia a insuficiência de profissionais colegas das demais categorias que colaboraria na assistência, assim como as dificuldades da resolutividade de cuidados quando repassada a nível seguinte de atenção, e por muitas vezes uma realidade mascarada, o que leva ao paciente um tempo maior de espera em um cuidado que poderia ser assistido ao primeiro serviço de saúde e o sentimento de impotência por parte da equipe primária, seja pela ausência do profissional fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, e outros.

O que é experimentado pelas equipes primária de saúde, em especial pelo enfermeiro, é a sobrecarga de serviços e atribuições, permitindo um “déficit” da qualidade dos seus cuidados, e se por vez distribui-se cuidados e atribuições, diminuiria suas responsabilidades e intensificaria os cuidados específicos de seu conhecimento.

Assim é importante destacar que, de acordo com Pinto (2011) apud Pinto, Sousa e Ferla (2014, P. 360), dentre os desafios para a Atenção Básica no Brasil, é evidente a necessidade de ampliar o acesso, afim de reduzir o tempo de espera e garantindo a atenção principalmente aos grupos mais vulneráveis, assim como melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado, através da promoção da saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais, com a atuação de profissionais preparados, motivados e com formação específica voltada para atuação na Atenção Básica, em detrimento do modelo curativo de saúde, que ainda é bastante presente nos serviços de saúde.

Destarte, compreende-se que a cooperação multiprofissional tem um impacto humanístico, clínico e econômico, apresentando resultados terapêuticos concretos e melhoria dos cuidados em saúde. Além disso, envolvem atividades voltadas isoladamente ou compartilhadas com a comunidade, por meio dos programas educativos que

proporcionam autonomia do indivíduo e construção do conhecimento (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; HUSZCZ; SATO; SANTIAGO, 2018).

4. CONCLUSÃO

Uma assistência ofertada por uma equipe multiprofissional para de fato ser resolutive, deve ir além do atendimento prestado por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Necessita de profissionais de outras áreas, como farmacêuticos e fisioterapeutas, a fim de se promover atenção à saúde de maneira integral, conforme preconiza o SUS.

O enfermeiro é o profissional que mais atua e dispensa cuidado direto ao paciente, entretanto, este não detém de todo o conhecimento, em razão dada pela ausência de mão de obra na área da farmácia e fisioterapia, o enfermeiro acaba tendo que suprir essa carência, induzindo a sobrecarga de trabalho. De certo modo, para que então seja ofertado um cuidado integral, equânime, a inserção dos profissionais farmacêuticos e fisioterapeutas na linha de cuidado, agravos de saúde poderiam ser sanados ainda na atenção básica, sem que houvesse a sobrecarga da atenção secundária e terciária.

Cada profissional, dentro da sua linha de atuação acarreta em grandes benefícios para os usuários dos serviços de saúde, em especial na atenção básica, a qual é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

5. REFERÊNCIAS

BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338/2004. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 28/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. supl. 1, p. 752-757, 2018.

GARSKE, C. C. D.; FREITAS, A.P.; BRIXNER, B.; MACHADO, E.O.; SCHNEIDER, A.P.H. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos em pronto atendimento em um hospital de ensino. **Revista Saúde Santa Maria**, v. 42, n. 1, p 114-119. 2016.

HUSZCZ, R. S.; SATO, M. D. O.; SANTIAGO, R. M. Consultório farmacêutico: atuação do farmacêutico no SUS. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 144- 159, 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Serviços Farmacêuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS**. Washington, 2013.

PINTO, H. A; SOUSA, A. N. A; FERLA, A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**. Saúde Debate, Rio de Janeiro. No prelo 2014.

SANTOS, M. L. M; MEDEIROS, A. A; BATISTON, A. P; PONTES, E. R. J. C; FERRARI, F. P; FERNANDES, J.M; et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 1, p. 69-76, 2014.

A IMPORTÂNCIA DO DESCARTE ADEQUADO DE RESÍDUOS QUIMIOTERÁPICOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA

Maria Inês Vieira de Oliveira Lima¹, Elizabeth Nascimento Portilho Saraiva¹, Alizandra Mendonça Reis¹, Mônica Loureiro Maués Santos¹, Felipe Costa Soares¹, Fabiany de Fátima Pompeu Rodrigues², Mariana Souza de Lima³

1. Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil;
2. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil;
3. Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

RESUMO

Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são materiais que apresentam risco à saúde pública por terem a presença de materiais biológicos que são capazes de causar infecções sendo necessário o devido manejo e ações de segurança. Este estudo tem como objetivo revisar a literatura acerca da importância do adequado descarte de resíduos gerados pela quimioterapia na área hospitalar, contribuindo para a prevenção de danos ao meio ambiente. Trata-se de uma revisão de literatura no período de 2011 a 2020, nas bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE. Cujo descritores são: Resíduos de serviços de saúde, Enfermagem oncológica, Segurança do paciente; nos idiomas inglês e português. Dos 81 artigos encontrados, 9 foram selecionados. Evidenciou-se que o descarte de resíduos quimioterápicos por meio dos profissionais de enfermagem não é realizado de forma segura com devido acondicionamento e etapas de manejo, suscitando lacunas para a ocorrência de erros e incidentes à segurança do profissional e paciente, como exemplo o descarte de resíduos perfuro cortantes que devem ser acondicionados de acordo com sua classificação em recipientes próprios ao invés de lixo comum, fazendo uso de EPI's como medida preventiva. Além disso, más práticas resultam em contaminações por meio de substâncias nocivas à atmosfera no contato destes materiais com solo ou água causando danos ao meio ambiente. Faz parte da segurança do paciente o correto descarte de resíduos como importante ação de biossegurança minimizando os riscos de transmissão de infecções ao paciente, profissional e meio ambiente.

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde, Enfermagem Oncológica e Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Health Services Residues (RSS) are materials that present a risk to public health because they have the presence of biological materials that are capable of causing problems and that proper management and safety actions are necessary for all involved. This study have objective in the literature knows the importance of adequate disposal of residues generated by chemotherapy in the hospital area, contributing to the prevention of damage to the environment. This is a literature review from 2011 to 2020, in the databases: LILACS, SCIELO, MEDLINE. Whose descriptors are: Health service residues, oncologic nursing, patient safety; in English and Portuguese. Of the 81 articles found, only 9 were selected. It was evidenced that the disposal of chemotherapy residues through nursing professionals is not carried out safely with due to packaging and management steps, causing gaps for the occurrence of errors and incidents to the safety of the professional and patient, such as the disposal of sharp puncture residues that must be packed according to their classification in own containers instead of ordinary waste, making the use of PPE as a preventive measure. In addition, bad practices result in contamination by means of substances harmful to the atmosphere in the contact of these materials with soil or water causing damage to the environment. The correct disposal of waste as an important biosafety action minimizing the risks of transmission of infections to the patient, professional and environment.

Keywords: Medical Waste, Oncology Nursing and Patient Safety.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi motivada pelas literaturas divulgadas pelos meios de comunicação científica, nos últimos anos, que possuíam como causa principal o descarte de resíduos quimioterápicos, bem como a proteção destes trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são materiais que apresentam risco à saúde pública por terem a presença de materiais biológicos que são capazes de causar infecções; produtos químicos perigosos; materiais perfuro cortantes e rejeitos radioativos (IBGE, 2008). Os RSS são classificados em cinco grupos de acordo com suas características, segundo as Resoluções do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 358/20052) e da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 306/20043 (BRASIL, 2005).

De acordo com a legislação federal, os resíduos de medicamentos são classificados como resíduos pertencentes ao Grupo B, que oferecem risco à saúde pública e ao meio ambiente, devido às suas características químicas, onde se enquadram todas as classes de medicamentos, fármacos quimioterápicos e todos os demais considerados perigosos, de acordo com a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 10004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Diversos estudos têm detectado problemas no processo de gerenciamento destes resíduos, especialmente nas etapas de segregação, armazenamento e disposição final. Tais falhas têm aumentado consideravelmente os impactos ambientais associados aos resíduos potencialmente tóxicos destas organizações. Além disso, o tratamento quimioterápico é considerado potencialmente perigoso tanto para os pacientes quanto para o meio ambiente, pois envolve procedimentos complexos, uso de diversos fármacos e administração intensiva nos serviços de saúde. Neste contexto, as diversas etapas de manejo destes medicamentos envolvem riscos relacionados à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e do ambiente (PINHO; ABREU; NOGUEIRA, 2016).

À sociedade atribui-se também uma parcela de responsabilidade, que diz respeito à vigilância da qualidade dos medicamentos, o que inclui data de vencimento, aspecto do medicamento e integridade da embalagem. Assim, a sociedade pode colaborar fazendo denúncias aos órgãos fiscalizadores para que estes cheguem até aos infratores e deveria também estar atenta à destinação final e ao tratamento dos resíduos.

O desconhecimento e a falta de informações sobre o assunto faz com que, em muitos casos, os resíduos, ou sejam ignorados, ou recebam um tratamento que não condiz com o extremo perigo que esse material pode representar dentro do ambiente de saúde, deixando a própria sorte todos que ali transitam. Não raro lhe é atribuída a culpa por casos de infecção hospitalar e outros tantos males.

Contudo, as ações desse ministério em descarte de resíduos de medicamentos são realizadas através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Esta é uma agência reguladora e foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1994. É caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. Nesse sentido, é de obrigação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, bem como participar da construção do seu acesso. De outro lado, sociedade deve estar atenta para cobrar do Estado que suas regulamentações de proteção à sua saúde sejam cumpridas em todos os segmentos.

A exposição à fármacos quimioterápicos podem resultar em danos para a saúde dos profissionais que a maneja. Dentre os grupos potencialmente expostos a estes agentes encontram-se: os pacientes, os indivíduos que trabalham nas indústrias farmacêuticas, os trabalhadores que preparam, administram e descartam os fármacos, os médicos e os profissionais de enfermagem que cuidam dos pacientes, bem como os profissionais que atuam na limpeza e no recolhimento desse material (MENESES, 2018).

É fundamental que os profissionais envolvidos nessas atividades sejam adequadamente informados, treinados e supervisionados no cumprimento do uso de EPIs e das medidas de biossegurança recomendadas. Bem como a responsabilidade da empresa empregatícia em, disponibilizar equipamentos necessários para a segurança e diminuição do risco de acidentes de trabalhos aos profissionais, assim como, conceder segurança ao paciente no manuseio dos procedimentos (SANTOS; SILVA; NETTO, 2014).

Pesquisas sinalizam a carência de produções científicas que abordem a temática dos RSS e suas interfaces com a saúde socioambiental, como também evidenciam pouco debate no meio acadêmico e nas práticas dos profissionais de saúde. Os estudos destacam a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para o correto gerenciamento dos resíduos, visto que parte dos profissionais não sabem o que são resíduos, tampouco referem importância ao correto manuseio destes nas práticas de saúde. É necessário ampliar a investigação sobre os efeitos ambientais na saúde humana pelo manejo inadequado dos resíduos para determinar o descarte apropriado desse tipo de resíduos.

Logo, este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que apresenta como objetivo analisar estudos relevantes acerca da temática da importância do adequado descarte de resíduos gerados pela quimioterapia na área hospitalar, contribuindo para a prevenção de danos ao meio ambiente.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva com busca de dados realizada em fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. A revisão bibliográfica possui caráter exploratório com método de busca e análise de estudos elaborados acerca de uma determinada temática possibilitando desenvolver novas perspectivas científicas (SEVERINO, 2017)

Na elaboração da revisão integrativa, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema, busca na literatura, coleta e categorização dos estudos, análise dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. Para o alcance promissor dos objetivos propostos nesse estudo pesquisa, foram utilizados artigo com abordagem pontuais que norteiem e embasem tal produção respondendo sobre a segurança do paciente, os quimioterápicos e suas especificidades, considerando as corretas ações de descarte de

resíduos quimioterápicos e as ações de biossegurança para minimizar os riscos de transmissão, possibilitando medidas de proteção ao paciente, profissional e meio ambiente.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE). Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Resíduos de serviços de saúde”, “Enfermagem oncológica” e “Segurança do paciente” todos indexados na base dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados nos idiomas em português e inglês; artigos na íntegra que se adequassem a temática referente à revisão integrativa; artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2011 a 2020; artigos que contribuíssem para as ações corretas de descarte de resíduos quimioterápicos. Dentre os critérios de exclusão foram definidos artigos: que não estavam relacionados ao tema; não publicados nos últimos dez (10) anos; resultados sem relevância ou contribuição; estudos incompletos.

Dentre oitenta e um (81) artigos encontrados, ao serem estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão setenta e dois (72) foram excluídos por não condizer com a temática e objetivos do estudo, sendo então selecionados apenas nove (9) para análise. Para análise foram realizados fichamento de todos os artigos encontrados e posteriormente a análise dos estudos selecionados de forma descritiva. Esta inclui abordagem observacional, em que busca identificar e analisar as características e variáveis referentes ao tema, proporcionando ampliar o conhecimento acerca da temática em questão (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

Por se tratar de uma pesquisa do tipo revisão integrativa, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética, conforme assegura a resolução 466/12 do Conselho nacional em Saúde

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado, foram delimitados para esta revisão o total de oitenta e um (81) artigos científicos dentre os anos de 2011 a 2020, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos em concomitante com a seleção dos títulos e a leitura dos

resumos obtidos com a busca eletrônica. Quarenta e quatro (44) artigos foram encontrados na base de dados MEDLINE sendo desses somente dois (2) utilizados; no banco de dados da LILACS, vinte (20) em que desses somente quatro (4) utilizados no trabalho e; no banco de dados SCIELO, dezessete (17) e somente três (3) utilizados. Do total, nove (9) foram selecionados para compor o estudo, no qual oito (8) foram autores profissionais de Enfermagem e um (1) profissional de Farmácia.

O quadro 1 representa as especificações de cada uma das publicações científicas analisadas, detalhando e classificando de acordo com base de dados, título, autores, ano e descrição. Dessa forma, pode-se perceber a relevância de cada artigo científico publicado sobre o descarte correto, visto que tal busca foi pautada na busca por evidências que contribuem de modo enriquecedor a área da saúde. Após a seleção dos artigos foi realizada uma leitura e análise mais profunda dos mesmos o que resultou na construção descrição no quadro abordando a temática de cada artigo para um melhor discursão posterior.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados LILACS, SCIELO E MEDLINE.

Base	Título	Autores	Ano	Descrição
MEDLINE	Implementing a standardized home chemotherapy spill kit: a nurse-led interprofessional approach to best practice.	Dike SN, Johnston PA, Ogunmakin TD, Pokluda MD, Shank LA, Yates JL, Payne L.	2014	A administração de quimioterapia em casa oferece riscos aos pacientes, cuidadores e ao meio ambiente, principalmente em caso de derramamento. Embora a resposta aos derramamentos de quimioterapia no ambiente hospitalar seja vigorosa e inclua práticas de descarte padrão para itens contaminados.
MEDLINE	Safe Handling: Implementing Hazardous Drug Precautions	Walton AML, Mason S, Busshart M, Spruill AD, Cheek S, Lane A, Sabo K, Taylor A.	2012	A exposição ocupacional à quimioterapia é um perigo significativo e ubíquo para os enfermeiros oncológicos. O grupo de liderança Oncology Clinical Nurse III / IV dos hospitais da University of North Carolina embarcou no desafio de uma revisão abrangente dos padrões relativos aos equipamentos de proteção individual necessários ao manuseio de resíduos após a administração de medicamentos perigosos.
LILACS	Periculosidade dos produtos e resíduos químicos da atenção hospitalar.	Costa TF, Felli VEA.	2012	Identifica a periculosidade atribuível aos produtos e resíduos químicos da atenção hospitalar.
LILACS	O trabalhador de enfermagem frente ao gerenciamento	Baroni FCAL, Oliveira JCM, Guimarães GL,	2013	Identifica o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre o gerenciamento dos

	de resíduo químico em unidade de quimioterapia antineoplásica.	Matos SS, Carvalho DV.		resíduos quimioterápicos antineoplásicos.
LILACS	Gestão de custos e resíduos na utilização de quimioterápicos antineoplásicos.	Silva BQ, Trombini MM, Silva JAC.	2017	Discute a gestão de resíduos, a fim de otimizar a utilização e diminuir custos com o desperdício.
LILACS	Manual de boas práticas sobre o risco químico na central de quimioterapia do INCA a partir dos conhecimentos, atividades e práticas dos enfermeiros	Borges GG	2015	Manual de boas práticas com a finalidade de minimizar a exposição ao risco químico na CQT.
LILACS	Riscos ocupacionais da exposição da equipe de enfermagem a quimioterápicos: revisão integrativa de literatura	Oliveira ADS, Alves AEC, Silva JA, Oliveira LFS, Medeiros SM.	2013	Identifica na literatura científica quais são os principais riscos que os profissionais de enfermagem estão expostos durante as práticas assistenciais em serviços de oncologia.
SCIELO	Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review	Oliveira PP, Santos VEP, Bezerril MS, Andrade FB, Paiva RM, Silveira EAA	2019	Identifica e sintetiza as evidências científicas sobre segurança do paciente oncológico na administração de quimioterápicos antineoplásicos e imunoterápicos.
SCIELO	Impacto da Implantação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde em um Serviço de Quimioterapia de uma Unidade Hospitalar de Manaus - AM	Neves GSM	2020	Observa a forma geral que o serviço de identificação de lixo, o acondicionamento e a segregação dos resíduos procedem.

Seus métodos de produção demonstraram que predominantemente são presentes 4 artigos do tipo revisão de literatura e os demais estudos em 1 descritivo, 1 observacional, 2 exploratório, e 1 transversal retrospectivo. Dentre os estudos selecionados, foi possível observar que são abordados o processo de administração e descarte seguindo protocolos

que direcionem e assegurem condutas corretas, gerando a preservação e segurança de todos os envolvidos. Como evidências, foram observados que os artigos voltam-se para o gerenciamento de qualidade, o uso e EPI'S e classificação correta como assuntos pertinentes para todo o processo de descarte correto.

Os artigos em questão ressaltam em sua maioria o descarte incorreto dos resíduos quimioterápicos assim como o manejo realizado de forma imprudente o que leva a ocorrência de graves erros e incidentes com os materiais. Além do mais, também retratam o desconhecimento de estratégias de prevenção à exposição química e o próprio gerenciamento dos resíduos que são gerados na assistência ao paciente (COSTA; FELLI, 2012)

Para execução de medidas de segurança é imprescindível compreender o potencial risco atribuídos aos resíduos seguindo diretrizes determinadas por legislações. Com isso, analisar a periculosidade, propriedades e características fazem parte do processo de manejo e descarte adequado analisando a toxicidade ambiental, do contrário podem resultar em problemas à saúde pública e ao meio ambiente. Produtos químicos com potencial de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade trazem riscos aos trabalhadores em geral, à comunidade à fauna e flora (COSTA; FELLI, 2012).

Diante dos diversos tipos de resíduos são presentes classificações considerando o grau de toxidade determinada por grupos e subgrupos. Classificar permite o direcionamento para o manejo adequado de acordo com suas especificidades impedindo a contaminação de grande quantidade de resíduo comum por uma pequena quantidade de material perigoso. Os materiais considerados contaminados que fazem parte do manuseio dos quimioterápicos são desde bolsas de soro, luvas e equipes, até seringas, agulhas capas de agulhas, toucas, esparadrapo, algodão e gaze que são utilizados para a administração dos mesmos. Para isso, são necessárias ações e classificações adequadas, caso contrário todo o processo posterior de segregação, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final são comprometidas, assim como os envolvidos (BARONI et al., 2013).

Porem muitos profissionais possuem conhecimento parcial, resultando na falha de gerenciamento, o que pode ser considerado um problema de saúde pública pelo não cumprimento de medidas de segurança. O acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes e não perfuro cortantes contaminados por quimioterápicos antineoplásicos predispõe a riscos ocupacionais como citotóxicos, carcinogênicos, mutagênicos e teratogênicos, bem como aos demais integrantes da equipe de saúde, o paciente e o meio ambiente. Todo este cenário sobressai a necessidade de investimentos em educação continuada e capacitações para

haver o conhecimento técnico-científico que fundamentem a prática assistencial promovendo novas práticas (BARONI et al., 2013).

O profissional de enfermagem está em constante exposição ao risco devido a vasta diversificação de tarefas que exigem o contato físico e manuseio do paciente, por isso é evidenciado o uso de EPI'S durante tais procedimentos, como exemplificado na administração de medicamentos antineoplásicos que compreende uma das principais condições geradoras de riscos químicos com alto grau de exposição. Por isso erros durante a administração desses medicamentos podem ocasionar o extravasamento de quimioterápicos que representam risco de âmbito geral a pacientes, profissionais, instituições hospitalares e meio ambiente devido a contaminação, o que salienta mais uma vez a necessidade de uso de EPIS e correto manejo, sendo a capacitação profissional principal meio capaz de prevenção e proteção a esses riscos, assim como minimizar ou exaurir os riscos existentes no ambiente (OLIVEIRA et al., 2013).

Porém, em seus estudos Oliveira et al. (2013), também reforça que o uso desses equipamentos, por vezes, é esquecido ou ignorado pelos funcionários e a conscientização pode vir por meio da capacitação tornando um grande aliado diante da implementação de protocolos e a garantia de seu uso para prevenção de riscos desencadeados por essa exposição e seus efeitos adversos à saúde de todos os envolvidos.

Silva (2017) expõe em seu levantamento que de acordo com o aumento de novos casos de câncer o aumento do uso de antineoplásicos (medicamento utilizado no tratamento quimioterápico) também ganha destaque, o que ocasiona em maior volume de resíduos durante o processo de manipulação dos quimioterápicos. Vale ressaltar que as doses variam de acordo como o paciente, logo são necessárias medidas de gestão com estratégias que minimizem os resíduos e planejem a administração dos mesmos. Devido ao alto grau de toxicidade, são acarretados danos à saúde humana e ao meio ambiente suscitando ainda mais a necessidade de estudos e ações que visem reduzir a geração de resíduos quimioterápicos desnecessários. Todo este processo de uso e descarte incorreto também ocasiona em elevação de custos, sendo o gerenciamento de responsabilidade da instituição que os gerou.

O integrar de estratégias presentes no protocolo de gestão de resíduos reduz significativamente custos, não limitando o uso específico das drogas e qualidade de atendimento. Além disso, destacam-se ações multiprofissionais, no qual o serviço farmacêutico responsável pela manipulação de quimioterapia deve estar em concordância as demais estratégias buscando planejamento no uso destes químicos e efetuação das

sessões de quimioterapia desempenhando fundamental papel na contenção dos resíduos de forma correta. De acordo com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância), este tipo de resíduo é classificado como grupo B e deve ser submetido a incineração ou disposto em aterros de resíduos perigosos licenciados por órgãos ambientais. A gestão de resíduos não está relacionada simplesmente ao ato de reduzir as despesas de saúde mas também a sustentabilidade, em que ambos devem ser priorizados (SILVA; TROMBINI; SILVA, 2017).

A segurança do paciente oncológico é intrinsecamente ligado aos profissionais qualificados e habilitados, com constantes capacitações e educação permanente sobre a farmacocinética das drogas e protocolos terapêuticos. Tal preparo possibilita a detecção de falhas, ao assegurar todas as etapas. O uso de protocolos padronizam condutas estratégicas e contribuem para adesão à políticas e procedimentos que minimizam falhas na administração de terapias antineoplásicas, com a avaliação e monitorização de incidentes multisetoriais. No estudo de Oliveira et al. (2019), também foram observados que fatores emocionais contribuem para erros profissionais, reforçando que todo envolvimento durante o fluxo assistencial de trabalho influenciam para o processo gerencial, determinam o padrão de segurança e prevenção de agravos e eventos adversos.

Evidenciou-se que o descarte de resíduos quimioterápicos por meio dos profissionais de enfermagem não é realizado de forma segura com devido acondicionamento e etapas de manejo, suscitando lacunas para a ocorrência de erros e incidentes à segurança do profissional e paciente, como exemplo o descarte de resíduos perfuro cortantes que devem ser acondicionados de acordo com sua classificação em recipientes próprios ao invés de lixo comum, fazendo o uso de EPI's como medida preventiva. Além disso, más práticas resultam em contaminações por meio de substâncias nocivas à atmosfera no contato destes materiais com o solo ou água causando danos ao meio ambiente (BORGES et al., 2015).

Após a análise dos textos também foi possível identificar que a natureza complexa dos elementos que compõem os quimioterápicos necessitam de estruturas mínimas para a sua manipulação e gestão e, que essa estrutura está relacionada com a própria diminuição de danos à saúde daqueles que irão manipular o produto e conseqüentemente ao meio ambiente (DIKE et al., 2014).

Ressalta-se ainda que os riscos estão diretamente relacionado ao tempo de exposição dos indivíduos a elementos antineoplásicos ocasionando múltiplos efeitos adversos ao próprio profissional. Outra importante descoberta com a leitura dos textos foi o pouco conhecimento dos profissionais que manipulam o material e os resíduos químicos. Mesmo sendo uma capacidade do enfermeiro a manipulação da droga e do protocolo terapêutico

ainda existe a insegurança e o medo durante a manipulação desses materiais o que pode vir a ocasionar mais contaminação, deste modo são abertas lacunas para a implementação de medidas que auxiliem o manuseio e reforça o uso de materiais de proteção (WALTON et al., 2012).

Nos último anos foram evidenciadas maiores ações de preservação ao meio ambiente devido o comprometimento e impactos socioambientais. A produção de resíduos e o descarte incorreto por sua vez contribui significativamente para tais degradações ambientais, direcionando a buscas por soluções de tratamentos e processo de manuseio a fim de evitar riscos sanitários (NEVES, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta produção disponibiliza o levantamento de artigos que agreguem ao assunto discutido, permitindo assim, maior compreensão e embasamento acerca do descarte de resíduos quimioterápicos. Ademais, este faz parte da segurança do paciente como importante ação de biossegurança. Visto que, as ações corretas minimizam os riscos de transmissão de infecções ao paciente, ao profissional e meio ambiente. Por isso faz-se necessário habilitar o profissional de enfermagem na capacitação técnico-científico acerca dos resíduos quimioterápicos, seu manejo e monitoramento contribui na qualidade da prática assistencial.

O correto gerenciamento faz parte do cuidado ao paciente, por isso compõe as práticas do profissional oncológico, o que permite identificar que e de grande importância pautar as atribuições de cada profissional da saúde determinando suas responsabilidades, assim como a de orientar, supervisionar e gerenciar sua equipe nas etapas do processo desde a geração de resíduos até seu destino final, contribuindo assim para avanços na área da saúde e qualificação de serviço e profissional. Este estudo, também foi capaz de analisar que mesmo com elevado grau de importância são observados poucos estudos que permeie ao profissional o preparo devido possibilitando agregam a execução dos protocolos de forma eficaz, para melhoria da segurança de todos envolvidos.

Pesquisas sinalizam a carência de produções científicas que abordem a temática dos RSS e suas interfaces com a saúde socioambiental, como também evidenciam pouco debate no meio acadêmico e nas práticas dos profissionais de saúde. Os estudos destacam a

necessidade de capacitar os profissionais de saúde para o correto gerenciamento dos resíduos, visto que parte dos profissionais não sabem o que são resíduos, tampouco referem importância ao correto manuseio destes nas práticas de saúde. É necessário ampliar a investigação sobre os efeitos ambientais na saúde humana pelo manejo inadequado dos resíduos para determinar o descarte apropriado desse tipo de resíduos.

5. REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Institucional: sobre a Anvisa**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 25/08/2020
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 10004: resíduos sólidos – Classificação**. Rio de Janeiro, 2004.
- BARONI, F.C.A.L.; OLIVEIRA, J.C.M; GUIMARÃES, G.L.; MATOS, S.S.; CARVALHO, D.V. O trabalhador de enfermagem frente ao gerenciamento de resíduo químico em unidade de quimioterapia antineoplásica. **REME, Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 554-559, 2013.
- BORGES, GG. **Manual de boas práticas sobre o risco químico na central de quimioterapia do INCA a partir dos conhecimentos, atividades e práticas dos enfermeiros**, (Dissertação) Mestrado em Enfermagem Assistencial - Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). **Resolução n.358, de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília, 2005.
- COSTA, T.F.; FELLI, V.E.A. Periculosidade dos produtos e resíduos químicos da atenção hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 322-330, 2012.
- DIKE, S. N.; POKLUDA, M. D.; SHANK, L. A.; YATES, J. L. Implementing a standardized home chemotherapy spill kit: A nurse-led interprofessional approach to best practice. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 18, n. 6, p. 650, 2014.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008**. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pnsb/>>. Acesso em 19/09/2020.
- MENESES, S.M.O.C. et al. Segurança do paciente na administração de quimioterápico. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 178-184, 2018.
- NEVES, G.S.M. Impacto da Implantação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde em um Serviço de Quimioterapia de uma Unidade Hospitalar de Manaus-AM. **European Academic Research Journal**, v. 7, n. 11, 2020.
- NUNES, G.C.; NASCIMENTO, M.C.D.; ALENCAR, M.A.C. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Revista de Psicologia**, v. 10, n. 29, p. 144-151, 2016.

OLIVEIRA, A.D.S.; ALVES, A.E.C.; SILVA, J.A.; OLIVEIRA, L.F.S.; MEDEIROS, S.M. Riscos ocupacionais da exposição da equipe de enfermagem a quimioterápicos: revisão integrativa de literatura. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 7, n. 1, p. 794-802, 2013.

OLIVEIRA, P.P.; SANTOS, V.E.P.; BEZERRIL, M.S.; ANDRADE, F.B.; PAIVA, R.M.; SILVEIRA, E.A.A. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. e2018032, 2019.

PINHO, M.S.; ABREU, P.A.; NOGUEIRA, T.A. Atenção Farmacêutica a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 7, n. 1, 2016.

SANTOS, W.M.; SILVA, A.P.S.S.; NETTO, L.R. Percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto a biossegurança no cuidado quimioterápico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 172-180, 2014.

SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. **Cortez Editora**, 2017.

SILVA, B.Q. TROMBINI, M.M.; SILVA, J.A.C. Gestão de custos e resíduos na utilização de quimioterápicos antineoplásicos. **Brazilian Journal of Health Economics**, v. 9, n. 3, p. 277-281, 2017.

WALTON, A.M.L.; MASON, S.; BUSSHART, M.; SPRUILL, A.D.; CHEEK, S.; LANE, A.; SABOR, K.; TAYLOR, A. Safe handling: Implementing hazardous drug precautions. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 16, n. 3, p. 251, 2012.

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL

Giovanna Thayla Caetano de Lima¹, Mariana dos Santos Gomes¹, Natália de Araújo e Silva¹, Bruna Celia Lima de Oliveira², Amilton Douglas Ferreira de Araujo², Adriana Lemos²

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos (LEGS), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PPGENF, Mestrado, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

RESUMO

O estudo é descrever as mudanças na sexualidade de mulheres no período gestacional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família no Município Rio de Janeiro, com dez mulheres, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado e analisada por meio da Análise de Conteúdo temático-categorial. Nesse contexto, as adaptações quanto à frequência e às posições para a relação sexual, em cada etapa da gestação, foram as mais citadas entre as mulheres, seguidas pela variação dos orgasmos e desejos, relatando-se o aumento e as ausências de desejo sexual. Uma entrevistada citou os benefícios do sexo durante o trabalho de parto, indicando alívio durante as contrações e relaxamento. Dessa forma, a sexualidade aparece como componente importante da qualidade de vida das mulheres, afetando sua autoimagem e identificada como agente de manutenção de suas relações com os parceiros, sendo, assim, um tópico importante a ser abordado pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Sexualidade, Gravidez e Saúde Sexual.

ABSTRACT

This study is to describe the changes in the sexuality of women during pregnancy. It is a qualitative research conducted in a Family Health Unit in the city of Rio de Janeiro with 10 women through a semi-structured interview script and analyzed through thematic-categorical content analysis. In this context frequency adaptations and adaptations in positions for sexual intercourse at each stage of pregnancy were the most cited among women, followed by varying orgasms and desires, reporting increased and absent sexual desire. One respondent cited the benefits of sex during labor, indicating relief during contractions and relaxation. In this way, sexuality appears as an important component of women's quality of life, affecting their self image and identified as a maintenance agent of their relationships with partners, thus being an important topic to be addressed by health professionals.

Keywords: Sexuality, Pregnancy and Sexual Health.

1. INTRODUÇÃO

A gestação impacta, de diversas maneiras, a vida da mulher e as mudanças ocorridas dirigem-se não somente ao físico, mas também aos âmbitos psíquico, social e familiar, e um dos campos afetados é o da sexualidade (QUEIRÓS et al., 2011).

Na teoria dos *scripts* sexuais, Gagnon (2006) afirmou que as vidas social e sexual assemelham-se no ponto em que ambas são provocadas pelas circunstâncias sociais e culturais nas quais o indivíduo se insere, além de ser histórica e cultural, alterando-se quando estas se modificam.

Estudo realizado por Coutinho et al. (2014) indicaram que, durante a gravidez, a sexualidade pode assumir diversos contornos, por vezes, gerando a abstenção, adoção de novas estratégias, devido ao tamanho da barriga ao final da gestação ou mesmo pela alteração do nível da libido, o qual pode oscilar neste período.

Desse modo, é importante que o assunto seja abordado pelo profissional de saúde que acompanha a mulher durante todo esse processo de pré-natal, parto e nascimento do bebê.

O sexo é definido como o conjunto de ideias, atos e sensações. Já a sexualidade não se refere ao ato sexual em si, ela é individual e faz parte das ideias e fantasias, sendo elas culturalmente e historicamente interconectadas (BERQUÓ, 2003).

Pode-se inferir que a sexualidade é fluida e modifica-se juntamente com o período vivenciado pela mulher, sendo a gestação um desses momentos. De maneira geral, os profissionais sentem alguma dificuldade em abordar a saúde sexual com os usuários, pois é uma questão que levanta diversas polêmicas e é envolta por preconceitos e tabus (BRASIL, 2013a).

Essa dificuldade ainda é refletida no caderno e no manual de atenção ao pré-natal de baixo risco, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que abordam a atividade sexual para a gestação somente reforçando que manter relações sexuais durante a gravidez não parece estar associado a complicações (BRASIL, 2013b).

Porém, pouco é abordado sobre a vivência da sexualidade durante esse período, limitando-se a esclarecer que há alterações significativas nesse campo no pós-parto.

Entretanto, os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais e, considerando os mitos com relação à sexualidade no período gestacional, é necessário que os profissionais de saúde estejam

preparados para abordar e orientar a mulher acerca do assunto, principalmente considerando que a atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas prioritárias para a Atenção Básica (BARBOSA et al., 2011).

Compreende-se que a saúde sexual é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos, fato constituinte das relações amorosas e laços afetivos entre as pessoas (BRASIL, 2013a).

Portanto, a sexualidade a ser abordada neste estudo não se limita às práticas sexuais, mas se expande para um conceito de saúde sexual em que se considera que esta afeta a saúde da mulher como um todo, inclusive quanto aos aspectos biopsicossociais.

O objetivo deste estudo é descrever as mudanças na sexualidade de mulheres no período gestacional.

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1 ÁREA DE COLETA

Esta é uma pesquisa de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, definida como a que trabalha com questões não quantificáveis, que podem envolver motivos, significados, aspirações e crenças (MINAYO, 2010).

Realizou-se, inicialmente, objetivando melhor desenvolvimento da pesquisa, ampla leitura de material de apoio sobre pesquisa qualitativa, bem como coleta de dados por meio de entrevistas.

Realizou-se levantamento bibliográfico na base de dados SciELO sobre as produções que abordaram esta temática nos últimos cinco anos, de 2013 a 2018, utilizando os descritores “Gravidez”, “Enfermagem” e “Saúde Sexual”, que, combinados, resultaram em 17 artigos.

Após isso, foi feita a filtragem dos resultados para o “Brasil”, o que gerou o número de 13 artigos, dentre os quais apenas um abordava as mudanças no estilo de vida das mulheres durante gravidez e parto e trazia a sexualidade como um dos tópicos analisados (COUTINHO et al., 2014).

Entretanto, relacionando apenas os descritores “Gravidez” e “Saúde Sexual” no recorte temporal de 2013 a 2018, foram encontrados 108 artigos que, quando filtrados para

“Brasil”, resultaram em 54 artigos e, destes, apenas três abordavam diretamente a temática, sendo um deles sobre os condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério e não durante a gestação (ENDERLE *et al.*, 2013).

Embora o levantamento não reflita toda a produção científica acerca do tema, é perceptível que há poucos estudos sobre o assunto. Isso torna-se mais evidente quando se analisa com uma ótica voltada para o serviço de Enfermagem e a promoção da saúde sexual nesse recorte da vida das mulheres por esses profissionais.

Posteriormente, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, o qual foi colocado à prova por meio de entrevistas pilotos que buscavam a melhor adequação das perguntas ao objetivo estabelecido.

Foi realizado contato com a unidade que seria campo de coleta de dados para a apresentação das pesquisadoras aos profissionais ativos na unidade, bem como a explanação breve sobre o contexto da pesquisa e o pedido de autorização e colaboração deles, uma vez que os profissionais têm maior vínculo com as usuárias.

Feito isso, o trabalho de campo iniciou-se em dezembro de 2018 e estendeu-se até março de 2019 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da área programática 2.1 do Rio de Janeiro, contando com dez participantes.

2.2 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada elaborada e composta por uma primeira parte de caracterização do perfil da usuária; uma segunda parte que buscava compreender o acesso da usuária à unidade, bem como a frequência, tempo de uso do serviço e serviços buscados e uma última sobre a saúde sexual da usuária, observando um paralelo entre os períodos anteriores e durante gestação. As usuárias eram abordadas quando circulavam na USF.

As pesquisadoras estiveram presentes na unidade durante diferentes dias e horários para garantir uma maior coleta de dados e, no decorrer do processo, foram observados dias e horários de maior ou menor número de usuários, de modo geral, circulantes na unidade. Após a abordagem, a usuária era acompanhada a uma sala previamente reservada para a realização das entrevistas.

Esse processo mostrou-se desafiador devido à ocorrência de greve na USF durante o período de coleta de dados, o que diminuiu drasticamente a quantidade de atendimentos

e, assim, o número de usuárias presentes. Além disso, devido ao tabu que envolve a temática, receberam-se cerca de 15 respostas negativas à participação.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Transcorridas, no máximo, 48 horas do momento da coleta de dados, as entrevistas eram ouvidas atentamente e transcritas na íntegra, respeitando gírias e/ou vícios de linguagem, gerando o material físico que foi utilizado para a análise. Cada participante recebeu a letra “M” e um número arábico para a identificação de sua entrevista, bem como a garantia de preservação de sua identidade.

A saturação foi estabelecida na entrevista de número seis por meio da técnica de saturação teórica na qual se interrompe a coleta de dados quando se constata que os dados obtidos não mais subsidiam a teorização almejada e/ou se tornam repetitivos (FONTANELLA et al., 2011).

A análise foi feita por meio da técnica de Análise de Conteúdo, definida como um conjunto de técnicas para a análise da comunicação, visando a obter, por meio de procedimentos sistematizados, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos sobre outra realidade que não a mesma da mensagem sistematizada no método Temático Categorial (BARDIN, 2008; OLIVEIRA, 2008).

Este método consiste em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material ou codificação e 3. Tratamento dos resultados – inferência e interpretação.

Assim, primeiramente, foram realizadas a leitura flutuante das entrevistas transcritas, a definição das hipóteses provisórias e, então, a determinação e marcação, no corpo do texto da entrevista, de temáticas consideradas pertinentes devido à frequência de aparição nas falas das participantes, em um total de 38 Unidades de Registro (UR).

Após isso, foram definidas as Unidades de Significação (US), agrupando-se as UR com significados semelhantes. A análise e a discussão deram-se a partir do resultado desse processamento, que gerou duas categorias, sendo essas: Flutuação dos orgasmos e desejos e Oscilação da prática sexual.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A usuária, quando abordada, recebia uma breve explanação sobre a pesquisa, bem como de seus objetivos. Após isso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha informações mais detalhadas da pesquisa, como também a garantia de anonimato e de uso exclusivo dos dados coletados neste artigo e pedido de autorização para a gravação em áudio das entrevistas, era oferecido para leitura e assinatura. Isso para que não se perdesse nenhuma informação significativa da entrevista.

Quanto aos aspectos éticos, cabe ressaltar que esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa/CEP-UNIRIO e da SMS/RJ com Pareceres nº 541.462 e nº 527.958 respectivamente, respeitando, assim, a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013c).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes tinham, em média, 27 anos. Sobre a escolaridade, uma entrevistada possuía Ensino Fundamental incompleto, uma tinha Ensino Médio incompleto, cinco, Ensino Médio completo, uma, Ensino Superior e duas possuíam pós-graduação completa.

Quanto à ocupação, duas declararam estar desempregadas, uma era estudante, uma, psicóloga, uma, doméstica, uma, assistente de cirurgia odontológica, uma trabalhava com recursos humanos, uma era garçonete, uma, corretora de imóveis e uma, balconista.

3.1 O PROCESSO DE ANÁLISE RESULTOU EM DUAS CATEGORIAS: A PRIMEIRA REPRESENTOU 63,2% DAS UR, DENOMINADA DE FLUTUAÇÃO DOS ORGASMOS E DESEJOS

A fluidez que o desejo sexual assume, aumentando em alguns períodos da gestação e ausentando-se e/ou diminuindo em outros, foi o aspecto mais expressivo. Em algumas mulheres, foi verificada uma oscilação com aumentos e ausências de desejo sexual expressivas, como exemplificado pela fala a seguir.

O que eu acho é que oscila muito, isso é muito claro para mim, eu tenho picos, às vezes, de muito desejo sexual e alguns momentos incompleto... nenhum desejo sexual. [...] o que mais percebo, em minha vida sexual, é isso: um desejo muito intenso ou eu tenho a falta de desejo absoluto (M03).

Entretanto, outras mulheres relatam que, durante o período gestacional, não possuíam qualquer desejo, prazer ou orgasmo, exemplificado pela fala de M06.

Durante a gestação, por mais que você tenha uma gestação tranquila, você está cansada. Eu enjoei muito nos meus primeiros três meses, então, não tinha vontade de fazer. Depois, a barriga está muito grande, aí, começa a vazar leite; aí, já tem o colostro; aí, você tem que transar de sutiã. Praticamente, uns animais, a gente só está matando a vontade animalesca de ser porque, para mim, eu não tinha prazer, eu não me sentia linda, não me sentia “oh, que maravilha”. Lógico que o ato em si nunca foi doloroso, mas não tinha orgasmo (M06).

Observa-se, em M06, o impacto do fim da gestação sobre sua autoimagem e como esta última contribui ou, neste caso, inibe seu desejo e prazer durante o ato sexual.

A adaptação das posições sexuais para maior conforto durante a gestação foi abordada em outro estudo e relacionada à autoimagem da mulher, corroborada na fala da entrevistada (QUEIRÓS et al., 2011).

O modo como a mulher se enxerga durante o período gravídico possui peso importante e afeta diretamente a sensação de prazer e a satisfação da mesma com suas relações (QUEIRÓS et al., 2011).

Entretanto, outras mulheres, como exemplificado por M09, atribuem o momento final da gestação como o de maior relaxamento e, conseqüentemente, aumento do desejo sexual, traçando um paralelo ao início da gestação, atribuindo isso a uma sensação de tranquilidade, que advém da diminuição dos sentimentos que permearam o início da gestação: susto da descoberta e medo de infecções.

[...] no início, eu não sentia muito não por causa do susto, da gravidez, do cuidado. No final da gestação, eu estava mais tranquila, não sei se é psicológico, mas aumentou, eu tinha mais vontade, não tinha vergonha mesmo com a barriga (M09).

Verifica-se, então, como afirmado em outra pesquisa, a fluidez que a sexualidade assume, não se limitando ao ato sexual, mas fazendo parte do contexto e momento em que a mulher se insere (BERQUÓ, 2003).

Por meio das entrevistadas, vendo então que os sentimentos que vivenciam impactam diretamente o seu desejo e prazer, nota-se que as mulheres trazem, em seus relatos, especificidades de cada trimestre que contribuíram significativamente para o aumento ou a diminuição tanto da prática quanto do desejo (COUTINHO et al., 2014).

Segundo Ferreira et al. (2012), na correlação entre função sexual e qualidade de vida, portanto, é necessário que a temática seja abordada durante as consultas de pré-natal, com

vistas a desmistificar tabus, bem como abrir espaço para que essa mulher traga suas dúvidas e incertezas quanto à sua sexualidade para os serviços de saúde.

No entanto, apenas duas mulheres indicaram ter recebido alguma orientação durante o pré-natal sobre sua vida sexual e, quando questionadas sobre dúvidas, em sua maioria, relataram já ter feito buscas na internet sobre o assunto e, por isso, não viam necessidade de perguntar ao profissional de saúde durante as consultas.

Algumas, como M06 e M09, nas falas supracitadas, indicam que o início da gestação é marcado por medos, enjoos e a surpresa pela descoberta, o que inibiu sua prática ou desejo sexual, enquanto, ao final da gestação, o cansaço, principalmente citado por M09 e M02, era um fator físico importante, mas que não necessariamente inibiu ou contribuiu para a prática e o desejo sexual, demonstrando que as duas mulheres tiveram experiências distintas.

Exemplificados na fala de M09, os medos elencados são de infecções urinárias e consequências à saúde da criança devido ao ato sexual.

Eu sei que não influencia em nada, eu lia bastante, assistia alguns vídeos, mas eu mesmo ficava com receio. [Mas era medo de machucar ela ou de perder?] Também, é que como eu sempre tive ovário policístico, não sei, alguma coisa que machucasse dentro, sei lá, de ficar com alguma infecção urinária e isso prejudicar a gravidez, enfim. É mais de pegar alguma infecção, cistite. É que eu via falar que na gravidez a gente ficava mais propensa a ter infecção urinária, aí, de repente, como a gente não usava mais preservativo, podia pegar alguma coisa, aí ter infecção e gerar algum problema na gravidez. (M09)

Uma entrevistada citou os benefícios do ato sexual para o trabalho de parto, indicando alívio durante as contrações e sensação de relaxamento.

[...] o dia que ele nasceu, eu estava tendo contração e a gente transou, foi até muito bom para mim. [...] eu fiquei em casa porque queria esperar entrar em trabalho de parto, fiquei mais de 12 horas em casa com contrações; quando eu cheguei na maternidade, estava com três de dilatação, mas ele estava em pé, então, não fazia o peso suficiente para dilatar do jeito certo e, por isso, eu fui para cesárea, mas o sexo, durante as contrações, me relaxou muito, é mais tranquilo, eu não sei se é porque eu esqueci e fiquei distraída ou se realmente a ocitocina fez alguma coisa (M02).

O impacto das relações sexuais durante o trabalho de parto ainda é pouco explorado na literatura e principalmente quando considerado o impacto nas contrações uterinas sobre o qual nada se encontra.

Em uma revisão integrativa, realizada por Souza et al. (2010), concluíram-se que não se obteve diferença significativa quanto à taxa de trabalho de parto espontâneo.

Em contrapartida, Atrian et al. (2014), que compararam mulheres que tiveram contato vaginal com sêmen, durante a relação sexual, com mulheres que não tiveram relações ou não tiveram contato com sêmen devido ao uso de preservativos, concluíram que a idade gestacional foi menor em mulheres que tiveram contato, demonstrando que as relações sexuais diminuíram as gestações prolongadas, induzindo o parto, tendo em vista a presença de prostaglandinas no sêmen.

Porém, as evidências científicas quanto às indicações e efeitos das relações sexuais durante o trabalho de parto ainda são controversas na literatura, necessitando de maiores pesquisas sobre o assunto.

3.2 A SEGUNDA CATEGORIA REPRESENTOU 36,8% DAS UR E FOI DENOMINADA DE OSCILAÇÃO DA PRÁTICA SEXUAL

As mulheres entrevistadas citaram, como um ponto importante, as mudanças na prática sexual, tanto a frequência quanto as adaptações nas posições para as relações sexuais em cada etapa da gestação, principalmente no terceiro trimestre, como o mais passível de adaptações devido ao tamanho da barriga, principalmente, ou mesmo relatando ausência da prática sexual por completo, como exemplificado nas falas de M05 e M07, respectivamente.

Teve que ser diferente por causa do barrigão, né, era de posição mesmo (M05).

No momento, ela não está ativa porque, já no final da gestação, a gente já não quer mais, já está difícil, o peso da criança, tudo isso. Mas, no começo, estava normal (M07).

Esse achado converge com os resultados encontrados em outro estudo, que também identificou alterações significativas no terceiro trimestre de gestação da mulher devido ao aumento do tamanho do corpo e dificuldades físicas de realizar a atividade sexual (FERNÁNDEZ et al., 2018).

Em outro estudo, foi identificado também que ocorre uma redução na frequência e/ou restrição de realizações de práticas e posições sexuais variáveis conforme o aumento da idade gestacional, ou seja, quanto mais se aproxima o final da gestação, menor a prática sexual da mulher (PEREIRA et al., 2018).

4. CONCLUSÕES

Durante a gestação, diversas mudanças podem ocorrer na vida da mulher e estas podem impactar diretamente a forma como a mulher vivencia sua sexualidade. Neste estudo, foi observado que, em maior parte, as mulheres precisam adaptar a maneira como ocorre a relação sexual.

Além disso, ocorrem mudanças em como a mulher enxerga o seu corpo, seu prazer e como isso afeta diretamente o nível de libido e a expressão da sua sexualidade.

Entretanto, a maior parte das mulheres declarou manter relações durante a gestação, inclusive, quando elas não se sentiam à vontade para tal. Isso é reflexo da visão de que a relação sexual atua como agente de manutenção das relações, porém, não escapando de mudanças significativas como a mudança das posições ou diminuição da frequência.

É importante que o enfermeiro, bem como outros profissionais de saúde, compreenda como a sexualidade é vivenciada pela mulher e como ela se altera ao longo da gestação para oferecer um atendimento que integre esse assunto e não reforce os tabus que o circundam. Isso inclui implementar o pré-natal masculino, buscando aproximar o homem dos serviços de saúde, e esse diálogo importante a fim de garantir totalmente os direitos sexuais e reprodutivos, bem como contribuir para a atenção integral à saúde dessa mulher.

5. REFERÊNCIAS

ATRIAN, M. K. et al. The association of sexual intercourse during pregnancy with labor onset. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 17, n. 1, p. e164652015, 2015.

BARBOSA, B. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 464-473, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70ª ed. São Paulo-SP: Persona Psicologia, 2008.

BERQUÓ, E. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. 1ª ed., São Paulo-SP: Unicamp, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília-DF,

2013a.

Disponível

em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>.

Acesso em: 15/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica. Editora do Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2013b.

COUTINHO, E. de C. et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp. 2, p. 17-24, 2014.

ENDERLE, C. de F. et al. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 719-725, 2013.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 31, n. 3, p. 305-312, 2018.

FERREIRA, D. Q. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 409-413, 2012.

GAGNON, J.H. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo de sexualidade**. 1ª ed, Garamond Universitário, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo-SP: Hucitec-Abrasco, 2013.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: DEMANDAS E DESAFIOS

Tábatta Renata Pereira de Brito¹, Daniella Pires Nunes² e Greiciane da Silva Rocha³

1. Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas, Minas Gerais, Brasil;
2. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil;
3. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

O ritmo do envelhecimento populacional tem aumentado drasticamente em todo o mundo, sendo ainda mais rápido em países em desenvolvimento como o Brasil, o que aponta para a necessidade de preparação para o enfrentamento de diversos desafios. O aumento do número de idosos na população chama a atenção para as demandas sociais e de saúde específicas desse grupo etário e reforça a importância de que o fluxo vigoroso de acontecimentos do mundo contemporâneo, a modernização e os incríveis avanços tecnológicos sejam utilizados como recursos para melhorar a condição de saúde da população e superar os aspectos negativos do envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento, Condições de saúde e Tecnologia.

ABSTRACT

The pace of population aging has increased dramatically worldwide, being even faster in developing countries such as Brazil, which points to the need to prepare for the face of various challenges. The increase in the number of elderly in the population draws attention to the specific social and health demands of this age group and reinforces the importance of the vigorous flow of events from the contemporary world, modernization and incredible technological advances to be used as resources to improve the health condition of the population and overcome the negative aspects of aging.

Keywords: Aging, Health conditions and Technology.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo o Brasil vem passando por um rápido processo de envelhecimento que tem resultado em demandas e desafios, principalmente no que diz respeito ao planejamento e implementação de políticas públicas específicas para essa população.

Diante disso, é fundamental uma reestruturação e maior planejamento dos serviços de saúde e assistência social com vistas a um melhor reconhecimento da população local, investigação de hábitos e costumes, além do nível de instrução que o idoso, seus familiares e cuidadores possuem quanto à adesão ao estilo de vida saudável. Vale considerar que apenas o nível de instrução não é suficiente para se almejar a realidade ideal da boa qualidade de vida, sendo preciso planejar e acompanhar as ações de saúde de forma contínua e rigorosa, pois bem se sabe que mudanças de hábitos são um desafio, em especial no período da senescência.

Neste contexto, o objetivo deste capítulo é discorrer sobre as demandas e desafios do envelhecimento e saúde no mundo contemporâneo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o acelerado crescimento de pessoas idosas emerge algumas demandas e desafios que, neste capítulo, serão discorridos tanto no âmbito populacional quanto individual.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Envelhecimento populacional é marcado pela queda das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade, além do aumento da expectativa de vida. As alterações nesses indicadores ocasionaram mudanças na estrutura etária da população, repercutindo o crescimento no percentual de indivíduos com 60 anos e mais (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Brasil, a transição demográfica populacional vem ocorrendo rapidamente. Em 2010 a estrutura da pirâmide concentrava uma população infanto juvenil (10 a 14 anos) e adulta até os 34 anos de idade. Em 2020 observa-se uma mudança das características etárias, onde se vê uma diminuição do público infanto juvenil (10 a 14anos) e uma maior concentração entre 20 e 44 anos, com um incremento do ápice da pirâmide (grupo etário de 60 anos e mais), quando comparado a 2010 (IBGE, 2020) (Figura 1).

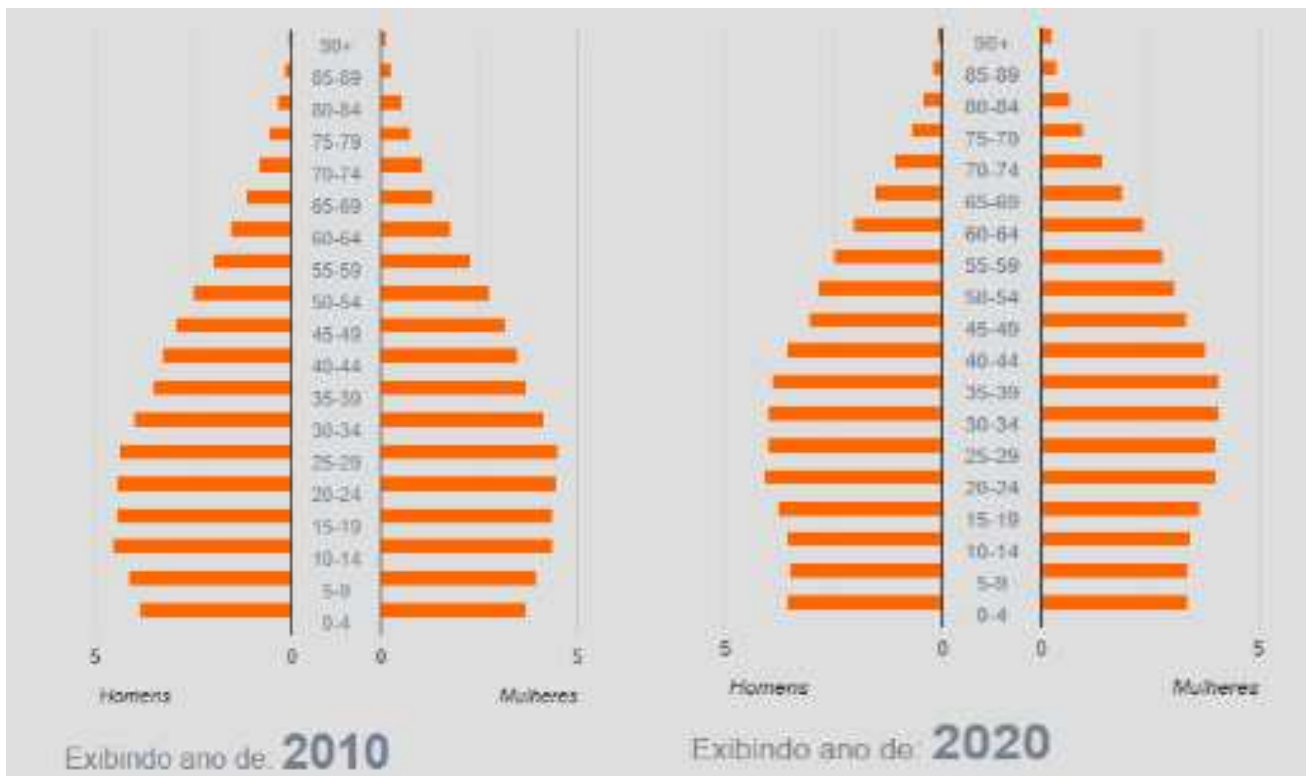


Figura 1. Pirâmide por grupo etário.

Fonte: IBGE, 2020

Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), os idosos correspondiam a 14,5 milhões de pessoas no ano de 2000 e 20,5 milhões em 2010, representando 8,9% e 10,8% da população total, respectivamente. Estimativas para o ano de 2020 apontam que esse grupo etário alcançará 30 milhões de idosos (14,3%), e em 2030 representará 41,5 milhões o que irá ocasionar a inversão da pirâmide populacional (IBGE, 2020).

Em uma série histórica de 10 anos, o Brasil de 2010 a 2020 teve um incremento de 49,4% na população de 60 e mais, com 48,8% no grupo feminino e 50,2% no masculino. Quanto ao destaque de crescimento por grupo etário, o aumento se fez significativo entre os indivíduos com idade de 90 e mais (88,6%), seguidos dos indivíduos com idade entre 85 e 89 anos (58,2%) e dos indivíduos com idade entre 65 a 69 anos (56,4%) (BRASIL, 2020).

Em consonância com o envelhecimento populacional ocorrem as modificações sociais, como a mudança dos arranjos e organizações familiares, além de novos padrões de comportamento, com tendência ao aumento do número de idosos morando sozinhos. Negrini et al. (2018) demonstraram que a proporção de idosos morando sozinho em 2013 era de

15,3%, cuja proporção foi maior na Região Sul (17,8%) e menor na Região Norte (11,9%). Ainda esses autores destacam que os idosos que moram sozinhos podem ser afetados por piores condições relacionadas à saúde, funcionalidade física e comportamento, ressaltando o desafio de serviços sociais adicionais para substituir o apoio familiar ausente nestes casos.

Outros desafios que as pessoas idosas têm vivenciado incluem o ageísmo, que envolve as atitudes negativas da sociedade em relação à velhice, a escassez de programas de proteção social específicos e de um sistema de serviços gerontológicos e de cuidados geriátricos efetivos.

A atitude negativa da sociedade, no contexto de estereótipos, preconceito e discriminação por idade, é uma preocupação internacional crescente com importantes implicações para a saúde, sendo que o escopo desse problema deverá aumentar com o envelhecimento da população global (OFFICER et al., 2016).

O preconceito de idade tem efeitos negativos bem estabelecidos na saúde física e mental dos idosos. Além do risco significativo para a saúde e o bem-estar nos últimos anos, a adoção de atitudes negativas generalizadas da sociedade em relação ao envelhecimento contribui para o aumento do risco de óbito, diminuição da capacidade funcional e recuperação mais lenta no caso de doenças (MEISNER, 2012). Especificamente por parte dos profissionais de saúde, atitudes negativas relacionadas à idade podem ter efeitos deletérios para os idosos, uma vez que os estereótipos sobre o declínio funcional e cognitivo levam a um fornecimento mais limitado de informações médicas, negando certas opções de cuidado e tratamento (BUTTIGIEG et al., 2018).

A demanda, nesse sentido, é implementar intervenções para reduzir o preconceito em relação à idade. Estratégias viáveis e de custo relativamente baixo envolvendo educação e contato intergeracional podem servir como base para intervenções eficazes (BURNES et al., 2019).

Do ponto de vista da proteção social, outra demanda decorrente do envelhecimento populacional está relacionada à implementação de políticas trabalhistas que levem em consideração as alterações na composição por idade da força de trabalho e os padrões de emprego dos trabalhadores mais velhos. Isso porque, mesmo que os adultos mais jovens estejam retardando a entrada no mercado de trabalho, os trabalhadores mais velhos constituirão uma parcela cada vez maior da população ativa (TOOSI, 2015).

Atualmente, as taxas de desemprego entre os trabalhadores mais velhos são mais baixas, mas quando ficam desempregados, os mais velhos tendem a ter mais dificuldade em

encontrar novos empregos e permanecem desempregados por períodos mais longos do que os trabalhadores mais jovens.

Devido ao aumento da expectativa de vida, alguns idosos serão forçados a deixar os empregos involuntariamente por causa de demissões, enquanto outros deixarão o trabalho devido à diminuição da capacidade física. A tendência é que os trabalhadores mais velhos permaneçam mais tempo em seus empregos ou façam uma transição voluntária para novas carreiras ou empregos intermediários (empregos de meio período ou que demandem menos do trabalhador, sendo considerados uma “ponte” para a aposentadoria completa). Já os que se aposentarem voluntariamente podem reingressar na força de trabalho em busca de novos empregos, seja por questões financeiras, por necessidade de engajamento social, ou ambos (WANDNER; BALDUCCHI; O'LEARY, 2018).

O desafio para o sistema trabalhista será acompanhar as mudanças demográficas e epidemiológicas, de modo a considerar que, na distribuição por idade, os idosos terão cada vez mais participação na força de trabalho do país.

Considerando que o sistema previdenciário é constituído com base na solidariedade intergeracional, onde os indivíduos em idades ativas contribuem com os recursos utilizados para pagamento dos benefícios previdenciários dos idosos, espera-se que o processo de envelhecimento leve a um aumento das despesas com o pagamento de benefícios, sem que haja contrapartida nas contribuições, o que pode comprometer a sustentabilidade do sistema e, conseqüentemente, levar à uma crise fiscal (AMARO; AFONSO, 2018). Desse modo, um déficit previdenciário insustentável também é um grande desafio decorrente do envelhecimento populacional.

A transição demográfica tem um impacto direto na transição epidemiológica, com conseqüências na alteração do perfil de doenças da população. No tocante a morbidade, de janeiro a julho de 2020, as condições de saúde que mais afetaram a população idosa foram: doenças do aparelho circulatório (28,2%), doenças infecciosas e parasitárias (16,8%), doenças do aparelho respiratório (16,1%), neoplasias (15,8%), doenças do aparelho digestivo (11,6%) e lesões e envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (11,5%). (BRASIL, 2020)

Quanto à mortalidade entre os idosos, no ano de 2018, as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório (39,7%), neoplasias (22,2%), doenças do aparelho respiratório (18,1%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (8,9%), doenças do aparelho digestivo (6,0%) e doença do aparelho geniturinário (5,1%) (BRASIL, 2020)

A transição epidemiológica gera aumento da demanda por serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, e aumento da necessidade de se investir em ações de promoção e prevenção, na atenção ambulatorial e hospitalar especializada, além da atenção domiciliar para o cuidado das pessoas idosas.

Este cenário traz novos paradigmas e oportunidades para o sistema de serviços gerontológicos e de cuidados geriátricos. Ressalta-se a demanda por atuação intersetorial, de modo que os serviços de assistência social e à saúde, funcionem de forma articulada e integrada.

Considerando que a demanda por assistência à saúde deverá aumentar com o aumento do número de idosos na população em detrimento da condição física de maior vulnerabilidade que é característica do processo de envelhecimento biológico, destaca-se que modalidades de assistência à saúde complementares deverão ser implementadas. O desafio será trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis, com foco em práticas preventivas que objetivem identificar precocemente agravos e fatores de risco envolvidos na perda da capacidade funcional (CALDAS et al., 2013).

Além de respostas efetivas das políticas públicas, destaca-se a necessidade de formação de profissionais em geriatria e gerontologia para atuação em equipes interprofissionais, com olhar humanizado e integral às pessoas idosas. É um desafio que engloba a formação básica e educação continuada e que exige o ensino da geriatria e gerontologia a partir do conhecimento das condições biopsicossociais que envolvem o idoso, além de docentes capazes de articular os saberes com um olhar interdisciplinar (NUNES, 2017). Destaca-se a necessidade de qualificação do docente, pois esta tem efeito sobre o interesse do aluno em geriatria ou gerontologia, ou seja, docentes mais capacitados podem despertar maior interesse do aluno em buscar mais conhecimentos na área (PLONCZYNSKI et al., 2007).

2.2 REFLEXÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

O envelhecimento advém de um acúmulo de alterações fisiológicas com comprometimento considerável de suas reservas, levando a uma redução das capacidades física e mental. Essas mudanças seguem acompanhadas por alterações de posições e representações sociais levando a uma necessidade inevitável de enfrentamento das perdas de relações sociais.

Nesse sentido, vale repensar a forma como é realizada a abordagem da condição de saúde da pessoa idosa e não recair na obstinada inferência em computar a presença de doenças e incapacidade individuais, mas sim, focar no impacto que essas condições são capazes de gerar no bem-estar dessa população. O desafio é superar o conceito de saúde como ausência de doenças e imprimir a noção de envelhecimento saudável como algo que deve ser trabalhado ao longo de toda a vida, por meio da adesão à um estilo de vida saudável dentro de um ambiente sustentável e de amparo, além de acesso à cuidados de saúde que reflitam positivamente nas capacidades particulares.

Mas, de certa forma, o que explica o processo de adoecimento em muitos idosos? A suscetibilidade genética, dieta inadequada, sedentarismo, fatores ambientais, tabagismo, aparecimento de doenças não preveníveis e as próprias condições de senescência são alguns dos fatores (WHO, 2015).

No Brasil, estima-se que as doenças crônicas não transmissíveis correspondam a 74% do total de óbitos, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte, atingindo 31% da população brasileira (WHO, 2014). Os fatores de risco para anos de vida perdidos devido à carga global de doenças e incapacidades em idosos, de países de média renda são, em ordem decrescente de importância: pressão arterial elevada, tabagismo, sobrepeso e obesidade, hiperglicemia, sedentarismo, colesterol elevado e baixo consumo de frutas e vegetais. No Brasil, dados do Vigitel de 2012 apontam que 58,5% dos indivíduos com 65 anos ou mais apresentavam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), 59,2% eram hipertensos e 22,9% diabéticos (BRASIL, 2013).

Assim, o envelhecimento tem como paradigma de saúde a capacidade funcional, e tem como principal meta a manutenção, pelo maior tempo possível, desta capacidade, ou seja, a manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida autônoma e independente.

Quando o idoso apresenta comprometimento na capacidade funcional acarreta-lhe maior vulnerabilidade e dependência, o que por sua vez pode determinar a necessidade de um cuidador, cuja frequência de auxílio poderá ser esporádica ou em tempo integral. Estimativas apontam que cerca de três milhões de idosos brasileiros apresentam comprometimento nas atividades básicas de vida diária e necessitam de cuidado informal (CAMARANO, 2020).

A família é a principal provedora de cuidados ao idoso na condição de dependência. O membro da família que assume esse papel, em sua maioria, é uma mulher, esposa ou filha, em processo de envelhecimento (NUNES et al., 2018; KOBAYASI et al., 2019; LOPES

et al., 2020). Os motivos que levam o familiar a cuidar do idoso são os laços estabelecidos com a pessoa cuidada, a retribuição de cuidado, a imposição social da ausência de outra pessoa para prestar cuidados e a falta de condições financeiras para contratar cuidador (MOCELIN et al., 2017; GIACOMIN et al, 2018).

Desse modo, o desenvolvimento e implementação de uma política nacional de cuidado direcionada aos cuidadores também é um desafio, tendo em vista que no Brasil o cuidado ainda recai sobre a família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto o envelhecimento populacional quanto o envelhecimento biológico têm implicações para saúde no mundo contemporâneo. As demandas e desafios extrapolam aspectos relacionados à presença de doenças entre os idosos e a necessidade de profissionais e serviços de saúde preparados para atender a demanda crescente por cuidados. Questões relacionadas à atitude da sociedade em relação aos idosos e os aspectos sociais e econômicos do envelhecimento também se traduzem em demandas e desafios.

Além de fazer com que as demandas e desafios sejam percebidos de modo intenso, o fluxo vigoroso de acontecimentos do mundo contemporâneo, a modernização e os incríveis avanços tecnológicos devem ser utilizados como recursos para melhorar a condição de saúde da população e superar os aspectos negativos do envelhecimento.

4. REFERÊNCIAS

AMARO, L.C.; AFONSO, L.E. Quais são os efeitos do envelhecimento populacional nos sistemas previdenciários de Brasil, Espanha e França? **R Bras Est Pop**, v. 35, n. 2, p. e0046, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério das cidades. **DATASUS – informações de saúde**. Estatísticas vitais, epidemiológicas e de morbidade e demográficas e socioeconômicas. Brasília, 2020.

- BURNES, D. et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American journal of public health**, v. 109, n. 8, p. e1–e9, 2019.
- BUTTIGIEG, S. C., et al. **Researching ageism in health-care and long term care**. In: AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. Contemporary Perspectives on Ageism. v. 19. Cham, Switzerland: Springer, 2018.
- CALDAS, C. P., et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, 2013.
- CAMARANO, A. A. Nota Técnica N° 64 - **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores**: demandas e alternativas. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT_64_Disoc_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf>. Acesso em: 12/06/2020.
- GIACOMIN, K. C. et al. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSIBrasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. supl. 2, 2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da População**. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 20/09/2020.
- KOBAYASI, D. Y. et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Revista Avances en Enfermería**, v. 37, n.2, p. 140-148, 2019.
- LOPES, C. G. et al. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. **Cad Saúde Colet**, v. 28, n. 1, p. 98-106, 2020.
- MEISNER, B. A. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 67, n. 1, p. 13–17, 2012.
- MOCELIN, C. et al. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1034-1039, 2017.
- NEGRINI, E. L. D. et al. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 21, n. 5, p. 523-531, 2018.
- NUNES, D. P. et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, n. supl 2, 2018b.
- OFFICER, A. et al. Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism. **Bull World Health Organ**, v. 94, n. 10, p. 710–710, 2016.
- PLONCZYNSKI, D. J., et al. Ensuring a knowledgeable and committed gerontological nursing workforce. **Nurse Education Today**, v. 27, n. 2, p. 113-121, 2007.
- TOOSI, M. **Projeções da força de trabalho para 2024**: A força de trabalho está crescendo, mas lentamente. 2015. Disponível em: <<https://www.bls.gov/opub/mlr/2015/article/labor-force-projections-to-2024.htm>>. Acesso em: 13/09/2020.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WANDNER, S. A.; BALDUCCHI, D. E.; O'LEARY, C. J. Public Employment Policy for an Aging Workforce. **Gerontol Geriatr Med**, v. 4, p. e2333721418800064, 2018.

WHO. World Organization Health. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014.

WHO. World Organization Health. **Resumo – Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Geneva: World Health Organization; 2015.

MIXEDEMA PRÉ-TIBIAL ASSOCIADO À DOENÇA DE GRAVES

Vanessa Mariano¹, Priscilla Magalhães Oliveira Deliberador Mickosz¹, Letícia Thomaz Santiago¹, Maria Victória Araújo Azevedo¹ e Priscila Arruda Spadoni⁵

1. Universidade de Cuiabá (UNIC) – Faculdade de Medicina, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil;

RESUMO

A Doença de Graves (DG) é uma doença autoimune que se caracteriza pela presença de hipertireoidismo, bócio, oftalmopatia e, ocasionalmente, dermatopatia infiltrativa ou mixedema pré-tibial, sendo responsável por 60-80% dos casos de hipertireoidismo. A DG possui maior incidência no sexo feminino, sendo mais comum entre 20 e 40 anos, podendo surgir em qualquer faixa etária. O mixedema pré-tibial é uma manifestação extratireoidiana da DG que ocorre em 1 a 5% dos pacientes. Seu principal mecanismo patogênico é a expressão de antígenos do receptor de TSH nos fibroblastos da pele, que desencadeia uma resposta autoimune. Essa dermatopatia é geralmente assintomática com resolução espontânea, porém pode cronicar tornando-se resistente aos tratamentos disponíveis nos dias de hoje. Atualmente existe três abordagens terapêuticas para a DG, drogas antitireoidianas (DAT), cirurgia e iodo radioativo (¹³¹I). Porém, nenhuma delas é considerada ideal, visto que não atuam diretamente na patogênese da doença.

Palavras-chave: Doença de Graves, Mixedema e Hipertireoidismo.

ABSTRACT

Graves disease (GD) is an autoimmune disease that is noted for the presence of hyperthyroidism, goiter, ophthalmopathy and, occasionally, infiltrative dermatopathy or pre-tibial myxedema, being responsible for 60-80% of the cases of hyperthyroidism. GD has a higher incidence in females, being more common between 20 and 40 years old, and can appear in any age group. Pre-tibial myxedema is an extrothyroid manifestation of GD that occurs in 1 to 5% of patients. Its main pathogenic mechanism is an expression of TSH receptor antigens in the skin's fibroblasts, which triggers an autoimmune response. This dermatopathy is usually asymptomatic with spontaneous resolution, but it can become chronic resistant to the treatments available today. There are currently three therapeutic approaches to GD, antithyroid drugs (DAT), surgery and radioactive iodine (¹³¹I). However, none of them is considered ideal, since they do not directly affect the pathogenesis of the disease.

Keywords: Graves Disease, Myxedema and Hyperthyroidism.

1. INTRODUÇÃO

Robert Graves descreveu a doença da tireóide, hoje conhecida como Doença de Graves (DG) em 1835. É uma doença autoimune caracterizada por hipertiroidismo, bócio, oftalmopatia e associa-se, ocasionalmente, à dermatia infiltrativa ou mixedema pré-tibial. Essa é responsável por 60-80% dos casos diagnosticados de hipertiroidismo (GRAVES, 1835). Possui maior incidência no sexo feminino com relação de 5-10:1 (WEETMAN, 2000) e geralmente se manifesta entre 20 e 40 anos, podendo surgir em qualquer faixa etária (GRAVES, 1835).

O hipertireoidismo possui diagnóstico clínico-laboratorial, onde bócio difuso, sinais de oftalmopatia e dermatia são suficientes para confirmar o diagnóstico, pode-se ainda dosar o TSH e o T4 livre que apresentarão valor de TSH reduzido associado à elevação de tiroxina livre (T4 livre) (WEETMAN, 2000). Em doentes com níveis de TSH reduzidos e T4 livre dentro da normalidade, deve-se solicitar T3 livre visto que, esse pode elevar-se antes do T4 livre em estágios iniciais da doença (WEETMAN, 2000).

Da mesma forma, quando o diagnóstico clínico não está explícito, a presença de concentrações elevadas de anticorpos anti-TPO e/ou uma cintilografia que demonstre bócio com captação de iodo difusamente aumentada, favorecem seu diagnóstico (ALVES et al, 2007; WEETMAN, 2000). A susceptibilidade para a DG é determinada por fatores genéticos, ambientais e endógenos responsáveis por desencadear o processo autoimune nas células B e T do receptor de TSH (NEVES et al., 2008).

A patologia possui como principais sintomas; nervosismo, fadiga, taquicardia, palpitações, intolerância ao calor e perda de peso. Em pacientes mais velhos pode apresentar ainda, perda de peso e de apetite (NORDYKE; GILBERT; HARADA, 1988).

A oftalmopatia severa associa-se a dermatia em 1-2% dos doentes com DG (WEETMAN, 2000). Cabe ainda salientar que oftalmopatia, dermatia e acropaquia aparecem apenas no hipertiroidismo da DG, não estando associados à outras causas de dessa patologia (YEUNG, 2005)

O mixedema pré-tibial é uma manifestação extratireoidiana da DG, ocorrendo em 1 a 5% dos pacientes. O principal mecanismo patogênético é a expressão de antígenos do receptor de TSH nos fibroblastos da pele, que desencadeia uma resposta autoimune (MOYANO et al., 2018).

A dermatopatia infiltrativa geralmente se localiza ao nível pré-tibial ou dorso do pé, podendo ocorrer em qualquer localização, principalmente após trauma local (FATOURECHI; PAJOUHI; FRANSWAY, 1994). Essas lesões maneira usual possuem curso assintomático e apresentam curso prolongado, com estabilização ou regressão espontânea (FATOURECHI; PAJOUHI; FRANSWAY, 1994).

Considerando o curso geralmente benigno e limitado da dermatopatia de Graves, grande parte dos enfermos não procuram tratamento. Logo usualmente são tratados os pacientes com presença de prurido, desconforto local ou questões estéticas locais. Outrossim faz-se importante tratar todas as lesões visando prevenir a sua cronicidade, tendo como único tratamento eficaz a aplicação tópica de glicocorticóides e proteção da lesão. Em caso de resistência, pode-se administrar corticóides sistêmicos. Cabe ainda salientar que a dermatopatia crônica pode ser resistente a qualquer tratamento (DAVIES, 2006). A remissão das lesões cutâneas parece depender em grande parte da gravidade e início precoce do tratamento do hipertireoidismo (TAKASU; HIGA; KINJOU, 2010; BARTALENA; FATOURECHI, 2014) daí a importância em seu reconhecimento precoce.

Eventualmente a dermatopatia de Graves pode manter sua progressão, especialmente em membros, resultando em uma forma de elefantíase associada a grandes concentrações de anti-TSH (DAVIES, 2006). Acresce que é importante saber que obstrução linfática ou venosa crônicas dos membros, dermatite crônica e mucinose cutânea podem ter apresentação clínica semelhante à da dermatopatia infiltrativa, dessa maneira a biópsia cutânea pode ser necessária para o diagnóstico diferencial (DAVIES, 2006).

A abordagem terapêutica da DG consiste no controle sintomático com beta-bloqueadores e redução da síntese dos hormônios tireoidianos, para qual (SINGER et al, 1995). Atualmente três abordagens terapêuticas vêm sendo utilizadas: drogas antitireoidianas (DAT), cirurgia e iodo radioativo (^{131}I). Porém, nenhuma delas é considerada ideal, visto que não atuam diretamente na etiologia/patogênese da doença (ANDRADE; GROSS; MAIA, 2001).

Acrescenta-se que independentemente do tratamento escolhido, deve-se manter vigilância clínica e doseamento de T4 periódicos, visto que o TSH pode permanecer suprimido por semanas mesmo após a normalização das frações livres de T3 e T4 (NEVES et al., 2008).

2. MATERIAIS E MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Com objetivo de relatar o caso de um paciente portador de Doença de Graves, com apresentação clínica atípica.

3. RELATO DE CASO

D.R.A.S., 19 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Doença de Graves aos dezoito anos, devido quadro de exoftalmia com lacrimejamento, palpitações e tremor em mãos. Foi encaminhada ao ambulatório de endocrinologia via SUS (Sistema Único de Saúde), já em tratamento medicamentoso com Tapazol 40 mg/dia, Atenolol 50 mg/dia e colírio lubrificante ocular.

Em atendimento em ambulatório de especialidades médicas, apresentava queixa de exoftalmia associada a tremor de extremidades, palpitações e mixedema pré-tibial, portava exames descritos abaixo, realizado aumento da dose do Tapazol para 60 mg/dia com reavaliação. Em reavaliação referiu melhora de todos os sintomas, e não apresentou progressão do mixedema, portava novos exames, relatados abaixo, com melhora importante dos parâmetros do hipertireoidismo.

Negava patologias pregressas, negava antecedentes familiares para doenças da tireoide ou outras doenças auto-imunes, e referia nunca ter feito uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, pressão arterial de 120x70 mmHg, FC:108 bpm, FR: 20 irpm. Exoftalmia bilateral com edema periorbital. Tireóide apresentando bócio difuso de consistência fibroelástica. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, com bulhas hiperfonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar e exame do abdome sem alterações. Mixedema pré-tibial bilateral, não depressível à palpação e dermatopatia em aspecto de casca de laranja, hiperemiada em região distal-lateral em membros inferiores.

Atualmente a paciente encontra-se em bom estado geral, com melhora da sintomatologia, mas, ainda apresentando exoftalmia bilateral e mixedema pré-tibial bilateral. Na presente consulta foi reduzida a dose do Tapazol para 30mg/dia e a paciente seguirá em acompanhamento clínico.

3.1 RESULTADO DE EXAMES:

- (06/08/2017) *TSH: < 0,01 T3 livre: 237,2 t4 livre: 1,91*
- (08/01/2018) *TSH: < 0,01 T3 livre: 3,7 T4 livre: 0,57*



Figuras 1. Mixedema pré-tibial bilateral associada a hiperemiada em casca de laranja em região lateral de ambas as pernas.

4. CONCLUSÃO

A Doença de Graves é uma doença autoimune frequente, portanto seu diagnóstico precoce somado a um tratamento adequado são de suma importância, pois diminuem a possibilidade de complicações ao promover bom controle da doença na maioria dos casos.

Além disso, maior número de estudos são fundamentais para desenvolvimento de tratamentos mais específicos para a patologia, visto que, pouco se sabe sobre os processos imunológicos subjacentes a essa patologia.

A paciente em questão foi diagnosticada com a doença autoimune de Basedow Graves, apresentando oftalmopatia tireoidiana bilateral, sinais clínicos de hipertireoidismo e mixedema pré-tibial, compatíveis com os casos descritos em literatura. Nesse contexto, o

tratamento precoce com Tapazol oral, colírio de lágrimas artificiais e corticosteroide tópico de alta potência são imprescindíveis para boa evolução.

Dessa forma conclui-se que se faz importante o conhecimento sobre hipertireoidismo, suas complicações oftalmológicas e cutâneas. Enfatiza-se a dermatopatia de Graves, pois embora possua baixa incidência possui risco de cronificação gerando morbidade. Além disso, o conhecimento médico sobre o distúrbio propicia a instituição precoce do tratamento e seguimento adequado.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. A.; GROSS, J. L.; MAIA, A. L. Tratamento do hipertireoidismo da doença de Graves. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 6, p. 609-618, 2001.

ALVES, M.; NEVES, C.; DELGADO, J.L.; MEDINA, J.L. Disfunção tiroideia na gravidez. **Rev Port End Diab Metab**, v. 2, p. 47- 56, 2007.

BARTALENA, L.; FATOURECHI, V. Extrathyroidal manifestations of Graves' disease: A 2014 update. **J Endocrinol Invest**, v. 37, p. 691-700, 2014.

DAVIES, T.F. Infiltrative dermopathy (pretibial myxedema) in thyroid disease. In **Uptodate**, 2006.

FATOURECHI, V.; PAJOUHI, M.; FRANSWAY, A.F. Dermopathy of Graves' disease (pretibial myxedema): review of 150 cases. **Medicine (Baltimore)**, v. 73, p. 1-7, 1994.

GRAVES, R.J. Newly observed affection of the thyroid. **London Medical and Surgical Journal**, v. 7, p. 516-517, 1835.

JACOBSON, D.L.; GANGE, S.J.; ROSE, N.R.; GRAHAM, N.M. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. **Clin Immunol Immunopathol**, v. 84, p. 223-243, 1997.

MOYANO, E.G.; ANDAMOYO, A.; POLAK, A.P.P.; PILAR, L.M. Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España, **MEDCLI-4623**, 2018

NEVES, C.; ALVES, M.; DELGADO, J.L.; MEDINA. Doença de Graves. **Arquivos de medicina**, v. 22, n. 4-5, p. 137-146, 2008.

NORDYKE, R.A.; GILBERT JR, F.I.; HARADA, A.S.M. Graves' disease: influence of age on clinical findings. **Arch Intern Med**, v. 148, p. 626-631, 1988.

SINGER, P.A. et al. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. **JAMA**, v. 273, n. 10, p. 808/812, 1995.

TAKASU, N.; HIGA, H.; KINJOU, Y. Treatment of pretibial myxedema (PTM) with topical steroid ointment application with sealing cover (steroid occlusive dressing technique: Steroid ODT) in Graves' patients. **Inter Med**, v. 49, n. 665-669, 2010.

WEETMAN, A.P. Graves' Disease. **N Engl J Med**, v. 343, p. 1236-1248, 2000.

YEUNG, S.C. et al. **Graves disease**. eMedicine, 2005. Disponível em <<https://emedicine.medscape.com/article/120619-overview>>. Acesso em 09/11/2020.

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES CRÍTICOS EM UM HOSPITAL UNIVÉRSITÁRIO DE MANAUS-AM

Bárbara Misslane da Cruz Castro¹, Bruno Sarkis de Oliveira¹, Bianca Pires dos Santos² e Milena Maria Cardoso de Lemos²

1. Hospital Universitário Getúlio Vargas/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH. Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Programa de Residência em Neurointensivismo do Hospital Universitário Getúlio Vargas/Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

O transporte de pacientes críticos é considerado um procedimento complexo e requer por parte da equipe de saúde um planejamento prévio com o intuito de minimizar incidentes que possam causar dano e comprometer de modo significativo o processo de adoecimento. O objetivo deste estudo é de descrever a experiência vivenciada com a aplicação de um protocolo de transporte de pacientes hospitalizados para o Centro de Terapia Intensiva-CTI. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da aplicação diária de um protocolo de transporte de pacientes graves hospitalizados para o Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV. O planejamento do transporte do paciente crítico é fundamental para a prevenção de possíveis instabilidades. O uso do protocolo de transferência de pacientes tem viabilizado a redução de erros no manejo ao paciente grave bem como definido as atribuições dos membros da equipe de saúde. O sucesso no transporte intra-hospitalar depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe multiprofissional, bem como da escolha de equipamentos adequados.

Palavras-chave: Transporte de Pacientes, Pacientes Internados e Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The transportation of critically ill patients is considered a complex procedure and requires prior planning by the health team in order to minimize incidents that can cause damage and significantly compromise the disease process. The aim of this study is to describe the experience lived with the application of a protocol for transporting hospitalized patients to the Intensive Care Center. This is a descriptive, experience report type study, developed from the daily application of a protocol for the transport of critically ill patients hospitalized to the Intensive Care Center-CTI of the Getúlio Vargas University Hospital-HUGV. Planning the transport of critically ill patients is essential to prevent possible instabilities. The use of the patient transfer protocol has enabled the reduction of errors in the management of critically ill

patients, as well as defining the duties of the health team members. Success in intra-hospital transportation depends directly on the planning and organized performance of the multiprofessional team, as well as the choice of appropriate equipment.

Keywords: Patient Transport, Impatients and Critical Care.

1. INTRODUÇÃO

O transporte de pacientes pode ser classificado em intra ou extra-hospitalar. O transporte intra-hospitalar ou interno é definido como a transferência temporária ou definitiva de pacientes acompanhado por profissionais de saúde para outras unidades de internação, sendo necessário também para a realização de exames diagnósticos e para intervenções cirúrgicas. O transporte extra-hospitalar é realizado sempre que existe a necessidade em ofertar suporte de vida adequado quando não existente no hospital de origem (JÚNIOR et al., 2007).

O transporte de pacientes críticos é considerado um procedimento complexo e requer por parte da equipe de saúde um planejamento prévio com o intuito de minimizar incidentes que possam causar dano e comprometer de modo significativo o processo de adoecimento.

Como forma de reduzir a ocorrência de possíveis eventos adversos, é imprescindível que haja comunicação efetiva entre a unidade demandante, a equipe que transporta e a unidade de destino do paciente (DUARTE et al., 2015).

Alguns estudos têm identificado que a ocorrência de eventos adversos durante o transporte do paciente está diretamente relacionado com o papel da equipe multidisciplinar no transporte, os equipamentos em uso, as alterações fisiológicas observadas e sobretudo o estado de saúde do paciente (ZUCHELO; CHIAVONE, 2009; VEIGA et al., 2019).

As principais alterações fisiológicas que os pacientes podem apresentar durante o transporte correspondem ao aumento da frequência cardíaca, alterações na frequência respiratória, alterações nos níveis pressóricos, ataques cardíacos, arritmias, elevação da pressão intracraniana, obstrução de vias aéreas por secreções, diminuição da saturação de oxigênio, agitação, sangramento, parada cardiorrespiratória, hipoxemia (ALMEIDA et al., 2012; VEIGA et al., 2019; DUARTE et al., 2015; ZUCHELO; CHIAVONE, 2009). Outras podem ocorrer em função de falhas técnicas como a interrupção acidental de infusão endovenosa de drogas vasoativas, perda de pressão no cilindro de oxigênio e outras sem explicações coerentes (JUNIOR et al., 2007).

Além das alterações supracitadas pode-se destacar que a ocorrência de eventos adversos durante o transporte também estão fortemente relacionados à falta de conhecimento da equipe e falhas de comunicação (VEIGA et al., 2019).

Estudos apontam que os fatores protetores para minimizar a ocorrência de eventos adversos no transporte compreendem: o planejamento e preparação do paciente, a checagem e verificação de equipamentos antes e durante o transporte, a sedação adequada e a equipe de transporte devidamente treinada e experiente (ZUCHELO; CHIAVONE, 2009; VEIGA et al., 2019; MENEGUIN; ALEGRE, 2014; MORAIS; ALMEIDA, 2013).

É nesse sentido que o Conselho Federal de Enfermagem no uso de suas atribuições resolveu através da Resolução COFEN Nº 588/2018 que:

Art. 3. O transporte de paciente hospitalizado faz parte das competências da equipe de enfermagem, devendo os serviços de saúde assegurar as condições necessárias para atuação do profissional responsável pela condução do meio (maca ou cadeira de rodas).

Art. 4. Todas as intercorrências e intervenções ocorridas durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente (COFEN, 2018).

Do modo semelhante, a Resolução de Diretoria Colegiada- RDC Nº 7 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, no Art. 29 discorre que todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência; e no Art. 30 Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino (BRASIL, 2010).

Neste contexto, houve o interesse em relatar a experiência vivenciada por enfermeiros assistenciais e residentes de enfermagem em neurointensivismo sobre a aplicação do protocolo de transporte intra-hospitalar de pacientes críticos ao Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da aplicação diária de um protocolo de transporte de pacientes graves hospitalizados para o Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

O protocolo foi elaborado no período de janeiro a junho de 2018 nas dependências do HUGV, e contou com o apoio de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e áreas afins.

O interesse para a construção do mesmo partiu da perspectiva em promover um transporte seguro aos pacientes procedentes das unidades de internação para o CTI e vice-versa, com vistas a reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos associados ao transporte inadequado.

As etapas para construção e validação do protocolo ocorreram do seguinte modo:

1. Levantamento das dificuldades apontadas pelas unidades de internação referente ao transporte do paciente até o CTI;
2. Identificação de nós críticos pela equipe multidisciplinar do CTI que envolviam o transporte inadequado do paciente;
3. Identificação das condições inadequadas de transporte do paciente crítico ao CTI;
4. Realização de reuniões com as chefias das clínicas médica, neurocirurgia, musculoesquelética e de cirurgia geral;
5. Construção do protocolo pela equipe multidisciplinar do CTI com retificações sugeridas pelas chefias das unidades de internação;
6. Validação do protocolo pela Segurança do Paciente;
7. Validação do protocolo pela Gerência de Riscos Assistenciais;
8. Validação do protocolo pela Superintendência do HUGV;
9. Apresentação do protocolo mediante reuniões periódicas para as equipes assistenciais das unidades de internação;
10. Publicação do protocolo no site oficial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH.

O protocolo de transporte sofrerá alterações a partir de 2021, tendo em vista que sua construção e validação já ultrapassaram o período de 02 (dois) anos, sendo necessária a realização de ajustes conforme mudanças nas rotinas das clínicas.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Protocolo de Transporte do Paciente Intra e Extra-Hospitalar foi validado em 16 de junho de 2018. E desde então as unidades de internação têm aplicado o Checklist de Transporte do Paciente ao CTI como instrumento norteador para garantia da qualidade e da segurança do paciente.

Neste estudo, optou-se por enfatizar os elementos do Protocolo de Transporte do Paciente Intra-Hospitalar, considerando os nós críticos observados durante o processo de transferência ao CTI.

3.1 CRITÉRIOS PARA CONTRAINDICAÇÕES DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Incapacidade de manter: oxigenação, ventilação e estabilidade hemodinâmica durante o transporte ou permanência no local de destino pelo tempo necessário.

3.2 RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO TRANSPORTE

3.2.1 Comum a todos os profissionais de saúde

- Conferir a identificação do paciente com os dados do prontuário;
- Conhecer o estado geral do paciente e potenciais complicações;
- Avaliar os parâmetros clínicos do paciente (nível de consciência, frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial sistêmica, temperatura corporal, nível de saturação periférica de oxigênio e análise de gases arteriais, se necessário);
- Analisar o risco benefício do transporte em pacientes críticos;
- Prever todas as intercorrências e complicações que possam ocorrer no trajeto e adotar medidas preventivas;
- Registrar as intercorrências, intervenções e demais informações no prontuário do paciente;
- Organizar os documentos necessários para o transporte, tais como requisições, prescrição e registro da enfermagem do dia, assim como exames e outros documentos relacionados com o processo de internação do paciente;

- Assegurar os dispositivos utilizados pelo paciente: cateteres endovenosos, tubos endotraqueais, sondas vesicais, nasogástricas ou entéricas, drenos;
- Garantir o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso do paciente;
- Transportar o paciente com conforto: maca com colchão e que este esteja forrado com lençol;
- Disponibilizar, se necessário, lençol para cobrir o paciente;
- Certificar-se que, caso o paciente esteja com curativo íntegro;
- Proporcionar medidas de prevenção de quedas (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente, caso seja necessário;
- Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes obesos, idosos e sob sedação;
- Evitar conversas em tom alto e pessoais durante o trajeto;
- Priorizar o uso do elevador social para transportar o paciente, utilizar o elevador de serviço em casos de urgência/emergência;
- Nos casos de pacientes transportados em cadeira de rodas, restringir o uso do elevador para até 08 pessoas, contando com o paciente;
- Nos casos de pacientes transportados em maca, restringir o uso do elevador somente a equipe do transporte;
- Segurar o elevador, com antecedência, para os pacientes que serão transportados do bloco cirúrgico para a UTI, evitando deixar o paciente aguardando no corredor;
- Seguir as normas estabelecidas no protocolo de transporte Intra-hospitalar, sob a específica responsabilidade.

3.2.2 Atribuições do Enfermeiro

- Avaliar o estado geral do paciente, juntamente com o médico e outros profissionais;
- Identificar possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;

- Organizar e definir a distribuição de atribuições da equipe nas fases pré, trans e pós-transporte;
- Selecionar o meio de transporte que atenda às necessidades e segurança do paciente;
- Realizar o planejamento do transporte: meio de locomoção, trajeto, tempo de permanência fora da unidade, cuidados individualizados e específicos;
- Reunir, verificar e testar os equipamentos necessários à assistência durante o transporte: monitor cardíaco, bomba de infusão, bala de oxigênio, etc;
- Providenciar e conferir a mala de transporte antes e após o mesmo;
- Estabelecer comunicação efetiva com as equipes dos locais de origem e de destino do paciente;
- Testar e programar o ventilador de transporte, na ausência do fisioterapeuta;
- Acompanhar o paciente no transporte de médio e de alto risco;
- Monitorar o nível de consciência e as funções vitais, de acordo com o estado geral do paciente;
- Monitorizar e/ou verificar a funcionalidade dos dispositivos (drenos, sondas, cateteres, etc) que o paciente esteja fazendo uso, após seu retorno para a unidade;
- Revisar a prescrição médica, na admissão ou retorno do paciente à unidade, pós-procedimento;
- Acompanhar as atividades realizadas pela equipe responsável pelo transporte;
- Treinar/capacitar a equipe de enfermagem, de acordo com o protocolo de transporte;
- Atentar para alterações nos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios do paciente, nos trinta a sessenta minutos pós-transporte;
- Abrir ordem de serviço para manutenção, caso haja necessidade de conserto das macas e cadeiras de roda e banho.

3.2.3 Atribuições do Médico

- Avaliar a necessidade do transporte e condições clínicas do paciente;
- Solicitar os materiais e equipamentos necessários para o transporte;

- Estabilizar o paciente hemodinamicamente antes de ser transportado, se necessário;
- Definir e comunicar à enfermagem os medicamentos que poderão ou não ser interrompidos durante o transporte;
- Comunicar para o médico da unidade de destino informações relevantes relacionadas ao paciente e as condições do transporte;
- Acompanhar o paciente no transporte de alto risco, e se necessário, também, no de médio risco;
- Acompanhar, em todo tempo, os pacientes que realizarão exames externos do HUGV.

3.2.4 Atribuições do Técnico de Enfermagem

- Preparar o paciente para o transporte;
- Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos;
- Informar ao médico a medicação a ser administrada no período de ausência do paciente na unidade, seguindo rigorosamente a recomendação recebida;
- Acompanhar o paciente, sob sua escala, no transporte de baixo, médio e alto risco;
- Agilizar a utilização do elevador;
- Recompôr a unidade e o paciente, no retorno ao leito;
- Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos médicos utilizados pós-transporte, deixando o equipamento sempre em condições de uso posterior.
- Prover a retirada de adornos e próteses do paciente durante o transporte.

3.2.5 Atribuições do Fisioterapeuta

- Comunicar ao fisioterapeuta da unidade de destino as informações relativas ao paciente e ao seu transporte;
- Testar e programar o ventilador de transporte;
- Acompanhar o paciente de alto risco, sob ventilação mecânica, ao setor de destino oferecendo suporte ventilatório adequado.

3.2.6 Atribuições do Maqueiro

- Providenciar maca/cadeira para o transporte do paciente;
- Conduzir a maca/cadeira de forma segura;
- Comunicar ao enfermeiro a necessidade de manutenção das macas e cadeiras.

3.2.7 Auxiliares de limpeza e conservação

- Realizar a limpeza e desinfecção do veículo de transporte no pré e pós-transporte.

3.2.8 Profissionais de Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos

- Montar cronograma de manutenção preventiva das macas e cadeiras.

3.3 PROCESSO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

As etapas do transporte intra-hospitalar de pacientes são divididas em: etapa de planejamento, transferência e estabilização pós-transporte.

3.3.1 Etapa de Planejamento

A etapa de planejamento contempla uma comunicação eficaz entre o local de origem e o de destino, avaliação do estado clínico atual do paciente, com vistas a levantar possíveis complicações, classificação do transporte, definição da composição da equipe e avaliação da necessidade individual de equipamentos para o transporte de cada paciente.

A unidade que irá receber o paciente deverá ser comunicada previamente quanto ao nome completo do paciente, a condição clínica do paciente e sua evolução nas últimas 24 horas, idade, data de nascimento, peso, diagnóstico e/ou procedimento realizado, motivo do transporte, tipo de precaução, aspecto da pele, tipos de dispositivos invasivos, medicações em infusão contínua e classificação de risco do transporte, devendo estas informações ser

preenchidas no formulário de checklist (duas vias) em anexo. Após o contato, registrar no formulário o nome do funcionário, função e hora do contato.

O transporte do paciente poderá ser classificado como de baixo, médio e de alto risco, considerando as condições clínicas do mesmo:

Quando 1. Classificação de transporte do paciente segundo condições clínicas.

Classificação	Condições Clínicas do Paciente
Baixo Risco	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.
Médio Risco	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém, com necessidade de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.
Alto Risco	Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica.

Fonte: Adaptado de Protocolo de Transporte Intra e Extra-hospitalar. Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos. Manaus: EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

No transporte de baixo risco, o paciente não precisará ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos antes e após o mesmo e registrados em impresso próprio no prontuário.

No transporte de médio e de alto risco, os pacientes deverão ser transportados monitorizados (frequência cardíaca, saturação de oxigênio, e se necessário, pressão arterial sistêmica).

O número e a categoria de profissionais envolvidos no transporte intra e extra-hospitalar variarão de acordo com as condições clínicas, o peso do paciente, o número e complexidade de dispositivos invasivos e equipamentos utilizados.

As precauções deverão ser cumpridas durante o transporte, considerando as condições clínicas do paciente em isolamento respiratório, reverso e/ou por contato, conforme quadro a seguir.

Quando 2. Composição mínima de profissionais no transporte do paciente segundo classificação.

Classificação	Composição Mínima de Profissionais
Baixo Risco	(1) Técnico de Enfermagem
Médio Risco	(1) Técnico de Enfermagem e (1) Enfermeiro ou (1) Médico
Alto Risco	(1) Enfermeiro, (1) Fisioterapeuta*, (1) Técnico de Enfermagem e (1) Médico

Fonte: Adaptado de Protocolo de Transporte Intra e Extra-Hospitalar. Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos. Manaus: EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018. *Caso paciente necessite de suporte ventilatório.

Quando 3. Tipos de Precauções.

Precaução	Profissional	Paciente
Padrão	-	-
Contato	Avental descartável + Luvas	-
Aerossóis	Nº95	Máscara Cirúrgica
Gotículas	Máscara Cirúrgica	Máscara Cirúrgica
Reversa	Luva de Procedimento + Avental Descartável+ Máscara Cirúrgica	Máscara Cirúrgica

Fonte: Adaptado de Protocolo de Transporte Intra e Extra-Hospitalar. Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos. Manaus: EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

Em casos de pacientes em isolamento de contato, por bactérias multirresistentes, é necessário que o encarregado da empresa de higienização seja comunicado, ainda na etapa de preparo, para que seja garantida a limpeza e desinfecção do elevador pós-transporte.

Os kits de intubação traqueal, de medicamentos de emergência e de materiais de suporte deverão ser acondicionados na maleta de transporte e checados diariamente. A maleta deverá os kits com os itens do quadro abaixo.

Quadro 4. Materiais e Medicamentos para compor a Mala de Transporte.

Quantidade	Materiais e Medicamentos
01 de cada	Luvas Estéreis Nº 7,0; 7,5 e 8,0
08 Pares	Luvas de Procedimento
03 de cada	Máscara, óculos e touca
01 de casa	Tube Orotraqueal Nº 6,5,7,0; 7,5; 8,0; 8,5
01 unidade	Laringoscópio e pilhas extras
01 de cada	Lâminas de Laringoscópio Nº 2, 3 e 4
01 de cada	Cânulas de Guedel Nº 3 e 4
01 de cada	Xylocaína gel e Spray
05 de cada	Seringas de 5, 10 e 20 ml
03 pacotes	Gaze Estéril
01 unidade	Fio Guia
02 unidades	Sonda de Aspiração Nº 12
02 de cada	Jelco Nº 18 e 20
02 de cada	Multivia ou Torneirinha
02 de cada	Equipo Macrogotas
02 de cada	Agulhas
01 unidade	Bolsa coletora
01 unidade	SNG Nº20
01 unidade	Esparadrapo
01 unidade	Bisturi
05 unidades	Adrenalina
10 unidades	Água Destilada
03 unidades	Amiodarona
02 unidades	Atropina
01 unidade	Diazepam
01 unidade	Dipirona
01 unidade	Dobutamina
01 unidade	Etomidato
02 unidades	Fentanil
01 unidade	Flumazenil
01 unidade	Furosemida
05 unidades	Glicose a 50%
02 unidades	Midazolam
01 unidade	Morfina
01 unidade	Naloxano
04 unidades	Noradrenalina
01 unidade	Plasil
02 unidades	Soro Glicosado 5%
02 unidades	Soro Ringer Lactato
02 unidades	Soro Fisiológico 0,9%
01 unidade	Succinil-colina

Fonte: Adaptado de Protocolo de Transporte Intra e Extra-Hospitalar. Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos. Manaus: EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

A mala contendo o kit de intubação traqueal, medicamentos e materiais de suporte deverão estar em local de fácil acesso e identificada como KIT DE TRANSPORTE, os demais equipamentos e acessórios deverão ser selecionados de acordo com o diagnóstico e estado

clínico do paciente. No transporte de alto risco, são recomendados, no mínimo, monitor multiparamétrico para avaliação de sinais vitais ou oxímetro de pulso, bomba de infusão contínua, com bateria suficiente, cilindro de oxigênio cheio e ventilador de transporte, se necessário.

3.3.2 Etapa de Transferência

Corresponde ao momento da transferência do paciente a outra unidade de internação.

Antes da transferência (pré-transporte) registrar os sinais vitais do paciente e repetir a aferição no pós-transporte (destino). Já no local de destino entregar o prontuário e equipamentos, se houver, ao profissional que está recebendo o paciente e solicitar assinatura de ciência, sendo uma via de cada setor.

Nos casos de transferência de pacientes ao CTI, o acompanhante poderá acompanhar a transferência no elevador de serviços e quando chegar até o destino entregar a equipe de enfermagem os materiais de higiene pertencentes ao paciente (sabonete neutro, fralda, óleo de girassol, lenço umedecido etc) e aguardar por informações sobre normas e rotinas do setor.

O transporte do paciente, se não for em caráter de urgência/emergência, deverá ser evitado durante às trocas de plantões (30 minutos antes ou após) e no horário de visitas. Se necessário transportar no horário de visita, comunicar à família. O transporte do paciente ao Centro Cirúrgico deverá ser realizado, conforme rotina operacional padrão específica.

O paciente deverá sempre ser transportado em algum meio de transporte, o qual deverá ser adequado e seguro às condições clínicas, físicas e idade do paciente, podendo ser maca ou cadeira de rodas, crianças não deverão ser transportadas no colo do responsável, nem do profissional de saúde.

3.2.2.1 Grupos de risco

Pacientes em:

- Uso de drogas vasoativas;
- Em ventilação mecânica invasiva e com PEEP \geq 10;
- Com risco de broncoaspiração;
- Com instabilidade hemodinâmica grave;
- No pós-operatório imediato;

- Com múltiplos dispositivos invasivos;
- Pacientes agressivos/agitados/psiquiátricos;
- Pacientes neurológicos e cardiopatas.

3.2.2.2 Fatores predisponentes ao erro ou ao evento adverso

- Uso de equipamentos sem manutenção preventiva ou corretiva;
- Equipe não qualificada: falta de conhecimento, erros de julgamento, dificuldade de trabalhar em equipe, problemas de reconhecimento, pressa, desatenção, falta de seguimento de protocolo, preparo inadequado dos materiais, dos equipamentos e do paciente e demora no atendimento às intercorrências ocorridas;
- Falta de planejamento multidisciplinar;
- Comunicação ineficiente multidisciplinar e Interclínicas;
- Infraestrutura, mau uso do elevador;
- Ausência de protocolos e rotinas operacionais padrão atualizadas e baseadas em evidências científicas.

3.2.2.3 Complicações Comuns

O planejamento das ações e cuidados visará prever todas as intercorrências que possam acontecer durante o transporte com intuito de evitá-las, tais como:

a) Alterações dos níveis pressóricos; parada cardiorrespiratória; arritmias; acidente vascular cerebral; insuficiência respiratória; broncoaspiração, vômitos; alteração do nível de consciência; agitação; crise convulsiva; dor; hipotermia; aumento da pressão intracraniana; hipo/hiperglicemia e broncoespasmo;

b) Extubação; obstrução de vias aéreas por secreções; pneumotórax; tração de cateteres; perda do acesso venoso; interrupção da infusão de drogas vasoativas; término do medicamento e falhas técnicas dos equipamentos.

3.3.3 Etapa de Estabilização Pós-Transporte

- Transferir o paciente da maca ou cadeira de rodas para o leito com cuidado, atentando para cateteres, drenos e sondas se houver;
- Acomodar o paciente, deixando confortável;
- Realizar controle das infusões de drogas/soluções se houver;
- Avaliar dor e medicar conforme prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem da fase de estabilização pós-transporte.

4. CONCLUSÃO

O transporte intra-hospitalar é sem sombra de dúvidas uma das principais causas de instabilidade hemodinâmica em pacientes críticos. Estudos corroboram sobre as mais variadas alterações fisiopatológicas que podem colocar em risco a sobrevivência do doente.

A importância em garantir um transporte seguro vai além de prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, mas sobretudo de minimizar a ocorrência de óbitos por causas evitáveis.

É imprescindível que a equipe multidisciplinar realize todo o planejamento do transporte do paciente até a unidade de destino através da verificação do funcionamento dos equipamentos, garantia dos dispositivos invasivos em uso, manutenção de drogas vasoativas, monitorização cardíaca, vigilância dos sinais vitais, prevenção de quedas, prevenção de extubação acidental, disposição de materiais e equipamentos de emergência e, sobretudo garantir comunicação efetiva e cooperação técnica da equipe.

A aplicabilidade do protocolo de transporte intra-hospitalar através do checklist de transporte seguro no cotidiano do HUGV tem demandado por parte dos profissionais de saúde conhecimento sobre as etapas do planejamento, execução e estabilização do paciente após o deslocamento, bem como tem incentivado o emprego de práticas seguras que minimizam a ocorrência de incidentes e eventos adversos.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. G et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiopatológicos. **Acta Paulista de Enferagem**, v. 25, n. 3, p. 471-6, 2012.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada- RDC N° 7**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução 588/2018**. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2018.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

EBSERH. **Protocolo de Transporte Intra e Extra-hospitalar**. Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos. Manaus: EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

JÚNIOR, G. A. P. et al. Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 4, p. 500-508, 2007.

MORAIS, S.A.; ALMEIDA, L.F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. **Revista HUPE**, v. 12, n. 3, p. 138-146, 2013.

MENEGUIN, S.; ALEGRE, P. H. C.; LUPPI, C. H. B. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 115-119, 2014.

VEIGA, V. C. et al. Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2019.

ZUCHELO, L. T. S.; CHIAVONE, P. A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 4, 2009.

COMO O TIPO DE PARTO PODE INFLUENCIAR NA SAÚDE DO RECÉM NASCIDO A PARTIR DA MICROBIOTA?

Julie Ruiz Lessa¹, Nereida Lessa Pinheiro do Vale Ruiz² e Cydia de Menezes Furtado³

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), Curso de Graduação em Nutrição, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil;

2. Universidade Federal do do Acre (UFAC), Curso de Graduação em Nutrição, Rio Branco, Acre, Brasil;

3. Universidade Federal do do Acre (UFAC), Centro de ciências da saúde e do Desporto (CCSD), Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

A microbiota intestinal humana está diretamente relacionada a saúde e ao aparecimento de diversas doenças. O tipo de parto determina a colonização bacteriana dessa microbiota do recém-nascido, influenciando na variedade e quantidade dos microrganismos presentes no lúmen intestinal. No presente estudo, foram utilizadas as bases de dados Pub MED e CAPES Periódicos. Após exclusão por diferentes métodos, foram selecionados 10 trabalhos acadêmicos envolvendo tipo de parto, a microbiota intestinal e as consequências para saúde do neonato. A partir deles, foi observado que essa composição dos gêneros e espécies bacterianas terá consequência direta na resposta imune do recém-nascido, aumentando ou diminuindo sua capacidade de defesa e de geração de processos inflamatórios. Quando há alterações negativas na composição do microbioma, ocasionando disbiose intestinal, há elevação do risco de aparecimento de diversas síndromes, doenças inflamatórias, doenças crônicas, doenças respiratórias e alergias em neonatos. Nesse contexto, crianças nascidas via parto vaginal tiveram microbiota com mais diversidade de bactérias e maior colonização por microrganismos considerados benéficos para o organismo, se comparados as nascidas via cesárea.

Palavras-chave: Parto Vaginal, Disbiose e Microbiota intestinal

ABSTRACT

The human intestinal microbiota is directly related to health and the appearance of several diseases. The type of delivery determines the bacterial colonization of newborn's microbiota, influencing on the variety and quantity of microorganisms present in the intestinal lumen. In this study, Pub MED and CAPES Periodical databases were used. After exclusion by different methods, 10 academic papers involving type of delivery, intestinal microbiota and its consequences for the neonate's health were selected. From them, it was observed that the composition of genera and bacterial species will have a direct consequence on the newborn's immune response, increasing or decreasing its ability to defend and generate inflammatory processes. When there are negative changes in the composition of the microbiome, causing intestinal dysbiosis, there is an increased risk of the appearance of several syndromes,

inflammatory diseases, chronic diseases, respiratory diseases and allergies in children. In this context, neonates born via vaginal delivery had microbiota with more bacteria diversity and greater microorganisms' colonization, which is considered beneficial to the organism, when compared to those born via caesarean section.

Keyword: Vaginal delivery, Dysbiosis and Gut microbiota.

1. INTRODUÇÃO

Há cerca de 100 trilhões de microrganismos vivendo no intestino humano adulto, e a composição dessa microbiota intestinal está diretamente relacionada a saúde e ao aparecimento de diversas enfermidades (LANDMAN; QUÉVRAIN, 2016). A colonização e maturação desse microbioma nos primeiros anos de vida desempenha um papel importante no desenvolvimento psicológico, metabólico e imunológico das crianças, e sua composição é influenciada por inúmeros fatores, entre eles o tipo de parto (MATAMOROS et al., 2013; ARRIETA et al., 2015).

Crianças que nascem via parto vaginal entram em contato com a microbiota do canal vaginal e do trato intestinal da mãe durante o parto. Os microrganismos irão entrar pela boca, nariz e olhos do bebê. Isso faz com que o recém-nascido seja colonizado com bactérias presentes nesses locais. Ao nascer com interferência cirúrgica (via cesárea), o recém-nascido não entrará em contato com essa microbiota vaginal e fecal materna, e sim com as bactérias presentes na pele da mãe, nos funcionários do hospital e no ambiente. Dessa forma, o bebê que nasce via vaginal terá uma microbiota intestinal com colonização diferente daquele nascido via cesárea (DOMINGUEZ-BELLO et al., 2010; SHIN et al., 2015).

O número de crianças nascidas via cesárea cresce de forma alarmante em todo o mundo. A região da América do Sul tem a taxa mais alta de nascidos via cesárea (42,9%), e é seguida pela América do Norte (32,3%). Na Europa, essa taxa é de 25%, e na Ásia, 19,2% (BETRÁN et al., 2016). Especificamente nos Estados Unidos da América, acredita-se que nasce um recém-nascido via cesárea a cada três nascidos por parto vaginal (AAGAARD; STEWART; CHU, 2016). No Brasil, 41,9% dos partos são realizados com interferência cirúrgica, segundo dados do Ministério da Saúde (2017).

Essa revisão de literatura se faz necessária para difundir e entender a importância como o tipo de parto pode moldar a colonização bacteriana da microbiota intestinal do recém-nascido e de que maneira poderá interferir negativamente no equilíbrio bacteriano dessa

microbiota, ou seja, ocasionar disbiose, de forma a influenciar diretamente na saúde da criança.

2. MATERIAIS E MÉTODO

A revisão literata foi realizada em julho de 2020, nas bases de dados Periódicos CAPES e Pub Med. Os descritores utilizados foram os seguintes: " Gut microbiota" AND "Caesarian section" AND "Vaginal delivery" or "Gut microbiota" AND "Child health" AND " Mother transmissions" AND "Birth" em todas as bases de dados. Foram selecionados 10 artigos, incluídos segundo os critérios de elegibilidade conforme a Figura 1. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, nos últimos cinco anos (2016 a 2020), envolvendo a influência do tipo de parto sobre a composição da microbiota do recém-nascido e as consequências desta influencia na saúde da criança. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão de literatura.

Após a busca dos artigos utilizando os descritores apresentados, foram obtidos um total de 440 registros, distribuídos da seguinte forma: 366 no Periódicos CAPES e 74 no Pub Med. Entre os registros encontrados, foi realizada a leitura dos títulos sendo obtido 96 artigos, e após a detecção de duplicidades, 90 artigos. Após a leitura de resumos, foram excluídos 36 artigos, restando 54 para leitura na íntegra. Trabalhos que apresentavam resultados levando em consideração outros fatores de influência na microbiota de recém nascidos além do tipo de parto foram excluídos após leitura completo do artigo. Dessa forma, 10 artigos (todos na língua inglesa) continham todas as informações requeridas, sendo assim incluídos na revisão de literatura (Figura 1).

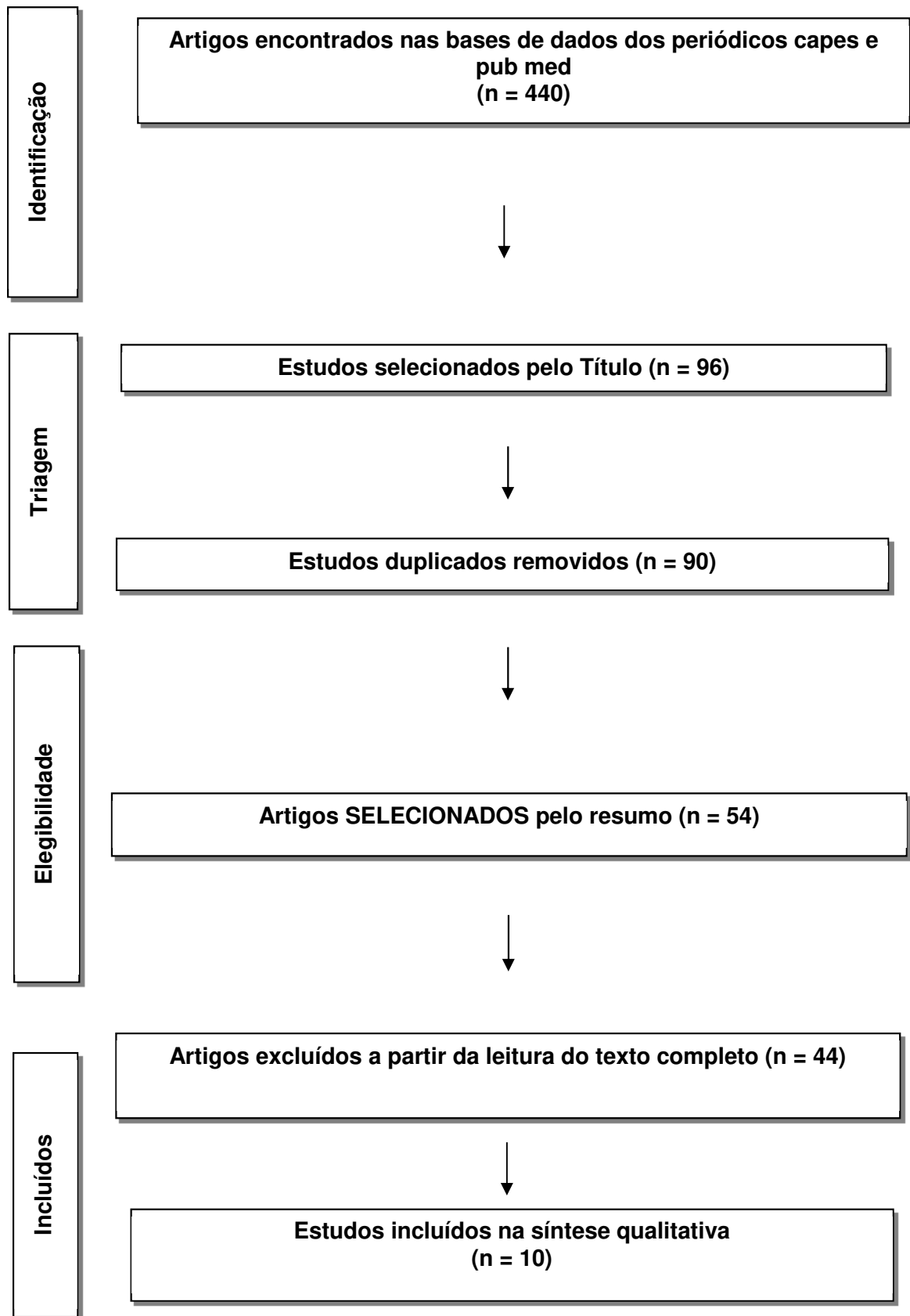


Figura 1. Fluxograma e critérios de seleção e inclusão dos artigos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

Dos estudos selecionados (Tabela 1), foi possível perceber as diferenças na composição da microbiota em crianças nascidas por diferentes vias de parto: cesárea (cirúrgico) ou vaginal.

Os artigos utilizados nessa pesquisa apresentaram resultados com análise da composição da microbiota nos diferentes tipos de parto. As bactérias analisadas pertencem ao: filo Bacteroidetes, principalmente gêneros *Bacteroides* e *Parabacteroides*; filo Actinobactéria, como presença do gênero *Bifidobacterium*; Filo Firmicutes com presença do gênero *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Lactobacillus*, *Staphylococcus* e *Clostridium*, e família Lachnospiraceae; gênero *Escherichia* e *Klebsiella* do filo Proteobacteria.

Segundo Mueller et al. (2017); Wampach et al. (2018); Yang et al. (2019); Reyman et al. (2019) e Shao et al. (2019), crianças nascidas por parto vaginal tiveram mais bactérias do gênero *Bacteroides* e *Bifidobacterium*, respectivamente do filo Bacteroidetes e Actinobactéria, do que crianças nascidas via cesárea.

Os resultados à cerca do gênero *Lactobacillus* são um pouco controversos. Nagpal et al. (2016) encontraram maior colonização do gênero em crianças nascidas via vaginal. Liu et al. (2019) observou maior quantidade de *Lactobacillus* em recém nascidos via cesárea, enquanto Yang et al. (2019) não averiguou diferença significativa na colonização se comparado as vias de parto.

Da mesma forma, o gênero *Clostridium* foi mais presente em crianças nascidas via cesárea segundo Yang et al. (2019) e Shao et al. (2019), porém Mueller et al. (2017) encontrou maior quantidade da bactéria em crianças nascidas via vaginal se comparado ao parto cirúrgico.

De acordo com Wampach et al. (2018); Akagawa et al. (2019) e Shao et al. (2019), bactérias do tipo *Staphylococcus* foram encontradas em maior quantidade em crianças nascidas via cesárea.

Em relação as bactérias do gênero *Parabacteroides*, pertencente ao filo Bacteroidetes, foram encontradas em quantidades maiores na microbiota de crianças nascidas via vaginal (MUELLER et al., 2017; WAMPACH et al., 2018; SHAO et al., 2019). Por outro lado, bactérias do gênero *Enterococcus* e *Klebsiella* foram observadas em

quantidades superiores em nascidos via cesárea (REYMAN et al., 2019; SHAO et al., 2019; YANG et al., 2019; LIU et al., 2019).

Ao se analisar o filo Firmicutes em geral, resultados mostram a prevalência desse filo em crianças nascidas via cirúrgica se comparado as nascidas por parto vaginal (TUN et al., 2018; YANG et al., 2019; LIU et al., 2019; AKAGAWA et al., 2019).

Além disso, crianças que nasceram via vaginal tiveram maior diversidade na composição da microbiota se comparada a crianças que nasceram do outro modo (JASAREVIC et al., 2018; AKAGAWA et al., 2019).

A família Lachnospiraceae, do filo Firmicutes, foi encontrada em grandes quantidades em recém nascidos via cesárea em mães com sobrepeso ou obesidade (TUN et al., 2018).

Tabela 1 – Demonstrativo dos artigos que integram a Revisão Integrativa

#N	Data	Título	Autores	Resultados
1	2016	Sensitive Quantitative Analysis of the Meconium Bacterial Microbiota in Healthy Term Infants Born Vaginally or by Cesarean Section	(NAGPAL et al., 2016)	Crianças nascidas via parto cesárea tiveram menor colonização de bactérias do gênero <i>Lactobacillus</i> se comparados as crianças que nasceram de parto vaginal.
2	2017	Delivery Mode and the Transition of Pioneering Gut-Microbiota Structure, Composition and Predicted Metabolic Function	(MUELLER et al., 2017)	Crianças nascidas via cesárea possuíam menos <i>Bacteroidetes</i> , <i>Parabacteroides</i> e <i>Clostridium</i> do que as nascidas via parto vaginal.
3	2018	Birth mode is associated with earliest strain-conferred gut microbiome functions and immunostimulatory potential	(WAMPACH et al., 2018)	<i>Bacteroides</i> e <i>Parabacteroides</i> em altas quantidades em crianças nascidas via vaginal, e <i>Staphylococcus</i> em maior quantidades nos nascidos via cesárea se comparado aos nascidos via vaginal. Modo de parto foi considerado o que determina a colonização da microbiota. Crianças nascidas via vaginal apresentaram mais bactérias gram-negativas, aumentando a biossíntese de lipopolissacarídeos (LPS).
4	2018	Roles of Birth Mode and Infant Gut Microbiota in Intergenerational Transmission of Overweight and Obesity From Mother to Offspring	(TUN et al., 2018)	Crianças nascidas via cesárea de mães com sobrepeso ou obesidade possuíam 2 vezes mais bactérias do tipo <i>Firmicutes</i> se comparado as crianças nascidas via vaginal. Nascidos via vaginal tinham maior variedade de bactérias do tipo <i>Bacteroides</i> , em mães com sobrepeso ou obesidade. A família Lachnospiraceae foi encontrada em grandes quantidades em recém nascidos via cesárea.
5	2018	The Maternal vaginal microbiome partially mediates the effects of prenatal stress on offspring gut and hypothalamus	(JAŠAREVIĆ et al., 2018)	Diversidade da microbiota das crianças nascidas via cesárea foi significativamente menor do que nas crianças nascidas via parto vaginal.
6	2019	<i>Bifidobacterium</i> and <i>Lactobacillus</i> Composition at Species Level and Gut Microbiota Diversity in Infants before 6 weeks	(YANG et al., 2019)	Crianças nascidas via parto cesárea tiveram maior abundância de bactérias do tipo Firmicutes, como <i>Enterococcus</i> e <i>Clostridium</i> se comparado ao grupo de crianças do parto vaginal. Crianças nascidas via vaginal tinham mais bactérias do filo Bacteroidetes e Actinobactéria, como <i>Bifidobacterium</i> , <i>Bacteroides</i> <i>Streptococcus</i> , do que o outro grupo. Pouca diferença no grupo <i>Lactobacillus</i> .
7	2019	Effects of delivery mode and nutrition on gut microbiota in Neonates	(AKAGAWA et al., 2019)	Bactérias da ordem Bacteroidales e Enterobacteriales estão mais presentes no grupo de crianças nascidas via vaginal do que as crianças nascidas via cesárea. O primeiro grupo tem mais diversidade que o segundo, sendo este mais rico em bactérias da ordem Lactobacillales, como <i>Enterococcus</i> e <i>Streptococcus</i> e ordem Bacillales,

				como <i>Staphylococcus</i> . Bebês nascidos via cesárea foram dominados por bactérias do tipo Firmicutes enquanto <i>Bacteroides</i> e o filo Proteobacteria foram mais presentes nos nascidos via vaginal.
8	2019	Impact of delivery mode-associated gut microbiota dynamics on health in the first year of life	(REYMAN et al., 2019)	Evidência de microbiota fecal, mais estável e desenvolvida em crianças nascidas via parto vaginal. Esse grupo também possui microbiota rica em <i>Bifidobacterium</i> e <i>Bacteroides</i> e pouco patogênicos em potencial como <i>Enterococcus</i> e <i>Klebsiella</i> , mais presentes nas crianças nascidas via cesárea.
9	2019	Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean- section birth	(SHAO et al., 2019)	Recém nascidos via parto vaginal possuem microbiota enriquecida com bactérias do tipo <i>Bifidobacterium</i> (<i>Bifidobacterium longum</i> e <i>Bifidobacterium breve</i>), <i>Escherichia</i> (<i>Escherichia coli</i>), <i>Bacteroides</i> (<i>Bacteroides vulgatus</i>) e <i>Parabacteroides</i> (<i>Parabacteroides distasonis</i>). Bebês nascidos via cesárea são ricos em <i>Enterococcus</i> , <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Klebsiella</i> . e <i>Clostridium</i>
10	2019	The perturbation of infant gut microbiota caused by ceasarean delivery ini partially restored by breastfeeding	(LIU et al., 2019)	Crianças nascidas via parto cesárea possuem maior quantidade de bactérias do filo Firmicutes, e do tipo <i>Lactobacillus</i> e <i>Klebsiella</i> e as nascidas do parto vaginal maior quantidade de bactérias da ordem <i>Bifidobacterium</i> e família <i>Bifidobacteriaceae</i> .

3.2 DISCUSSÃO

O padrão de colonização do lúmen intestinal nos primeiros anos de vida foi analisado por diferentes métodos, sendo possível observar a variação na composição da microbiota dependendo da via de parto.

Crianças nascidas por parto cesárea possuem microbiota com maior presença de bactérias do filo Firmicutes do que do filo Bacteroidetes, e o inverso acontece nas nascidas via vaginal. Estudos associam a composição da microbiota, principalmente dos filios Firmicutes e Bacteroidetes com a obesidade e sobrepeso. Humanos obesos tem menor proporção de Bacteroidetes e maior de Firmicutes se comparado a indivíduos não obesos, além de haver uma menor diversidade bacteriana na microbiota intestinal de pessoas obesas (LEY et al., 2006).

Além disso, outros estudos associam a disbiose e falta de diversidade da microbiota ocasionada pelo parto cesáreo, o que foi encontrado nos resultados do presente artigo, associada a diversas doenças incluindo diabetes tipo 1, doenças celíacas, alergias, asma, síndrome do intestino irritável e síndrome do espectro autista (HSIAO et al., 2013; MAGNE et al., 2020)

Outro fator importante são os lipopolissacarídeos (LPS). Essas moléculas fazem parte da membrana gram-negativa de bactérias e funcionam como antígenos, sendo um alto potenciador de resposta imune do organismo. Os LPS ativam receptores do tipo Toll-Like

(TLR) e o complexo do tipo CD14, e acabam estimulando a síntese de citocinas pró-inflamatórias. Segundo Wampatch et al. (2018), crianças nascidas via vaginal tiveram microbiota rica em bactérias que fazem biossíntese de LPS. Em quantidades adequadas, síntese microbiana de LPS promove a secreção de citocinas pró-inflamatórias, resultando em aumento de potencial imuno-estimulador do organismo, além de auxiliar no amadurecimento da resposta imune nos recém nascidos. Em modelos de laboratório, foi mostrado que a regulação do sistema imune via LPS pode contribuir para proteção de doenças imunomediadas como diabetes (CANI et al., 2007; TSUKUMO et al., 2007; ARRIETA et al., 2015; VATANEN et al., 2016; GENSOLLEN et al., 2016; MAGNE et al., 2020).

Ademais, estudos mostram que a família Lachnospiraceae do filo Firmicutes, que foi encontrada em grandes quantidades em recém nascidos via cesárea em mães com sobrepeso ou obesidade, pode estar relacionada a aumento da adiposidade corporal e inflamação desse tecido, como também ao desenvolvimento de diabetes (CHO et al., 2013; KAMEYAMA; ITOH, 2014; POROYKO et al., 2016).

O gênero *Lactobacillus* foi analisado em recém nascidos e sua presença foi detectada em quantidades distintas dependendo do estudo. Nagpal et al. (2016) observou maior presença de bactérias desse gênero em crianças nascidas via vaginal; Liu et al. (2019) encontrou maior quantidade em crianças nascidas via parto cesárea, enquanto Yang et al. (2019) encontraram resultados que não mostram diferença significativa entre os dois tipos de parto em relação a esse gênero. Tendo em vista os resultados controversos, pode-se afirmar que o gênero *Lactobacillus* está presente na composição da microbiota de recém nascidos independentemente do tipo de parto, algo positivo para o bebê considerando que *Lactobacillus* influenciam na expressão do receptor de GABA no cérebro (associado diretamente a distúrbios de ansiedade e estresse). Em modelos de laboratório, a presença do gênero se relacionou com a capacidade de lidar com situações de estresse, indicando uma possível relação da colonização por *Lactobacillus* e comportamento (BRAVO et al., 2011).

Em relação as bactérias do gênero *Bacteroides*, encontrados em maior quantidade em recém-nascidos que nasceram por parto vaginal, pode-se afirmar que são considerados importantes reguladores da imunidade intestinal. Da mesma forma, *Bacteroides* e *Bifidobacterium* podem ter um efeito protetivo para doenças respiratórias (MACFARLANE; MACFARLANE, 2003).

Estudos realizados especificamente com bactérias do tipo *Bifidobacterium* mostram que a presença desse gênero na microbiota intestinal está associada a uma proteção contra

patógenos e aumento do pH local, indiretamente aumentando a abundância de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC). O aumento de AGCC favorece a redução da motilidade intestinal e proporciona uma maior absorção de nutrientes no lúmen intestinal. Além disso, essas bactérias estão relacionadas a uma habilidade de estimular resposta imune, como também no estabelecimento e maturação da microbiota de crianças (BOUCHER et al., 2009; TURRONI et al., 2012; SUBRAMANIAN et al., 2014; TAMBURINI et al., 2016).

Esses dados mostram a relação entre a maior quantidade de bactérias desse gênero na colonização intestinal de recém-nascidos via parto vaginal e estímulo a resposta imune, como também um bom funcionamento do trato gastrointestinal. Ao mesmo tempo, crianças nascidas via cesárea apresentaram menor quantidade e uma colonização tardia de *Bifidobacterium*, algo associado a adiposidade aos 18 meses de vida (DOGRA et al., 2015).

Por outro lado, presença de *Klebsiella* e *Enterococcus* no início da vida, pertencendo a família patogênica ESKAPE (referência a seis espécies de bactérias patogênicas), mostra relação com maior incidência de eventos de doenças respiratórias e foram encontradas em maior quantidade em nascidos via cesárea, o que indica uma relação desse tipo de parto com doenças do trato respiratório (BOUCHER et al., 2009).

As bactérias achadas em bebês nascidos via cesárea têm relação com as bactérias achadas no ambiente hospitalar, mostrando que recém nascidos via parto cirúrgico acabam sendo mais colonizados por bactérias do ambiente do que da mãe (PENDERS et al., 2006; DOMINGUEZ-BELLO et al., 2010).

Em crianças nascidas via parto cesárea, a presença de maiores quantidades de *Staphylococcus* em sua microbiota está condizente com alguns estudos (DOMINGUEZ-BELLO et al., 2010), que demonstraram a semelhança da microbiota dos recém nascidos com a microbiota da pele da mãe em nascidos via cirúrgica. A presença dessa bactéria em maior quantidade em crianças nascidas via cesárea pode estar relacionada a casos de resistência a metilina para infecções de pele por *Staphylococcus aureus* (WATSON et al., 2006). Quando há o nascimento por parto vaginal, a criança será colonizada por outras bactérias, reduzindo os nichos para possíveis colonizações de bactérias patogênica como a *S. aureus*.

Em relação ao gênero *Clostridium*, esse presente estudo não pode determinar uma relação com o tipo de parto por resultados contraditórios. Contudo, dois artigos (YANG et al., 2019; SHAO et al., 2019) encontraram a maior presença desse gênero em crianças nascidas via cesárea. Nesse contexto, alguns estudos confirmam a presença desse gênero em crianças nascidas por essa via de parto, algo relacionado a presença das bactérias desse gênero nas colônias da pele de funcionários hospitalares (PENDERS et al., 2006). Ademais,

há associação entre a presença elevada de *Clostridium difficile* em recém-nascidos com desenvolvimento de alergias, de forma a acrescentar uma possível relação entre o tipo de parto, a presença desse microrganismo e o desenvolvimento de doenças nos primeiros anos de vida da criança (BJÖRKSTÉN et al., 2001; PENDERS et al., 2013).

Assim, pode-se fazer uma associação entre crianças nascidas por parto cesárea e que, dessa forma, não entraram em contato com a microbiota vaginal materna, com maior predisposição a desenvolver diversas síndromes, doenças crônicas, respiratórias e intestinais pela composição da microbiota.

É importante salientar que esse tema ainda deve ser bem explorado, sendo que os estudos utilizados nessa pesquisa de revisão de literatura não apresentaram: mesmos tipos de métodos de análise; houve falta de padronização nas idades dos participantes; presença de diferentes espécies de bactérias analisadas e análise com algum outro fator de influência na microbiota além do tipo de parto (como obesidade ou sobrepeso materno). Esses fatores podem influenciar nos resultados obtidos. Ademais, não foi analisado nessa pesquisa até qual idade do indivíduo o tipo de parto foi fator determinante para composição da microbiota, e nem como a alimentação do recém-nascido influenciou nessa microbiota, e conseqüentemente, na saúde da criança.

4. CONCLUSÃO

O tipo de parto tem influência direta na microbiota de crianças recém nascidas, determinando a variedade e quantidade das bactérias presentes na colonização no lúmen intestinal. Considerando que a microbiota tem papel importante no desenvolvimento do sistema imune do indivíduo e está totalmente relacionada ao aparecimento de diversas patologias, conclui-se que o tipo de parto também irá influenciar na resposta imune do recém-nascido, aumentando o risco de desenvolvimento de diversas síndromes, processos inflamatórios, doenças crônicas, doenças respiratórias e alergias na criança. Dessa forma, o presente estudo identificou que o parto vaginal teve relação com microbiota mais diversificada e colonizada por bactérias consideradas benéficas pra o organismo quando comparado a de crianças nascidas via cesárea.

5. REFERÊNCIAS

- AAGAARD, K.; STEWART, C. J.; CHU, D. Una destinatio, viae diversae. **EMBO reports**, v. 17, n. 12, p. 1679–1684, 2016.
- AKAGAWA, S.; TSUJI, S.; ONUMA, C.; AKAGAWA, Y.; YAMAGUCHI, T.; YAMAGISHI, M.; et al. Effect of delivery mode and nutrition on gut microbiota in Neonates. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 74, n. 2, p. 132–139, 2019.
- ARRIETA, M. C.; STIEMSMA, L.; DIMITRIU, P. A.; THORSON, L.; RUSSELL, S.; YURIST-DOUTSCH, S.; et al. Early infancy microbial and metabolic alterations affect risk of childhood asthma. **Science Translational Medicine**, v. 7, n. 307, p. 1–14, 2015.
- BETRÁN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. B.; ZHANG, J. GÜLMEZOGLU, A. M.; TORLONI, M. R. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. **PLoS ONE**, v. 11, n. 2, p. 1–12, 2016.
- BJÖRKSTÉN, B.; SEPP, E.; JULGE, K.; VOOR, T.; MIKELSAAR, M. Allergy development and the intestinal microflora during the first year of life. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 108, n. 4, p. 516–520, 2001.
- BOUCHER, H. W.; TALBOT, G. H.; BRADLEY, J. S.; EDWARDS, J. E.; GILBERT, D.; RICE, L. B.; et al. Bad bugs, no drugs: No ESKAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**, v. 48, n. 1, p. 1–12, 2009.
- BRAVO, J. A.; FORSYTHE, P.; CHEW, M. V.; ESCARAVAGE, E.; SAVIGNAC, H. M.; DINAN, T. G.; et al. Ingestion of Lactobacillus strain regulates emotional behavior and central GABA receptor expression in a mouse via the vagus nerve. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 108, n. 38, p. 16050–16055, 2011.
- CANI, P. D.; AMAR, J.; IGLESIAS, M. A.; POGGI, M.; KNAUF, C.; BASTELICA, D.; et al. Metabolic Endotoxemia Initiates Obesity and Insulin Resistance. **Encyclopedia of Stress**, v. 56, p. 1761–1772, 2007.
- CHO, I.; YAMANISHI, S.; COX, L.; METHÉ, B. A.; ZAVADIL, J.; GAO, Z.; et al. Antibiotics in early life alter the murine colonic microbiome and adiposity. **Nature**, v. 488, n. 7413, p. 621–626, 2013.
- DOGRA, S.; SAKWINSKA, O.; SOH, S. E.; NGOM-BRU, C.; BRÜCK, W. M.; BERGER, B.; et al. Dynamics of infant gut microbiota are influenced by delivery mode and gestational duration and are associated with subsequent adiposity. **mBio**, v. 6, n. 1, p. 1–9, 2015.
- DOMINGUEZ-BELLO, M. G.; COSTELLO, E. K.; CONTRERAS, M.; MAGRIS, M.; HIDALGO, G.; FIERER, N.; et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 107, n. 26, p. 11971–11975, 2010.
- GENSOLLEN, T.; IYER, S. S.; KASPER, D. L.; BLUMBERG, R. S. How colonization by microbiota in early life shapes the immune system. **Science**, v. 352, n. 6285, p. 539–544, 2016.

- HSIAO, E. Y.; MCBRIDE, S. W.; HSIEN, S.; SHARON, G.; HYDE, E. R.; MCCUE, T.; et al. Microbiota modulate behavioral and physiological abnormalities associated with neurodevelopmental disorders. **Cell**, v. 155, n. 7, p. 1451–1463, 2013.
- JAŠAREVIĆ, E.; HOWARD, C. D.; MORRISON, K.; MISIC, A.; WEINKOPFF, T.; SCOTT, P.; et al. The maternal vaginal microbiome partially mediates the effects of prenatal stress on offspring gut and hypothalamus. **Nature Neuroscience**, v. 21, n. 8, p. 1061–1071, 2018.
- KAMEYAMA, K.; ITOH, K. Intestinal colonization by a lachnospiraceae bacterium contributes to the development of diabetes in obese mice. **Microbes and Environments**, v. 29, n. 4, p. 427–430, 2014.
- LANDMAN, C.; QUÉVRAIN, E. Le microbiote intestinal : description, rôle et implication physiopathologique. **Revue de Medecine Interne**, v. 37, n. 6, p. 418–423, 2016.
- LEY, R. E.; TURNBAUGH, P. J.; KLEIN, S.; GORDON, J.I. Microbial ecology: Human gut microbes associated with obesity. **Nature**, v. 444, n. 7122, p. 1022–1023, 2006.
- LIU, Y.; QIN, S.; SONG, Y.; FENG, Y.; LV, N.; XUE, Y.; et al. The perturbation of infant gut microbiota caused by cesarean delivery is partially restored by exclusive breastfeeding. **Frontiers in Microbiology**, v. 10, n. MAR, p. 1–11, 2019.
- MACFARLANE, S.; MACFARLANE, G. T. Regulation of short-chain fatty acid production. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 62, n. 1, p. 67–72, 2003.
- MAGNE, F.; GOTTELAND, M.; GAUTHIER, L.; ZAZUETA, A.; PESOA, S.; NAVARRETE, P.; et al. The firmicutes/bacteroidetes ratio: A relevant marker of gut dysbiosis in obese patients? **Nutrients**, v. 12, n. 5, p. 1–17, 2020.
- MATAMOROS, S.; GRAS-LEGUEN, C.; LE VACON, F.; POTEL, G.; DE LA COCHETIERE, M. F. Development of intestinal microbiota in infants and its impact on health. **Trends in Microbiology**, v. 21, n. 4, p. 167–173, 2013.
- MUELLER, N. T.; SHIN, H.; PIZONI, A.; WERLANG, I. C.; MATTE, U.; GOLDANI, M. Z.; et al. Delivery mode and the transition of pioneering gut-microbiota structure, composition and predicted metabolic function. **Genes**, v. 8, n. 12, p. 1–11, 2017.
- NAGPAL, R.; TSUJI, H.; TAKAHASHI, T.; KAWASHIMA, K.; NAGATA, S.; NOMOTO, K.; et al. Sensitive quantitative analysis of the meconium bacterial microbiota in healthy term infants born vaginally or by cesarean section. **Frontiers in Microbiology**, v. 7, p. 1–9, 2016.
- PENDERS, J.; THIJS, C.; VINK, C.; STELMA, F. F.; SNIJDERS, B.; KUMMELING, I.; et al. Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. 511–521, 2006.
- PENDERS, J.; GERHOLD, K.; STOBBERINGH, E. E.; THIJS, C.; ZIMMERMANN, K.; LAU, S.; et al. Establishment of the intestinal microbiota and its role for atopic dermatitis in early childhood. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 132, n. 3, p. 601- 607.e8, 2013.
- POROYKO, V. A.; CARRERAS, A.; KHALYFA, A.; KHALYFA, A. A.; LEONE, V.; PERIS, E.; et al. Chronic Sleep Disruption Alters Gut Microbiota, Induces Systemic and Adipose Tissue Inflammation and Insulin Resistance in Mice. **Scientific Reports**, v. 6, p. 1–11, 2016.

- REYMAN, M.; VAN HOUTEN, M. A.; VAN BAARLE, D.; BOSCH, A. A.T.M.; MAN, W. H.; CHU, M. L. J. N.; et al. Impact of delivery mode-associated gut microbiota dynamics on health in the first year of life. **Nature Communications**, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2019.
- SHAO, Y.; FORSTER, S. C.; TSALIKI, E.; VERVIER, K.; STRANG, A.; SIMPSON, N.; et al. Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean-section birth. **Nature**, v. 574, n. 7776, p. 117–121, 2019.
- SHIN, H.; PEI, Z.; MARTINEZ, K. A.; RIVERA-VINAS, J. I.; MENDEZ, K.; CAVALLIN, H.; et al. The first microbial environment of infants born by C-section: the operating room microbes. **Microbiome**, v. 3, p. 59, 2015.
- SUBRAMANIAN, S.; HUQ, S.; YATSUNENKO, T.; HAQUE, R.; MAHFUZ, M.; ALAM, M. A.; et al. Persistent gut microbiota immaturity in malnourished Bangladeshi children. **Nature**, v. 510, n. 7505, p. 417–421, 2014.
- TAMBURINI, S.; SHEN, N.; WU, H. C.; CLEMENTE, J. C. The microbiome in early life: Implications for health outcomes. **Nature Medicine**, v. 22, n. 7, p. 713–722, 2016.
- TSUKUMO, D.; M. L. CARVALHO-FILHO, M. A.; CARVALHEIRA, J. B. C.; PRADA, P. O.; HIRABARA, S. M.; SCHENKA, A.A.; et al. Loss-of-Function Mutation in Toll-Like Receptor 4 prevents Diet-Induced Obesity and Insulin Resistance. **Diabetes**, v. 56, n. August, p. 1986–98, 2007.
- TUN, H. M.; BRIDGMAN, S.L.; CHARI, R.; FIELD, C. J.; GUTTMAN, D. S.; BECKER, A. B.; et al. Roles of birth mode and infant gut microbiota in intergenerational transmission of overweight and obesity from mother to offspring. **JAMA Pediatrics**, v. 172, n. 4, p. 368–377, 2018.
- TURRONI, F.; PEANO, C.; PASS, D. A.; FORONI, E.; SEVERGNINI, M.; CLAESSION, M. J.; et al. Diversity of bifidobacteria within the infant gut microbiota. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. 20–24, 2012.
- VATANEN, T.; KOSTIC, A. D.; D'HENNEZEL, E.; SILJANDER, H.; FRANZOSA, E. A.; YASSOUR, M.; et al. Variation in Microbiome LPS Immunogenicity Contributes to Autoimmunity in Humans. **Cell**, v. 165, n. 4, p. 842–853, 2016.
- WAMPACH, L.; HEINTZ-BUSCHART, A.; FRITZ, J. V.; RAMIRO-GARCIA, J.; HABIER, J.; HEROLD, M.; et al. Birth mode is associated with earliest strain-conferred gut microbiome functions and immunostimulatory potential. **Nature Communications**, v. 9, n. 1, p. 1–14, 2018.
- YANG, B.; CHEN, Y.; STANTON, C.; ROSS, R. P.; LEE, Y. K.; ZHAO, J.; et al. Bifidobacterium and lactobacillus composition at species level and gut microbiota diversity in infants before 6 weeks. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 13, p. 1–16, 2019.

CONHECIMENTO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

**Júlia Maria de Souza Cavalcante¹, Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes²,
Jéssica Leite Bernardo da Silva¹, Andrea Tavares Ferreira³, Gabrielle Pessôa da
Silva², Laís Helena de Souza Soares Lima² e Francisca Márcia Pereira Linhares²**

1. Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco, Brasil;
2. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco, Brasil;
- 3 Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento prévio das mulheres em privação de liberdade sobre os primeiros socorros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Número do parecer: 3.084.075) e se deu por meio da aplicação de pré-testes antes das intervenções educativas do projeto de extensão “Ações educativas na formação de primeiros socorros para mulheres em privação de liberdade”. **Resultados:** A amostra foi composta por 41 mulheres privadas de liberdade, com idade entre 18 a 58 anos. A maioria é solteira (58,5%), com dois filhos (29,3%) e de cor parda, morena ou mulata (68,3%). Grande parte das participantes apresenta escolaridade baixa, possui ensino fundamental incompleto (68,3%), com média de 2,98 em anos de estudo. De acordo com os resultados do pré-teste, as participantes obtiveram média geral de acertos de 58,2% sobre os temas de primeiros socorros. **Conclusão:** A realização sem técnica correta e sem embasamento científico de condutas de primeiros socorros implicará em possíveis consequências, como erros de conduta no manejo da vítima, bem como na transmissão de saberes sobre o tema de forma errônea.

Palavras-chave: Educação em saúde, Enfermagem, Mulheres, Primeiros socorros e Prisões.

ABSTRACT

Objective: To verify the prior knowledge of women in deprivation of liberty about first aid. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was carried out after approval by the Research Ethics Committee (Number: 3.084.075) and was done through the application of pre-tests before the educational interventions of the extension project “Educational actions in the training of first aid for women

deprived of liberty ". Results: The sample consisted of 41 women deprived of their liberty, aged between 18 and 58 years. Most are single (58.5%), have two children (29.3%) and are brown, brunette or mulatto (68.3%). Most of the participants have low schooling, incomplete primary education (68.3%), with an average of 2.98 in years of study. According to the results of the pre-test, the participants obtained a general average of correct answers of 58.2% on the topics of first aid. Conclusion: Carrying out first aid procedures without the correct technique and without scientific basis will result in possible consequences, such as conduct errors in the management of the victim, as well as the transmission of knowledge about the topic in an erroneous way.

Keywords: Health Education, Nurse, Women, First aid and Prisons.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a população carcerária é majoritariamente composta por homens. Entretanto, observa-se um aumento do percentual de mulheres dentro deste cenário, sobretudo nos últimos anos. Enquanto a população prisional masculina cresceu 296%, entre os anos 2000 e 2016, o número de mulheres custodiadas no sistema penitenciário aumentou 656% no mesmo período, o que totaliza 42 mil mulheres privadas de liberdade no país (BRASIL, 2018).

A situação de precariedade das instituições penais brasileiras envolve a falta de recursos básicos e a violação da dignidade humana. Quando se trata da população carcerária feminina, a situação é ainda mais delicada, tanto pelo estigma social que carrega a mulher reclusa, quanto pela ocorrência de gestações e vulnerabilidades às doenças físicas e psíquicas. Esse cenário torna essas mulheres mais suscetíveis às situações de maus tratos, negligência e de violência agregada à falta de cuidados a quem está em reclusão (VIAFORE, 2005; NASCIMENTO et al., 2018; MINAYO; RIBEIRO, 2016; FAZEL et al., 2016).

O ambiente prisional é propício para o surgimento de situações que geram danos à saúde, a exemplo da ocorrência de acidentes inesperados. Com base nisso, é fundamental que essas pessoas conheçam algum tipo de informação sobre como agir diante destas situações, seja para prevenção ou para a assistência direta à pessoa que necessite dos primeiros socorros (SOARES; BUENO, 2016).

Os primeiros socorros significam uma assistência imediata fornecida à pessoa que sofreu algum agravo, ou que adoeceu subitamente. A *American Heart Association* define essa assistência como um conjunto de avaliações e intervenções que podem ser realizadas tanto por um espectador quanto pela vítima que possui pouco ou nenhum equipamento médico (MARKESON et al., 2010).

Ao conhecer o contexto da emergência, o indivíduo torna-se capacitado para avaliar se os acontecimentos vivenciados necessitam de atendimento especializado ou não. A capacitação em primeiros socorros irá ajudar a realizar um melhor julgamento quanto as necessidades da vítima e sobre o Suporte Básico de Vida (SBV). Este suporte é um conjunto de ações que consiste no atendimento inicial prestado ao indivíduo em uma situação de emergência, com o objetivo de reduzir danos à vítima até a chegada do atendimento de socorristas que irão prestar os cuidados avançados (PERGOLA; ARAÚJO, 2009; CHEHUEN NETO et al., 2016).

A atuação efetiva e oportuna após avaliação inicial, pode repercutir de forma positiva em situações como: síncope, hemorragia, trauma, crise convulsiva, engasgo, Parada Cardiorrespiratória (PCR), dentre outras (GALINDO et al., 2017). Ao considerar esse contexto, torna-se relevante a avaliação das noções básicas em primeiros socorros das mulheres em privação de liberdade, a fim de elencar as fragilidades e potencialidades no conhecimento, de forma a possibilitar um embasamento à futuras pesquisas de intervenção em saúde direcionadas a esta população, que envolvem tanto primeiros socorros quanto outras temáticas relacionadas à saúde. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento prévio das mulheres em privação de liberdade sobre os primeiros socorros.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo é do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

2.1 ÁREA DA COLETA

O estudo foi realizado na Escola Estadual Olga Benário Prestes que funciona em uma Unidade Prisional Feminina, localizada na região metropolitana da cidade do Recife-PE, denominada Colônia Penal Feminina do Recife (CPFR). Atualmente, a CPFR consta com 633 mulheres em privação de liberdade em regime fechado e aberto e tem 35 celas, cada uma com aproximadamente 12 m². A escola funciona em três turmas (manhã, tarde e noite). Em cada turno funcionam quatro turmas (duas de ensino fundamental e duas de ensino médio), cada turma tem entre 15 a 20 alunas.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo foi composta 101 mulheres privadas de liberdade matriculadas na Escola Estadual Olga Benário Prestes dos turnos manhã e tarde que participaram das intervenções educativas do projeto de extensão intitulado “Ações educativas na formação de primeiros socorros para mulheres em privação de liberdade”. A seleção da amostra foi por conveniência e foram incluídas às mulheres que responderam no mínimo 50% dos pré-testes perfazendo um total de 41 mulheres.

2.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um questionário pré-teste, aplicado antes das intervenções educativas desenvolvidas no projeto de extensão supra citado. Na ocasião também foi aplicado um questionário sociodemográfico. As intervenções educativas sobre primeiros socorros ocorriam todas as terças-feiras no horário de 14:00 às 15:30h e todas as sextas feiras no horário de 9:00 às 10:30h. durante o horário de aula da referida escola. Cada semana era abordado um tema diferente sobre a temática de primeiros socorros. O instrumento de coleta de dados (pré-teste) foi elaborado pelos docentes e discentes do projeto de extensão. Posteriormente, foi feito um teste piloto com cinco reeducandas, com a finalidade de realizar ajustes quanto ao nível de complexidade das perguntas e a clareza das mesmas. O instrumento apresentava questões de múltipla escolha sobre primeiros socorros, com apenas uma alternativa correta.

As temáticas incluídas no pré-teste foram relacionadas com os assuntos abordados na intervenção educativa do projeto de extensão: Noções básicas sobre primeiros socorros; Sinais vitais; Acidentes com animais peçonhentos; Parada cardiorrespiratória e engasgo; Crise convulsiva, desmaio e vertigem; e Ferimentos; queimaduras e choque elétrico. Para determinar o perfil sociodemográfico utilizou-se um questionário, o qual continha informações como: idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão e renda familiar

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no Excel 2010 e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados

sociodemográficos e do conhecimento de primeiros socorros, a qual incluiu as frequências absolutas e os percentuais.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob número do parecer: 3.084.075. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da coleta de dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados os dados sociodemográficos (Tabela 1) e, posteriormente, dados referentes ao conhecimento das mulheres privadas de liberdade sobre os primeiros socorros (Tabela 2), o qual foi mensurado pela aplicação do pré-teste.

Conforme a Tabela 1, a maioria das entrevistadas tem faixa etária de 35 anos ou menos (56,1%), é solteira (58,5%), tem dois filhos (29,3%) e se declara parda, morena ou mulata (68,3%). Em relação à escolaridade, a maioria tem o ensino fundamental incompleto (68,3%), com média de 2,98 anos de estudo.

Em relação à profissão, a maioria não trabalhava antes da prisão (26,8%). Porém, dentre as que trabalhavam, predominaram as seguintes ocupações: trabalho autônomo (12,2%), faxineira (9,8%) e vendedora (9,8%). Quanto ao perfil socioeconômico, observa-se o predomínio de mulheres com renda de um salário mínimo (41,5%).

Em comparação com o estudo de Ferreira e Fernandes (2020), que teve como objetivo identificar o perfil social das mulheres da CPFR, as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, raça e renda encontram-se semelhantes de acordo com as informações colhidas, com a média de idade de 31,94 anos, predominância de mulheres solteiras (69%), pardas (58,5%) e escolaridade fundamental completa ou incompleta (66,2%). Ademais, no estudo de Teixeira et al. (2017), que buscou identificar a situação das mulheres encarceradas da Unidade Prisional da região do Cariri - CE, a variável idade foi em média entre 18 e 20 anos (52,63%), a maioria solteira (52,63%) e 63,15% não possuíam renda fixa.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das entrevistadas. Recife, Pernambuco, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Idade		
Até 35 anos	23	56,1
Acima de 35 anos	18	43,9
Estado civil		
Solteira	24	58,5
Casada	7	17,1
União estável	6	14,6
Divorciada	2	4,9
Viúva	2	4,9
Número de filhos		
Nenhum	8	19,5
1 filho	9	22,0
2 filhos	12	29,3
3 filhos	5	12,2
4 ou mais	7	17,1
Raça		
Branca	10	24,4
Amarela/Asiática	0	0,0
Parda/Morena/Mulata	28	68,3
Negra	3	7,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	28	68,3
Fundamental completo	1	2,4
Médio incompleto	4	9,8
Médio completo	3	7,3
Superior incompleto	3	7,3
Superior completo	2	4,9
Profissão antes da reclusão		
Não trabalhava	11	26,8
Trabalho autônomo	5	12,2
Faxineira	4	9,8
Vendedora	4	9,8
Outras	17	41,4
Renda		
Sem renda	6	14,6
Menos de 1 salário mínimo	8	19,5
1 salário mínimo	17	41,5
2 salários mínimos	6	14,6
3 ou mais salários mínimos	4	9,8

Fica evidente que o perfil sociodemográfico das mulheres em cárcere possui reiteração, de forma significativa, nos diferentes cenários e períodos de estudo. Além disso, o perfil das mulheres no presente estudo, está em consonância com o levantamento do INFOPEN 2018 (Sistema Integrado de Informações Penitenciárias), que também traz a

média de idade de jovens de até 29 anos de idade (mais de 50% das mulheres), 45% com ensino fundamental incompleto, 62% solteira e a prevalência da raça negra (62%). Quanto à variável raça, o INFOPEN contempla apenas as variáveis branca, negra, amarela, indígena e outras, podendo-se assim estar incluído na variável negra as variáveis parda/mulata/morena (BRASIL, 2018).

Os dados descritos na tabela 2 mostram a frequência das participantes no dia da intervenção e o número de assertivas obtido no pré-teste da respectiva intervenção educativa. Foram entrevistadas 41 mulheres privadas de liberdade, todavia devido ao perfil da CPFR, houveram variações nas frequências, pois muitas se ausentaram por ter que realizar alguma atividade da CPFR, seja para ir à audiência, visita, exame médico ou recebeu alvará de soltura, dificultando a permanência das mesmas na atividade da extensão. Desta forma, na representação numérica das frequências, observa-se variantes de acordo com a presença possível por parte das educandas no dia da aplicação da pesquisa. Ao longo dos seis encontros realizados, algumas educandas estiveram presentes a tres encontros, de acordo com um dos critérios de inclusão, justificando a variação de frequência entre 23 e 38 respostas.

Tabela 2. Análise geral da frequência das mulheres e da quantidade de acertos obtidos no pré-teste da respectiva intervenção educativa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2019.

Variáveis	Frequência	Acertos	%
Noções básicas de primeiros socorros	23	67	58,3
Sinais vitais e animais peçonhentos	20	40	66,7
Convulsão, desmaio e vertigem	38	117	51,3
Engasgo e parada cardiorrespiratória	31	88	56,8
Ferimentos	21	75	59,5
Queimaduras e choque elétrico	37	126	56,8
Total de acertos		513	58,2

O tema no qual foi obtido maior número assertivo foi: sinais vitais e acidentes com animais peçonhentos (66,7%). O menor desempenho foi na temática sobre convulsão, desmaio e vertigem (51,3%).

Em relação às temáticas de engasgo; parada cardiorrespiratória; queimaduras e choque elétrico, percebe-se que as mulheres privadas de liberdade obtiveram percentuais de acerto de 56,8% e na temática de ferimentos foi obtido 59,5% de acertos. Isso pode

representar um despreparo das participantes para identificar essas situações como desconhecimento quanto ao correto manejo das manobras, o que causa interferências no tempo e na qualidade da assistência prestada (FERREIRA et al., 2017).

No estudo de Pégola e Araújo (2008) foi avaliado o conhecimento da população acerca dos primeiros socorros, no qual foi evidenciado que muitos possuem conhecimento, porém, em muitos casos, os conhecimentos são parciais ou incorretos, o que pode resultar em uma assistência falha e possivelmente prejudicial à vítima. No estudo também foi visto que muitos entrevistados possuíam respostas de condutas não científicas, assim como também haviam pessoas que fizeram cursos obrigatórios de primeiros socorros, mas que não se sentiam aptos a prestar assistência quando necessário. Isso reforça sobre a importância da metodologia utilizada durante oficinas e intervenções educativas sobre o tema, a fim de garantir a compreensão de conhecimento de forma eficaz (PÉRGOLA; ARAÚJO, 2008).

As práticas de educação em saúde devem ser embasadas no estímulo da conscientização com ampliação da compreensão das questões envolvidas no ser/estar/sentir-se saudável. Ações de educação em saúde pautadas pela imposição, pelo controle ou pelo disciplinamento acrítico tendem a não gerarem bons resultados em relação ao empoderamento dos participantes (MACHADO et al., 2007). Dessa forma, considera-se que ações educativas não devem ser restritas à transmissão de informações e orientações com ações tecnicistas, devem priorizar a troca de informações entre indivíduos de diferentes culturas e realidades, com representações diversas sobre a saúde e as formas de ser e de estar saudável (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

No estudo de Cardoso et al. (2017) foi realizado uma revisão integrativa para avaliar o ensino de suporte básico de vida e de urgência e emergência para uma população leiga e foi visto que transmitir este conhecimento para a população possui benefícios, de forma significativa, para a redução de possíveis injúrias e até mesmo da mortalidade (CARDOSO et al., 2017).

Além disso, segundo Pereira et al., (2015), a educação em saúde sobre primeiros socorros encontra-se ainda restrita aos profissionais e estudantes dos cursos de saúde, mas poderia ser melhor difundido na sociedade (PEREIRA et al., 2015). É válido ressaltar que a população em estudo poderá ser multiplicadora de conhecimentos e saberes no cenário prisional onde estão inseridas. Pessoas que possuem entendimento adequado poderão contribuir na propagação de medidas adequadas de primeiros socorros, o que mostra a

importância da educação em saúde da população leiga, principalmente sobre abordagens de primeiros socorros (NARDINO et al., 2014; PEREIRA et al., 2015; FERREIRA et al., 2017).

Ao verificar o conhecimento de mulheres em privação de liberdade, é avaliado o conhecimento de uma população que está em vulnerabilidade social, possui informações pouco científicas e tem características sociodemográficas que representam a dificuldade de obter educação em saúde, sobretudo sobre primeiros socorros, que poderia ser empregado em diversas situações.

No estudo de Teixeira et al. (2017), realizado em uma penitenciária feminina do Ceará, foi observado o sentimento de abandono e de falta de informação sobre os cuidados de prevenção e promoção à saúde, devido à assistência à saúde ser relatada como não eficiente dentro da prisão (TEIXEIRA et al. 2017).

Destaca-se que quando o indivíduo recebe capacitação adequada, poderá desenvolver raciocínio crítico e científico para tomar uma decisão eficaz e que possa contribuir para a redução de danos e proporcionar a sobrevivência da vítima (CARDOSO et al., 2017). Dessa forma, o esclarecimento torna-se condutor de informações fidedignas, o que demonstra o potencial de cada indivíduo frente às situações de urgência e emergência

4. CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou avaliar o conhecimento prévio de mulheres privadas de liberdade sobre primeiros socorros, o qual se manteve na faixa de 50-60%, o qual é considerado um nível de conhecimento baixo. Compreender o nível de conhecimento dessas mulheres reflete os impactos de suas atuações em situações de urgência e emergência.

É válido ressaltar que durante e após a reclusão, essas mulheres desempenham papel social na comunidade. Assim, ressalta-se a importância da realização de ações educativas em primeiros socorros, pois além de subsidiar o conhecimento sobre a temática, as mulheres privadas de liberdade poderão transmitir e replicar em seu cotidiano, o que evitará condutas inadequadas diante de situações de urgência e emergência que podem se tornar mais frequentes devido ao contexto violento e insalubre do ambiente prisional.

Ademais, a realização de intervenções educativas no ambiente prisional é uma forma de reintegrar e ressocializar as mulheres em cárcere, subsidiando-as no conhecimento de

primeiros socorros. As ações educativas realizadas por discentes e docentes é de suma importância por seguir as diretrizes acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão, pois subsidia à comunidade com conhecimentos em saúde, em especial, a população prisional, já que a realização sem técnica correta e sem embasamento científico de condutas de primeiros socorros implicará em possíveis consequências, como erros de conduta no manejo da vítima e na transmissão de saberes sobre o tema.

5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias - InfoPen**. Referência: 07/2018.
- CARDOSO, R. R., et al. Suporte básico de vida para leigos: uma revisão integrativa. **Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, p. 158-167, 2017.
- CHEHUEN NETO, J. A. et al. Conhecimento e Interesse sobre Suporte Básico de Vida entre Leigos. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 29, n. 6, p. 443-452, 2016.
- FAZEL, S. et al. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. **The Lancet Psychiatry**, v.3, n.9, p. 871–881., 2016.
- FERREIRA, G. N., et al. O leigo em primeiros socorros: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 15, n. 3, p. 12-20, 2017.
- FERREIRA, M. C. A. S.; FERNANDES, R. A. Q. Mulheres detentas do Recife-PE: saúde e qualidade de vida. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20200062, 2020.
- GALINDO NETO, N. M. et al. Construction and validation of an educational booklet for teachers. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 87-93, 2017.
- MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; CUNHA VIEIRA N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MARKESON, D. et al. American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. **Rev. Circulation**, n. 122, p. 934-946, 2010.
- MINAYO, M.C.S.; RIBEIRO, A.P. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2031-2040, 2016.
- NASCIMENTO, G.R. et al. **A saúde da mulher no sistema prisional: uma análise comparativa entre Brasil e Itália**. (TCC) Graduação em Direito - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2018.
- NARDINO, J. et al. Atividades educativas em primeiros socorros. **Revista Contexto & Saúde**, v. 12, n. 23, p. 88-92, 2014.

PEREIRA, K. C. et al. A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1478-1485, 2015.

PERGOLA, A.; ARAUJO, I. O leigo em situação de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 769-776, 2008.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Text Context Enferm**, v. 19, n. 3, p. 554-62, 2010.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016.

TEIXEIRA, M. M. S. et al. Saúde da mulher encarcerada: uma proposta de intervenção, amor e vida. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 3, p. 1659-1673, 2017.

VIAFORE, D. A gravidez no cárcere Brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina. Madre Pelletier. **Direito & Justiça**, v. 31, n.2, p. 95, 2005.

MORBIDADES ASSOCIADAS A RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE EXTREMO BAIXO PESO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL, JANEIRO DE 2018 A DEZEMBRO DE 2018

Deborah de Oliveira Togneri Pastro^{1,2,3,4}, Ana Paula Pereira de Oliveira¹, 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 - FUNDHACRE, Programa de Residência Médica em Pediatria – Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), Rio Branco, Acre, Brasil;

2- Secretaria de estado de Saúde do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

3- Centro de Ciência da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

4- Centro Universitário do Norte - UNINORTE, Graduação em Medicina, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Determinar a prevalência das morbidades mais comuns associados a recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso (RNEBP), internados em unidade de terapia intensiva neonatal, no período de janeiro a dezembro de 2018. Estudo transversal analítico, retrospectivo, através de análise de prontuários, na unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade de alto risco de Rio Branco. Dos 31 recém-nascidos de extremo baixo peso avaliados, 58,06 % foram à óbito, 6,45% receberam alta e 35,49% não possuíam informações sobre seu desfecho final nos prontuários. Quanto aos dados maternos e gestacionais, 41,94 % apresentavam associação à infecção do trato urinário, 19,36% à doença hipertensiva específica da gestação e bolsa rota. Em relação ao pré-natal, 70,97% realizaram menos de 6 consultas. Em relação ao tipo de parto, 35,48 % nasceram de parto cesárea e 48,38 % nasceram de parto normal. Dos que necessitaram da reanimação neonatal, 74,19 % precisaram de aspiração de vias aéreas, ventilação com pressão positiva e intubação orotraqueal e 6,45% não necessitaram de manobra de reanimação. Na avaliação das morbidades, as principais apresentadas foram sepse precoce/presumida em 74,19% e desconforto respiratório precoce em 64,61%. A prematuridade ainda é um evento de grande proporção no cenário nacional e se destaca como um problema de saúde pública.

Palavras-chaves: Recém-nascidos, Prematuro e Extremo baixo peso.

ABSTRACT

To determine the prevalence of the most common morbidities associated with extremely low birth weight premature infants (RNEBP) admitted to a neonatal intensive care unit from

January to December 2018. Method: Retrospective analytical cross-sectional study. of medical records in the neonatal intensive care unit of a high-risk maternity hospital in the state of Rio Branco. Of the 31 cases of extremely low birth weight newborns, 58.06% died, 6.45 were discharged and 35.49% were not included in the medical records. As for maternal and gestational data 41.94% was associated with urinary tract infection, 19.36% specific hypertension of pregnancy and ruptured pouch. Regarding prenatal care, 70.97% had less than 6 consultations. Regarding the type of delivery, 35.48% were born by cesarean section and 48.38% were born by normal delivery. Of those requiring neonatal resuscitation, 74.19% underwent airway aspiration, positive pressure ventilation, and orotracheal intubation, 6.45% did not require any resuscitation maneuver. In the evaluation of morbidities, the main presented were evaluated, namely, early / presumed sepsis 74.19%, early respiratory distress 64.61%. Prematurity is still a major event in the national scenario and stands out as a public health problem.

Keywords: Newborns, Premature e Extreme low weight.

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade pode ser classificada de acordo com idade gestacional em pré-termo tardio, quando ocorre entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, pré-termo moderado entre 32 semanas e 33 semanas e 6 dias, muito pré-termo entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias e pré-termo extremo, menor que 28 semanas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017); de acordo com o crescimento intrauterino (relação peso de nascimento versus idade gestacional) que o qualificará em adequado para a idade gestacional (AIG - peso entre percentis 10 e 90); pequeno para a idade gestacional (PIG - peso abaixo do percentil 10); e grande para a idade gestacional (GIG - peso acima do percentil 90), e de acordo com o peso de nascimento, como baixo peso, aqueles com peso inferior a 2,500 g, muito baixo peso com peso menor que 1,500g e extremo baixo peso os com peso de nascimento abaixo de 1000 g (BRASIL, 2014).

O processo que resulta no nascimento de um prematuro inicia-se a partir de condições de risco pré-concepcionais e da própria gestação, com possíveis repercussões durante toda a vida da criança (BACELAR, 2016). Quanto menor a idade gestacional, maiores são as taxas de morbidade e mortalidade em consequência do desenvolvimento fetal incompleto e de sua maior suscetibilidade às infecções e complicações na sua saúde, que serão agravadas pela manipulação e pelo prolongado período de permanência nas unidades neonatais (BACELAR, 2016).

O trabalho de parto prematuro pode apresentar etiologias diferentes, porém existem alguns fatores de risco que já estão bem estabelecidos, como: história pregressa de parto

prematureo espontâneo, sangramento vaginal no segundo trimestre da gestação e gestações múltiplas, sendo o mais importante a história de parto prematuro em gestação anterior. As infecções também são fatores de risco para o parto prematuro, em especial a corioamnionite, pielonefrite e bacteriúria assintomática (DÓRIA, 2011).

As infecções do trato urinário (ITU) estão associadas ao aumento da incidência de parto prematuro, fato explicado pela resposta inflamatória e pela colonização do fluido amniótico por de bactérias originárias do foco infeccioso urinário. Essas bactérias produzem fosfolipases A e C que atuam sobre os percursoros de prostaglandinas E² e F² alfa, deflagrando o trabalho de parto prematuro (DUARTE et al., 2008).

O trabalho de parto prematuro pode ser dividido em espontâneo e por indicação médica. Os do tipo espontâneo são em sua maioria os de causa idiopática, assim como também na ruptura prematura de membrana, na insuficiência istmo cervical e na hiperdistensão uterina, como ocorrido nas gestações múltiplas. O que ocorre por indicação está relacionado à causa materna, como a doença hipertensiva materna, hemorragia vaginal, quando há sofrimento fetal agudo e crônico, e por crescimento intra-uterino restrito (BACELAR, 2016).

Outros fatores envolvidos incluem etnia negra, extremos de idade materna, tabagismo, doenças crônicas, malformações uterinas, placenta prévia, descolamento prematuros de membranas e uso de drogas, porém a maioria dos casos ainda tem causa desconhecida (RAMOS, 2009).

O pré-natal tem papel fundamental na prevenção dos partos prematuros. É imprescindível a captura prematura de gestantes e início prévio do pré-natal. Por meio deste é possível identificar riscos para prematuridade na gestação, e realizar intervenções necessárias, como o encaminhamento da gestante para centros de alta complexidade, quando necessário (MELO et al., 2015).

Para o melhor prognóstico dos recém-nascidos prematuros, a assistência ao nascer na sala de parto, com equipamentos adequados e equipe devidamente treinada para receber o recém-nascido, é essencial. Esses prematuros muitas vezes necessitam de assistência para garantir que a transição da vida intra-uterina para extra-uterina, visto que o organismo, precisa realizar ajustes fisiológicos logo ao nascer (KREY et al., 2016). Esses bebês estão suscetíveis a complicações severas e a aparecimento de morbidades, sendo comuns as respiratórias, metabólicas, neurológicas e infecciosas (KREY et al., 2016).

Alterações respiratórias normalmente ocorrem nas primeiras horas de vida e o desconforto respiratório a mais comum. Este ocorrer pelo retardo da adaptação

cardiorrespiratória ou como primeiro sinal de infecção grave. Os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 35 semanas podem apresentar disfunção respiratória de início súbito, geralmente necessitando de oxigênio inalatório ainda na sala de parto e podem evoluir com insuficiência respiratória, culminando na doença da membrana hialina, sendo a deficiência de surfactante alveolar a principal causa (SÃO PAULO, 2015).

A administração de duas doses de surfactante tem um efeito positivo para prevenir ou tratar a síndrome de desconforto respiratório. A administração de corticoide antes do parto melhora do desconforto respiratório, promovendo a síntese de surfactante, aumentando a complacência pulmonar e reduzindo a permeabilidade vascular (BACELAR, 2016).

A displasia broncopulmonar (DBP) é um quadro de insuficiência respiratória crônica que implica na necessidade de uso de oxigênio por tempo prolongado. São considerados fatores de risco para DBP recém-nascidos pré-termo de baixo peso, necessidade de ventilação mecânica, sepse e pneumonia (SÃO PAULO, 2015).

A síndrome de aspiração de mecônio (SAM) pode provocar quadros graves de insuficiência respiratória determinada pela quantidade de mecônio no parênquima pulmonar e pela frequente associação com hipertensão pulmonar persistente. O diagnóstico se dá pelos achados radiológicos, um aspecto de infiltrado pulmonar grosseiro. O tratamento baseia-se em oxigenioterapia e assistência ventilatória suficientes para manter o recém-nascido bem oxigenado (SÃO PAULO, 2015).

Entre as alterações metabólicas que esses recém-nascidos apresentam estão a hipoglicemia e a hipocalcemia. Etiologias importantes que devem ser bem controladas, pois aumentam o período de internação em unidades de terapia intensiva. Os recém-nascidos pequenos para idade gestacional apresentam maior consumo de glicose cerebral e a hipoglicemia ocorre pela pouca reserva de glicogênio hepático e de gorduras, além da imaturidade de enzimas gliconeogênicas (SÃO PAULO, 2015).

A hipotermia ocorre com frequência devido a deficiência da termogênese, decorrente da baixa produção de calor pelo organismo. Esses bebês são mais vulneráveis ao frio e o estresse térmico tem sido associado com a mortalidade e morbidade desses recém-nascidos (SÃO PAULO, 2015).

A hemorragia intraventricular (HPIV) é doença de alta incidência em recém-nascidos prematuros e pode ocasionar o desenvolvimento de hidrocefalia pós-hemorragica e outras sequelas neurológicas graves. A clínica pode cursar com deterioração em minutos ou horas,

convulsões tônicas generalizadas, pupilas e olhos não reativos aos estímulos luminosos (SÃO PAULO, 2015).

Os recém-nascidos prematuros permanecem internados em leitos de unidade de terapia intensiva neonatal por períodos prolongados e por esse motivo estão suscetíveis a infecções, sendo a mais grave a septicemia que é uma grande causa de óbitos (SÃO PAULO, 2015).

Dada a elevada ocorrência de nascimentos prematuros e suas importantes consequências para os recém-nascidos, o presente estudo teve o objetivo de determinar a prevalência das morbidades mais comuns associados a recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso, internados em unidade de terapia intensiva neonatal avaliando a influência dessas morbidades no tempo de internação e nas possíveis sequelas associadas.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Estudo transversal, do tipo descritivo, retrospectivo realizado em unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade de alto risco do município de Rio Branco no Acre. O estudo foi realizado com recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso, nascidos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

Foi elaborado um formulário para investigar os dados gestacionais (tipo de gestação, idade materna, complicações durante a gestação e características do seguimento pré-natal), as intercorrências peri-parto (tipo de parto, peso ao nascer, Apgar do primeiro e do quinto minuto e necessidades de manobras de reanimação ao nascimento) e os acontecimentos neonatais que ocorrem com a população estudada (tempo de internação, morbidades apresentadas durante o período de internação, evolução quanto ao tempo de vida e medicações instituídas).

O formulário foi preenchido através dos dados obtidos dos prontuários avaliados da população de estudo. A análise e o processamento de dados foram feitos por meio de Microsoft Office Excel, versão 2018. Os resultados foram descritos em porcentagem e números absolutos, expostos através de tabelas. Eles foram discutidos, a partir do conhecimento prévio e visão crítica sobre o tema, além do referencial explicitado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na avaliação dos fatores maternos e gestacionais, 19,35% (n=6) das mães apresentavam idade entre 15 e 18 anos, 51,61% (n=16) tinham entre 19 e 35 anos, 6,45% (n=2) apresentavam mais de 35 anos. Na avaliação do tipo de gestação, 93,55% (n=29) eram de gestações únicas e 6,45% (n=2) foram gestações múltiplas.

Tabela 1. Dados maternos e gestacionais.

Características	N	%
Idade Materna		
15 – 18 anos	06	19,35
19 – 35 anos	16	51,61
>35 anos	02	06,45
Sem informação	07	22,59
Total	31	100
Tipo de gravidez		
Única	29	93,55
Múltiplas	02	06,45
Total	31	100

A maioria das gestantes estava em idade reprodutiva adequada e com gestação única. Um estudo realizado por Guimarães et al. (2017) concluiu que a maior prevalência de prematuridade foi evidenciada em mães gestantes com 15 anos ou menos (14,4%) e com 35 anos ou mais (9,3%), quando comparadas às mulheres de 20 a 34 anos (7,6%), contrariando o resultado encontrado neste estudo. Já na análise realizada por Sousa et al. (2017), as gestações únicas tiveram predomínio. O Ministério da Saúde considera os extremos de idade como fatores de risco gestacionais para o parto prematuro. Ao contrário do que se observou nos estudos acima, os dados coletados não mostram que as mães estavam em idade de risco e isso pode ser explicado devido à pequena amostra observada no período de tempo escolhido da realização desta pesquisa.

Em relação ao pré-natal, 70,97% (n=22) das mães dos prematuros avaliados realizaram menos de 6 consultas, e 12,90% (n=4) não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Na avaliação das sorologias realizadas 74,19% (n=23) realizaram sorologia para HIV,

64,74% (n=21) foram triadas para sífilis e hepatite B, 32,26% (n=10) realizaram sorologia para toxoplasmose e 12,90% (n=4) não realizaram nenhum tipo de teste sorológico.

Tabela 2. Dados maternos e gestacionais.

Característica	N	%
Pré- natal		
Sem consultas	04	12,90
<6 consultas	22	70,97
>6 consultas	00	00,00
Sem informação	05	16,13
Total	31	100
Sorologias		
HIV	23	74,19
VDRL	21	64,74
HBSAG	21	64,74
Toxoplasmose	10	32,26
Sem informação	03	09,68

Observou-se que a maioria das gestantes realizaram menos de 6 consultas pré-natal, assemelhando-se com registros encontrados por Sousa et al. (2017), em que 86,1% das mulheres avaliadas realizaram menos de 6 consultas. O Ministério da Saúde preconiza que seja realizado no mínimo 6 consultas pré-natal e que essas devam ser iniciadas antes das 12 semanas de gestação, para que assim esse seguimento seja considerado como adequado. Um pré-natal inadequado aumenta as chances de parto prematuro, uma vez que pode cursar com infecções que favoreçam esse desfecho final. Oliveira et al. (2016) afirma que mulheres classificadas com pré-natal incompleto apresentam aumento em 18% de chance de nascimento prematuro. É importante destacar que a ausência de registro sobre a data do início do seguimento pré-natal assinalada na ficha de nascimento da população avaliada nos deixa sem saber se o pré-natal dessas genitoras ocorreu de forma inadequada apenas pela baixa adesão ao acompanhamento ou pelo início tardio das consultas de pré-natal.

Das principais morbidades gestacionais encontradas 41,94 % (n=13) apresentavam infecção do trato urinário, 19,36% (n=6) cursaram com doença hipertensiva específica da gestação e bolsa rota.

Tabela 3. Dados maternos e gestacionais.

Características	N	%
Morbidades Maternas		
ITU	13	41,94
DHEG	06	19,36
Amniorrexe prematura	06	19,36
Candidíase	01	03,23
Corioamnionite	01	03,23
Tabagismo	01	03,23
HIV	01	03,23
		03,23
Oligodramnio	01	
TPP sem causa	01	

A maior parte da população estudada esteve exposta à infecção do trato urinário (ITU) em algum momento da gestação. Esse dado se assemelha ao observado por Bezerra et al. (2006), o qual encontrou uma frequência de 38,5% de gestantes cujo parto ocorreu prematuramente e que tinham apresentado ITU. A ocorrência elevada de infecção do trato urinário na gestação pode estar associada ao fato de que essa população apresente bacteriúria assintomática na maioria dos casos, o que leva ao não tratamento adequado da doença ou atraso no início do mesmo. A ocorrência de bolsa rota também esteve presente em 6 das gestantes estudadas. Esse dado vai de encontro com o resultado encontrado por Sousa et al. (2017), no qual 51,9% das gestantes avaliadas tiveram bolsa rota em situação de prematuridade. Apesar da prevalência de bolsa rota ter como um fator de risco a infecção do trato urinário, esse desfecho final na população estudada pode ter sido subnotificado devido a falhas em anotações nos prontuários.

Doença hipertensiva da gestação esteve presente em 19,36% das gestações. Silva et al. (2009) verificou risco de parto prematuro tanto para as formas mais graves (com pré-eclâmpsia) como para as que não a apresentaram. Sabe-se que pacientes com doença

hipertensiva específica da gestação necessitam ter seus níveis pressóricos dentro dos padrões normais, pois níveis pressóricos alterados apresentam relevância para ocorrência de sofrimento fetal agudo, tais gestantes são classificadas como alto risco e devem ter um acompanhamento mais rigoroso durante o pré-natal.

Na avaliação das ocorrências no nascimento 48,39% (n=15) nasceram com idade gestacional entre 24 e 26 semanas, 32,25% (n=10) com idade gestacional entre 27 e 29 semanas e 19,36% (n=6) não constavam informações nos prontuários avaliados. Os dados da avaliação de Apgar do 1º minuto demonstraram que 35,48 % (n=11) apresentaram Apgar de 1 a 3, 29,03 % (n=9) de 4 a 6, 19,36 % (n=6) de 7 a 10. Na avaliação do Apgar do 5º minuto 9,68 % (n=3) de 1 a 3, 45,16 % (n=14) de 4 a 6, 29,03% (n=9) de 7 a 10, e 16,13 % (n=5) não constavam informações nos prontuários.

Na avaliação da idade gestacional, a maioria dos prematuros nasceu com idade entre 24 e 26 semanas de gestação. Um estudo realizado por Ramos et al. (2009) mostrou que dos partos prematuros estudados, 26% estavam com idade gestacional menor que 31 semanas. A prematuridade é uma condição que gera complicações neonatais precoces e tardias, sua ocorrência em período extremo aumenta ainda mais as chances de óbito em virtude das frágeis condições orgânicas do prematuro extremo associadas a maior necessidade de internação em unidades de terapia intensiva.

Quando foram avaliadas as condições de nascimento da população estudada, o índice de Apgar no 1º minuto de vida variou de um a três na maior parte dos nascimentos e de quatro a cinco pontos no 5º minuto em um terço deles, contrariando o estudo de Oliveira et al. (2016), que evidenciou índices de Apgar menores no quinto minuto. Dos recém-nascidos estudados a grande maioria necessitou de algum tipo de manobra de reanimação no momento do nascimento, como aspiração de vias aéreas, ventilação com pressão positiva e intubação orotraqueal, equiparando-se aos resultados encontrados nos estudos de Sousa et al. (2017) e Krey et al. (2016) cuja frequência de reanimação neonatal ocorreu em 72,2% e 76,6%, da população avaliada. A persistência de baixos valores de Apgar do primeiro ao quinto minuto é relevante fator de risco para morbimortalidade em prematuros e tal fato se explica pela imaturidade do sistema cardiorrespiratório do recém-nascido nessa fase da vida pela necessidade de grande assistência na transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina.

Em relação ao tipo de parto, 35,48 % (n=11) nasceram de parto cesárea e 48,38 % (n=15) nasceram de parto normal; dados que contrastam com o resultado encontrado por Krey et al. (2016) que evidenciou uma maior prevalência de partos prematuros por via

cirúrgica. Porém assemelhando-se a Santos et al. (2016) onde 78,1% dos nascimentos foram por parto vaginal. Apesar de sua origem estar associada a diversos fatores, ainda existe uma grande dificuldade para a prevenção primária do parto prematuro espontâneo.

Já em relação aos que necessitaram de manobras de reanimação neonatal, 74,19 % (n=23) realizaram aspiração de vias aéreas, ventilação com pressão positiva e intubação orotraqueal, 6,45% (n=2) não necessitaram de nenhuma manobra de reanimação e 19,35 % (n=6) não constavam informações nos prontuários.

Tabela 4. Avaliação das condições/ocorrências no parto.

Características	N	%
Idade Gestacional		
24 - 26 semanas	15	48,39
27 – 29 semanas	10	32,25
Sem informação	06	19,36
Total	31	100
Apgar 1º minuto		
1 – 3	11	35,48
4 - 6	09	29,03
7 – 10	06	19,36
Sem informação	05	16,13
Total	31	100
Apgar 5º minuto		
1 – 3	03	09,68
4 - 6	14	45,16
7 - 10	09	29,03
Sem informação	05	16,13
Total	31	100
Tipo de Parto		
Normal	15	48,38
Cesárea	11	35,48
Sem informação	05	16,14
Total	31	100
Reanimação neonatal		
Aspiração de vias aéreas	23	74,19
VPP	23	74,19
Intubação orotraqueal	23	74,19
Sem manobras	2	6,45
Sem informações	6	19,35

Na avaliação das morbidades apresentadas pelos recém-nascidos, as principais morbidades apresentadas foram sepse precoce/presumida em 74,19% (n=23), desconforto respiratório precoce em 64,61% (n=20), distúrbio ácido básico em 41,94% (n=13), depressão perinatal em 32,25% (n=10), distúrbio hidroeletrolítico em 25,81% (n=8) e hipoglicemia em 19,35% (n=6). É importante destacar que a população avaliada apresentou morbidades em concomitância.

A elevada prevalência de sepse na amostra estudada – fato que se assemelha aos achados encontrados por Santos et al. (2016), onde 60,9% dos prematuros extremos estudados apresentaram quadro de sepse – pode ter ocorrido devido a grande maioria das mães desses bebês terem apresentado infecção do trato urinário durante a gestação e como esse evento não se manifesta de forma tão clara no organismo gravídico, o diagnóstico acaba sendo realizado de forma inadequada, dificultando o início do tratamento.

Ademais, os achados deste estudo revelam elevada prevalência de morbidades associadas ao sistema respiratório, com destaque para desconforto respiratório precoce. A alta prevalência dessa entidade corrobora com estudo realizado por Krey et al. (2016), em que 100% dos recém-nascidos prematuros extremo apresentaram desconforto respiratório precoce. A elevada prevalência de problemas respiratórios está frequentemente relacionada à imaturidade do sistema respiratório dos recém-nascidos prematuros.

Em relação à utilização de antibiótico e medicamentos durante a internação, 100% (n=31) fizeram uso do esquema antibiótico inicial preconizado pela unidade de terapia intensiva (ampicilina e gentamicina), sendo que 35,48% (n=11) necessitaram realizar mudança de esquema de antibiótico. Da população estudada, 22,58% (n=7) necessitou usar droga vasoativa.

Quanto ao tempo de vida desses pacientes, 41,94% (n=13) sobreviveram por menos de 7 dias, 12,90% (n=4) permaneceram vivos por um período de 7 a 28 dias, e 6,45% (n=2) permaneceram vivos por mais de 28 dias de vida. Os óbitos ocorreram em 58,06% (n=18) dos prematuros e apenas 6,45% (n=2) receberam alta da unidade de terapia intensiva. Em um total de 35,49% (n=11) não haviam informações nos prontuários sobre o prognóstico final.

Apesar de toda população avaliada ter recebido cuidados intensivos de elevada complexidade, a ocorrência de óbito foi considerável e pode estar subestimada, uma vez que 35,49% dos prontuários avaliados não apresentaram informações sobre desfecho final do paciente. Ainda que os avanços na assistência neonatal sejam muitos, o período neonatal

nessa fase da vida é crítico, em razão da instabilidade respiratória e da imaturidade do organismo, fatores que colaboram para o elevado índice de óbitos.

Tabela 5. Morbidades apresentadas pelos recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso.

Características	N	%
Morbidades		
Sepse precoce/presumida	23	74,19
Desconforto respiratório	20	64,61
precoce	13	41,49
Distúrbio ácido básico	10	32,25
Depressão perinatal	08	25,81
Distúrbio Hidroeletrólítico	06	19,35
Hipoglicemia		
Medicamentos Utilizados		
1º esquema de antibiótico	31	100
Droga Vasoativa	07	22,58
Troca esquema ATB	11	35,48
Dias de Vida		
<7 dias	13	41,94
7 a 28 dias	04	12,90
>28 dias	02	06,45
Sem informação	12	38,71
Total	31	100
Desfecho		
Óbito	18	58,06
Alta	02	06,45
Sem informação	11	35,49
Total	31	100

4. CONCLUSÃO

É conveniente ressaltar que o estudo apresentou limitações pela elevada ausência de informações nos prontuários avaliados, dificultando a coleta adequada de todos os dados necessários. Apesar desse entrave, acredita-se que os resultados encontrados podem subsidiar ações de prevenção e promoção de saúde para a população estudada.

5. REFERÊNCIAS

BACELAR, G. M. B. S; DUARTE, J. L. M. B. Mortalidade neonatal precoce de recém-nascido com peso de nascimento menor ou igual a 1500g: fatores de risco e prevenção. **Revista HUPE**, v. 15, n. 2, 2016.

BERGER, A. Z. et al. Parto prematuro: Características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 4, p. 437-445, 2016.

BETIOL, H. et al. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.

BEZERRA, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 2, p. 223-229, 2006.

BORBA, G.G. et al. Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 1, p. 09-14, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. Brasília, 2014.

CASTRO, M. P. et al. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 5, p. 235-242, 2012.

DÓRIA, M.T.; SPAUTZ, C.C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR). **Revista FEMINA**, v. 39, n.9, 2011.

DUARTE, G. et al. Infecção Urinária na Gestação. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

GOMES, N. R. et al. Prevalência de complicações maternas e neonatais em gestações que apresentaram síndromes hipertensivas. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 3, n. 1, 2013.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 91-98, 2017.

KREY, F.C. et al. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, v. 17, n.6, p. 766-773, 2016.

MELO, E. C. et al.; Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista escola de enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0540-0549, 2015.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 50, n.3, p. 382-389, 2016.

PEDIATRIA, Sociedade Brasileira de. Departamento científico de Neonatologia. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**, n. 2, 2017.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Escola Anna Nery. **Revista Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

SANTOS, B. B. et al. Perfil de recém-nascidos com extremo baixo peso em um município do nordeste brasileiro. **Revista enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, 2016.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de. **Manual de Neonatologia**. São Paulo, 2015.

SILVA, A. M. R et al. Fatores de risco para nascimento pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2125-2138, 2009.

SINASC. **Sistema de informações de nascidos vivos**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>> acesso em abril de 2019.

SOUSA, D. S. et al. Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 139-147, 2017.

TADIELO, B. Z. et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.13, n.1, p 7-12, 2013.

TEDOLDI, C. L.; FREIRE, C. M. V.; BUB, T. F. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 93, n. 6, supl.1, e110-e178, 2009.

PAPEL DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NO CONTROLE DAS INFECÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Cacery Salgado¹, Joquibede dos Santos Brasil Prado¹, 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

O presente trabalho apresenta o relato de experiência de uma intervenção que teve como propósito implantar a nota técnica de precauções de contato para microrganismos multirresistente na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital de ensino localizado na Amazônia Ocidental brasileira. Foi realizado um estudo preliminar com o levantamento da demanda do setor, analisou-se o comportamento, ações e normas produzidas pela equipe interprofissional desta unidade de saúde, com o uso de questionário aberto. A análise foi realizada por roda de conversas abordando o tema por uma perspectiva interdisciplinar que aponta para uma necessidade de diálogo entre os campos de conhecimento e elaborou-se uma estratégia a ser desenvolvida na problemática. Os resultados nessa fase inicial de desenvolvimento do projeto apontam a necessidade de avanço e de inovação das atividades de educação contínua de toda a equipe profissional que atua na UTI na vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Assim, essa experiência integradora e interdisciplinar contribuirá para a diminuição da incidência das IRAS no futuro, além de abrir canais de interlocução para o enriquecimento recíproco e estreitar a relação entre a equipe assistencial da unidade na assistência à saúde.

Palavras-Chave: Educação Continuada, Unidades de Terapia Intensiva e Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

The present work presents the experience report of an intervention that aimed to implant the technical note of contact precautions for multidrug-resistant microorganisms in the intensive care unit (ICU) of a teaching hospital in Western Brazilian Amazon. A preliminary study was carried out with the survey of the sector's demand, the behavior, actions and norms produced by the interprofessional team of this health unit were analyzed through an open questionnaire. Analysis was carried out through a round of conversations approaching the theme from an

interdisciplinary perspective that points to a need for dialogue between the fields of knowledge, and a strategy was developed to be developed in the problem. The results in this initial phase of project development point to the need for advancement and innovation in the continuous action activities of the entire professional team that works in the ICU in the surveillance of healthcare-acquired infections (HAI). Thus, this integrative and interdisciplinary experience will contribute to reducing the incidence of HAI in the future, to open channels of dialogue for mutual enrichment and to strength the relationship between the unit's care team in health care.

Keywords: Education, Continuing, Intensive Care Units and Cross Infection.

1. INTRODUÇÃO

A problemática das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (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).

Uma IRAS, termo difundido na atualidade (mas 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 pela Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde como aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste a partir de 72 horas de internação; ou após a alta quando puder ser relacionada a procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

O termo IRAS vem sendo adotado nos últimos anos pois a prevenção e o controle das infecções passam a ser considerado para todos os locais onde se presta o cuidado e a assistência à saúde, inclusive o hospital (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

As IRAS possuem elevados índices, e não é diferente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) dos hospitais brasileiros. Os pacientes internados em UTI ficam mais vulneráveis a essas infecções, devido as suas condições clínicas, que exigem procedimentos invasivos e terapia antimicrobiana. Com essa preocupação existem protocolos a serem seguidos pelas equipes interprofissionais, pois existem muitos fatores envolvidos para que ocorra um agravo desta natureza (GUSMÃO, 2008; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014; BRASIL, 2016).

A forma mais comum de transmissão, e comprovadamente evitável, é a dispersão de microrganismos por meio do contato das mãos dos profissionais de saúde. Na UTI concentram-se pacientes clínicos ou cirúrgicos mais graves, necessitando de monitorização

e suporte contínuos de suas funções vitais. Este tipo de clientela apresenta doenças ou condições clínicas predisponentes a infecções (HORAN; ANDRUS; DUDECK, 2008; MAGNASON et al., 2008).

Muitos deles já se encontram infectados ao serem admitidos na unidade e, a absoluta maioria, é submetida a procedimentos invasivos ou imunossupressões com finalidades diagnóstica e terapêutica (BRASIL, 2013; FARO, 2018).

Bactérias multirresistentes são microrganismos resistentes a diferentes classes de antimicrobianos testados em exames microbiológicos (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2010). Consideradas como importante causador de IRAS pela fácil transmissibilidade de uma pessoa à outra por meio do contato das mãos e de materiais contaminados (GUSMÃO, 2008; PAULA, 2008; GARCÍA-ZAPATA et al., 2012). Dentre tais microrganismos, destacam-se as enterobactérias que são resistentes à vancomicina (*Vancomycin-resistant Enterococcus - VRE*) e aos carbapenêmicos (Enterobacteriaceae produtoras da enzima carbapenemase - *Klebsiella pneumoniae carbapenemase - KPC*). As espécies mais identificadas são *Enterococcus faecium* e *Enterococcus faecalis* (gram positiva) e *Klebsiella pneumoniae* (gram negativa) (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2010; BRASIL, 2013).

As IRAS são um importante problema em todo o mundo, representando uma grande ameaça para a segurança do paciente (MORAES et al., 2013), e por isso devem ser investigadas e tratadas com máxima urgência (FARO, 2018).

Contudo, muitos têm sido os esforços nesse sentido, com vistas à unidade pela qualidade da assistência, nesta perspectiva, torna-se imperativa a implantação de uma nota técnica, nos termos da que já foi editada em nível nacional, uma vez que contribuirá para a qualificação das ações e dos cuidados de toda a equipe, sendo esta a essência da prática do cuidado.

Observou-se, durante as atividades de extensão no local do estudo, a não existência de uma nota técnica com a capacidade de disponibilizar orientações referentes às medidas de prevenção e controle para evitar a disseminação de microrganismos multirresistentes, bem como a dificuldade em se estabelecer ações de controle de modo interprofissional. As atividades incluem adotar medidas de precauções de contato, em adição às precauções-padrão, com disponibilização dos EPI, como gorros, luvas descartáveis, aventais, óculos de proteção e máscaras cirúrgicas (PAULA, 2008; GARCÍA-ZAPATA et al., 2012; BRASIL, 2013).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência dos autores na oficina de Implantação da Nota técnica de precaução de contato para microrganismo multirresistente de uma UTI

localizada em um hospital de ensino na Amazônia Ocidental brasileira, identificando situações que necessitam de atuação especial do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) junto a equipe interprofissional desta unidade.

Objetivou-se, ainda, contribuir com a criação e implantação de uma nota técnica institucional para aprimorar os conhecimentos acerca dos mecanismos de transmissão e resistência microbiana, abordar as medidas de precaução e isolamento de contato em pacientes infectados ou colonizados por microrganismos multirresistentes e descrever a atuação da equipe na assistência ao paciente em isolamento de contato, devido à colonização ou infecção por microrganismo multirresistente.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo refere-se a um relato de experiência na área de saúde pública na consolidação do processo de ensino-aprendizagem integrado à extensão universitária. Neste trabalho são descritas as fases de elaboração e implantação do projeto de extensão, ocorrido em outubro de 2019 e, sua operacionalização, compreendida no período de novembro de 2019 a março de 2020.

A metodologia utilizada foi a realização de palestras no formato de rodas de conversa para discutir sobre os cuidados dentro da UTI com a disseminação de microrganismos multirresistentes e a transmissão neste ambiente além de formas de prevenção e controle.

O cenário do estudo foi uma UTI que atende os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diversas especialidades de saúde, voltado para assistência integral e interprofissional.

Inicialmente foi realizado um levantamento de dados de infecções relacionadas à assistência à saúde nos arquivos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição no ano de 2019. Posteriormente, realizou-se uma visita a UTI para observar a rotina do setor, e conversar com a responsável técnica da unidade.

Em seguida, construiu-se um questionário para ser aplicado a toda equipe interprofissional da unidade com o propósito de identificar as dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho.

Na fase de capacitação da equipe discutiu-se sobre as taxas de IRAS (prevalência, incidência, sítios mais prevalentes), custos, tempo de internações e índice de óbitos em consequência dessa disseminação de microrganismos multirresistentes.

Mediante as necessidades evidenciadas durante as atividades de discussão e capacitação, foram estabelecidos os critérios necessários para a elaboração de nota técnica estabelecida pelo Serviço de Controle de Infecção da instituição.

Foram realizadas oficinas e palestras com a equipe da UTI para demonstração dos resultados encontrados e mudança de conduta na rotina do atendimento aos pacientes, com demonstrações das precauções de contato e lavagens das mãos, mediante a colaboração interprofissional, processo de comunicação efetivo e enfático para com os membros da equipe sobre suas responsabilidades para a diminuição das taxas de IRAS daquela UTI, buscando construir ações que transformem a realidade atual.

Após as discussões, estabeleceu-se nova normatização criada para esta instituição de saúde neste período, implantando nota técnica denominada “Nota Técnica de Precauções de Contato para Microrganismos Multirresistentes”.

Na quarta fase, não menos importante das outras, foi realizada a avaliação da execução da oficina e a verificação da mudança de comportamento da equipe.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Como não foi observado, durante as atividades de extensão, a não existência de nota técnica que disponibilizasse orientações referentes às medidas de prevenção e controle das IRAS para evitar a disseminação de microrganismos multirresistentes, este grupo de autores buscou responder à seguinte pergunta central do projeto de extensão: *Qual é o papel da equipe interprofissional no controle das Infecções Hospitalares dentro da Unidade de Terapia Intensiva?*

Mediante a observação, foi possível estabelecer 4 (quatro) tópicos na tentativa de descrever respostas possíveis à pergunta central (e que são descritas a seguir): 1) planejamento da assistência da equipe interprofissional e dinâmica de trabalho; 2) interação entre os membros do serviço, equipe, motivação; 3) desafios mencionados pela equipe interprofissional na prevenção e controle de infecção e, 4) impactos alcançados.

3.1 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL E DINÂMICA DE TRABALHO

Na execução da assistência ao paciente, a equipe de enfermagem apresentou maior rigor na adoção dos princípios da assepsia do que os demais membros da equipe interprofissional. Na realização de procedimentos assistenciais, na maioria das vezes, houve inobservância ou desobediência aos princípios de assepsia. É comum a contaminação de campos, instrumentais e cateteres durante o procedimento ou durante avaliações clínicas pela equipe médica.

O fator decisivo para a profilaxia e controle das IRAS é a existência e adoção de rotinas de prevenção coerentes e de pessoal em número suficiente, qualificado e preparado para cumpri-las.

A equipe interprofissional que atua na UTI apresenta um perfil técnico diferenciado. A unidade possui um quadro com 42 profissionais, onde evidencia-se uma falta de treinamento para que viabilize um adequado funcionamento do serviço, no que se refere à implementação dos cuidados, necessários a esse tipo de paciente.

O planejamento da assistência é feito por enfermeiro e as rotinas estão bem estabelecidas.

A execução dos cuidados da equipe interprofissional segue uma escala previamente elaborada, com divisão de tarefas.

Ficou evidente a priorização dada aos pacientes mais graves, até porque estes demandam mais atenção de toda a equipe interprofissional, exigem agilidade e rapidez, e os cuidados com as precauções de contatos e com o cuidado com a transmissão de IRAS

3.2 INTERAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DO SERVIÇO, EQUIPE, MOTIVAÇÃO

Observou-se a falta de interação entre os membros da equipe, sendo que cada categoria trabalha de maneira isolada sem uma assimetria entre os conhecimentos, bem como a falta de motivação e de educação continuada.

A Unidade de Terapia Intensiva tem características peculiares como acesso restrito e obrigatoriedade de permanência para a assistência direta, sem interrupção, o que reflete, sem dúvida, no comportamento dos profissionais que lá atuam.

Os profissionais que estão integrados ao trabalho desenvolvem a rotina do serviço sem interação entre os componentes da equipe interprofissional.

3.3 DESAFIOS MENCIONADOS PELA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

A equipe interprofissional em saúde pode ser conceituada como uma equipe onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011). É considerado um desafio para os profissionais a redução das taxas de IRAS, e a continuidade da educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

“permitem a vivência de grupos interprofissionais, onde misturar-se implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas” (BATISTA, 2012).

Este projeto demonstra que há uma baixa adesão às medidas de precaução pelos profissionais da saúde desta UTI, o que pode estar relacionado a graves erros de comportamento profissional, incluindo a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação da responsabilidade individual na elevação das taxas de IRAS.

As informações obtidas foram agrupadas para análise conforme o enfoque apresentado pela equipe, e descritas em cinco aspectos:

- Manter o funcionamento do serviço de terapia intensiva considerando a demanda, quantidade de pessoal e serviços de apoio, como laboratório, radiologia, farmácia, nutrição, em consonância com o padrão de qualidade da assistência;
- Conhecer os mecanismos das IRAS em pacientes da UTI, seus fatores de risco, medidas de prevenção e controle, destacando-se que as ações a serem implementadas são múltiplas e simultâneas;
- Identificar o perfil epidemiológico das IRAS da UTI;
- Manter um programa de educação continuada permanente com os membros do SCIH, Núcleo de segurança do paciente (NSP), Núcleo de Educação Profissional (NEP);
- Apoio psicológico considerando o permanente confronto com situações de urgência, gravidade da doença e com a morte com a psicóloga da unidade.

O SCIH está diretamente ligada ao conceito de qualidade de vida assistencial a saúde e suas ações, portanto devido ao grande potencial de morbidade, mortalidade e alto custo dessas infecções surgem a necessidade de uma avaliação do desempenho de profissionais de saúde e de como o seus conhecimentos técnicos científicos são capazes para alcançar maiores benefícios para minimizar os riscos através de medidas simples e alcançáveis de acordo com os recursos e valores sociais existente (BRASIL, 1998; BRASIL, 2013).

Para a ANVISA, “receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo” (BRASIL, 2013). Assim, é imprescindível que os profissionais da saúde preconizem a utilização de métodos de prevenção de infecção para garantir a devida assistência ao paciente (GARCÍA-ZAPATA et al., 2012; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

3.4 IMPACTOS ALCANÇADOS

A importância de se controlar as IRAS é historicamente comprovada. A implementação da nota técnica de controle de IRAS e sua finalidade passa a ser um desafio e uma nova perspectiva para as ações a serem planejadas na busca da prevenção e do controle.

Ao final desse projeto foi possível perceber mudanças reais no comportamento dos profissionais na problemática do controle das IRAS, observou-se que no mês de abril de 2020 houve um significativo aumento no uso de álcool gel e sabonete, bem como uso de filme de proteção plástico em aparelhos celulares dentro do setor referido, esses comportamentos foram percebidos após a realização do projeto.

Existe preocupação, por parte da equipe de interprofissional, com os riscos de IRAS a que estão sujeitos os pacientes internados em UTI. Em linhas gerais observou-se que a limpeza e a desinfecção da unidade estudada e satisfatória.

Destaca-se que o maior problema encontrado é com as mãos dos profissionais e uso de luvas, seguido pela realização de procedimentos assistenciais ferindo princípios de prevenção das IRAS. A lavagem das mãos não é realizada na frequência e técnica recomendadas conforme Protocolo de higiene das mãos em serviços de saúde estabelecido pelo SCIH da instituição no ano de 2018. Muitas vezes as luvas são usadas apenas para autoproteção, funcionando como vetor de disseminação de microrganismos.

Apesar das constantes orientações acerca do uso correto das luvas, o seu uso de forma inadequada é ainda muito frequente. Com as mãos enluvadas vários equipamentos são tocados imediatamente após o manuseio de substâncias orgânicas, com concreto potencial de contaminação e infecção cruzada.

4. CONCLUSÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) dentro das unidades de terapia intensiva as tornam lugares perigosos à saúde dos pacientes e das equipes de saúde que neles atuam. Sendo necessário um controle rigoroso da incidência e prevalência das mesmas dentro desse ambiente. Assim com a implantação de nota técnica que regulamento os cuidados e prevenções para minimizar esses efeitos nocivos a saúde dos pacientes, e a resistência aos medicamentos existentes, quanto aos desinfetantes usado na unidade. Sabe-se que a eficácia das ações de saúde e combate às doenças depende de um esforço e de uma consciência coletiva de todos os envolvidos: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e familiares. Entretanto, a equipe de enfermagem, por sua capacitação técnica e por sua presença permanente no espaço de assistência à saúde e junto aos pacientes, em particular os que correm riscos mais altos, como os que estão submetidos a tratamentos intensivos, são sujeitos estratégicos no controle das IRAS.

Percebem-se repercussões entre a equipe interprofissional como positivos os resultados alcançados não somente no âmbito da aprendizagem, mas na possibilidade de contribuir com o processo de precauções e controle das IRAS dentro da UTI, tomada de consciência e com a promoção de mudanças de hábitos e costumes. A visão interprofissional e multidisciplinar possibilitou trocar conhecimentos e reformular conceitos antes só vistos na literatura técnica. Verificou-se que é necessário um maior esclarecimento das habilitações de cada profissional, tanto para o desempenho das atividades com mais clareza e segurança assim melhorando a qualidade do atendimento prestado aos pacientes internados na referida unidade de saúde, para que seja percebida a real importância da integração de profissionais afins.

5. REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 16, n. 1, p.165-184, 2011.
- BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012.
- BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária – ANVISA. **Nota Técnica nº 01/2013. Medidas de Prevenção e Controle de Infecções por Enterobactérias Multirresistentes**. Brasília, 2013.
- 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 2616 de 12/05/1998. Programa Nacional de Controle de infecção hospitalar**. Diário oficial da união. Brasília, 1998.
- COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Robbins. Patologia Estrutural e Funcional**. 8ª ed., Philadelphia: Elsevier, 2010.
- 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.
- GARCÍA-ZAPATA, M.R.C.; SOUZA, A.C.S.; GUIMARÃES, J.V.; TIPPLE, A.F.V.; PRADO, M.A.; GARCÍA-ZAPATA, M.T.A. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. **International Journal of Infection Control**, v. 6, n.1, p.1-8, 2012.
- 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.
- 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.
- 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.
- MORAES, G.M.; COHRS, F.M.; BATISTA, R.E.A., GRINBAUM, R.S. Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n.2, p.185-191, 2013.
- 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.

PAULA, D.M. **Precauções de contato: conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em um hospital geral de Belo Horizonte.** (Dissertação) Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PERCEPÇÃO DE GESTANTES E DE SEUS PARCEIROS ACERCA DA INCLUSÃO E PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

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, Clyslorrama Nunes Aiache¹, Janaira Teles de Oliveira¹, Laís Alice Duarte de Albuquerque¹ e Eder Ferreira de Arruda¹

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

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a percepção de gestantes e de seus parceiros sobre a inclusão e participação do homem no atendimento pré-natal em uma unidade básica 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 e seus respectivos parceiros 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 percepção frente à inclusão paterna na assistência pré-natal. 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% não eram etilistas, 54,5% eram primíparas, 54,5% estavam no primeiro trimestre gestacional, 49,2% haviam realizado de 1 a 2 consultas de pré-natal, 63,6% não planejaram a gestação, 96,4% tinham gravidez única e 49,1% pretendiam ter parto cesáreo. No que tange a percepção sobre a inclusão do parceiro nas consultas de pré-natal, 89,1% sentiam-se apoiadas pelos parceiros, 92,7% consideravam importante à inclusão e participação paterna e 80,0% sabiam do direito de ter acompanhamento no pré-natal e parto. Referente ao perfil dos parceiros, 38,2% tinha entre 18 a 24 anos, 61,8% tinham o ensino médio, 65,5% eram da cor parda, 63,6% possuíam trabalho remunerado e 41,8% recebiam renda de um salário mínimo mensal. Quanto à percepção dos parceiros referente à sua inclusão nas consultas de pré-natal, 63,6% já participavam das consultas, 80,0% consideravam importante à sua inclusão e participação, 54,5% referiram dificuldades de acompanhar as consultas de pré-natal e 81,8% sabiam que tem o direito de acompanhar suas parceiras no pré-natal e parto. Assim, a inclusão e participação paterna nas consultas de pré-natal foram vistas pelas gestantes e pelos seus parceiros como importante ferramenta apoio durante a

gestação. Portanto, sendo necessárias medidas e ações que promovam a efetiva participação paterna na assistência pré-natal.

Palavras-chave: Gestante; Paternidade; Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

This study aimed to identify the perception of managers and their partners about the inclusion and participation of men without prenatal care in a basic health unit in the city of Rio Branco, Acre. For this purpose, developed in a descriptive observational, cross-sectional study, with a quantitative approach, involving 55 pregnant women and their partners, which was carried out using an application of a questionnaire with questions about the socio-demographic, gynecological and obstetric characteristics of prenatal care and about perception regarding the inclusion of prenatal care. The data were not analyzed in the SPSS statistical program, version 20.0, they were not calculated as absolute frequencies and variations of the variables of interest. He observed that 52.7% of pregnant women were between 18 and 24 years old, 70.9% were stationary, 63.6% had completed high school, 76.4% did not engage in paid work, 52.7% reported family income of up to one minimum wage, 85.5% lived in the urban area, 94.5% were not smokers, 90.9% were not alcoholics, 54.5% were primary, 54.5% were in the first gestational trimester, 49.2% 1 to 2 prenatal consultations, 63.6% did not plan the pregnancy, 96.4% had a single pregnancy and 49.1% intended to have a cesarean delivery. No perception of the partner's inclusion in prenatal consultations, 89.1% considered it supported by partners, 92.7% considered inclusion and paternal participation important and 80.0% knew the right to have non-prenatal care and childbirth. Regarding the profile of partners, 38.2% were between 18 and 24 years of age, 61.8% had high school, 65.5% were in high school, 63.6% had paid work and 41.8% received income from one monthly minimum wage. As for the perception of the partners regarding their inclusion in prenatal consultations, 63.6% have already participated in the consultations, 80.0% considered their inclusion and participation important, 54.5% reported difficulties in monitoring such as prenatal consultations and 81.8% knew that the right to accompany their partners during prenatal care and childbirth. Thus, the inclusion and participation in prenatal consultations were seen by pregnant women and their partners, as an important support tool during pregnancy. Therefore, measures and actions those promote effective standard participation in prenatal care.

Keywords: Pregnant Women; Paternity; Prenatal Care.

1. INTRODUÇÃO

O período gestacional é uma etapa relevante na vida da mulher e de seu parceiro que exige uma série de mudanças psicológicas e afetivas de ambos. Além disso, a mulher ainda passa por alterações físicas e biológicas, devido ao gestar, parir e a preparação para a amamentação, assim, necessitando de cuidados e acompanhamento de saúde (CARDOSO et al., 2018).

Com a confirmação da gravidez deve ser iniciada a assistência pré-natal, tanto da gestante como de seu parceiro, pois é uma importante estratégia de atenção à saúde no

intuito de assegurar o desenvolvimento adequado da gestação e garantir um excelente prognóstico ao binômio mãe/filho (BRASIL, 2016a; COSTA et al., 2016a; GOMES; CARVALHO FILHA; PORTELA, 2017).

No acompanhamento pré-natal devem ser realizadas condutas acolhedoras e humanizadas que promovam intervenções preventivas e terapêuticas com a atenção voltada para a detecção prévia de patologias e ocorrências de riscos gestacionais (BRASIL, 2016a).

Neste contexto, é importante a inserção do parceiro na assistência pré-natal, por promover envolvimento, apoio emocional e psicológico à gestante, bem como também estimular a formação do vínculo afetivo com o conceito e para que o homem possa ser preparado para o puerpério e cuidados com o bebê (BRASIL, 2016a; HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

A identificação paterna é bem mais complexa de ser construída, pois o homem não vivencia no seu próprio corpo os processos da gestação, porém, é possível acompanhá-los através da participação nas consultas de pré-natal. Dessa maneira, de acordo com Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a inclusão do parceiro no pré-natal visa melhorar a atenção na saúde da mulher durante a gestação e parto, assim como promover a compreensão do homem sobre as mudanças emocionais e fisiológicas da gestante (BRASIL, 2016b; BALICA; AGUIAR, 2019).

Os principais benefícios da inserção do homem no pré-natal é reduzir complicações durante o trabalho de parto, maior adesão ao tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e outras doenças e estimular a paternidade (BRASIL, 2016b).

No Brasil, além da presença do parceiro durante todo o pré-natal, é garantido às parturientes, por meio da Lei nº 11.108/2005, o direito à presença e escolha de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Contudo, a importância da presença do companheiro durante o pré-natal, ainda não é uma prática frequente na rotina das unidades de saúde. Dentre os principais motivos identificados para a baixa adesão, destacam-se: a falta de disponibilidade, interesse e tempo para acompanhar as consultas, o descrédito nos profissionais em saúde e o hábito dos homens de não buscar os serviços de saúde com frequência, assim promover a adesão do homem na unidade de saúde ainda é um desafio (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Considerando a relevância da participação do parceiro em todas as etapas do período gravídico-puerperal e a escassez de estudos sobre esta temática, torna-se importante conhecer a percepção que a gestante e seu parceiro tem sobre a inclusão deste no pré-natal, visto que a compreensão dos fatores envolvidos neste processo pode aumentar a adesão

do homem e melhorar a assistência na fase gestacional trazendo benefícios à gestante e ao conceito.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi identificar a percepção de gestantes e de seus parceiros sobre a inclusão e participação do homem no atendimento pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Rio Branco, Acre.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-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 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 55 gestantes e seus parceiros que foram convidados para participarem do estudo.

Foram incluídos, por conveniência, as gestantes e seus respectivos parceiros 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 excluídos os 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 inclusão paterna na assistência pré-natal.

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

Conforme a tabela 1, a maioria das gestantes estava na faixa etária de 18 a 24 anos de idade (52,7%). Esse resultado se assemelha ao encontrado em um estudo sobre o perfil de gestantes atendidas em São Luís (MA) no qual houve predomínio de mulheres na idade de 20 a 29 anos, com 42,0% (SOUZA et al., 2013). Porém, difere dos resultados de um estudo realizado no município de Cáceres (MT) em que a maior parte das participantes se encontrava na faixa etária entre 26 e 30 anos, com 44,0% (FERREIRA et al., 2014).

No que diz respeito à cor ou raça, 70,9% das participantes eram pardas (Tabela 1). Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado com gestantes atendidas em Aracaju (SE), onde 61,0% das mulheres se declararam como sendo pardas (SANTOS et al., 2017). Porém, em um estudo desenvolvido em Porto Alegre (RS) sobre a qualidade da assistência pré-natal identificou que a maioria das mulheres era de cor branca, com 54,3% (GOMES; CÉSAR, 2013).

Quanto à escolaridade, 63,6% das entrevistadas tinham o ensino médio (Tabela 1). De igual modo, em uma pesquisa realizada com gestantes acompanhadas em Mato Grosso, foi verificado que a maioria tinha concluído ou cursavam o ensino médio, com 72,7% (CARDOSO et al., 2018). Outra pesquisa desenvolvida com gestantes de Maringá (PR) constatou que 56,0% das gestantes também tinham o ensino médio (SOUZA et al., 2019).

No que se refere à ocupação, 76,4% das gestantes não realizavam nenhum tipo de atividade remunerada (Tabela 1). Esse resultado corrobora com os achados de um estudo desenvolvido entre gestantes atendidas em Fortaleza (CE), no qual se evidenciou que 60,0% das entrevistadas não tinham trabalho remunerado (HOLANDA et al., 2018). Em um estudo realizado em um hospital público na cidade de Picos (PI), os achados foram similares, na qual 91,6% das gestantes não tinham atividade remunerada (BARBOSA et al., 2017).

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: *Valor do Salário Mínimo (SM) em 2020 = R\$ 1.050,00.

No que diz respeito à renda, 52,7% das grávidas tinham renda familiar mensal de até um salário mínimo (Tabela 1). Em um estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) se evidenciou que somente 12,3% das gestantes tinham renda familiar de até um salário mínimo, enquanto 39,8% recebiam entre um e dois salários mínimos (FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019). Dado semelhante foi encontrado em um estudo desenvolvido em São José dos Pinhais (PR), no qual 50,0% das entrevistadas referiram ter renda familiar de um a dois salários mínimos (TEIXEIRA et al., 2015).

Sabe-se que quanto maior o nível de escolaridade do casal, maior é a adesão da mulher ao pré-natal e a participação do homem durante o ciclo gravídico-puerperal (LIMA, 2014). O baixo nível de escolaridade associado às condições socioeconômicas desfavoráveis é considerado fator de risco para mãe e filho e devem ser observados no acompanhamento pré-natal, pois podem interferir diretamente no entendimento das

condutas que devem ser tomadas para manutenção da gestação no pré-parto, parto, pós-parto e puerpério adequados (TREVISANUTTO; SOUZA; CUNHA, 2018).

Com relação ao local de moradia, 85,5% das participantes residiam na zona urbana (Tabela 1). De modo similar, a maioria das gestantes atendidas no município de Gurupi (TO) morava na zona urbana, com 95,3% (SILVA et al., 2015). Assim como, 97,5% das gestantes atendidas em uma unidade de saúde de um município de Santa Catarina também moravam na zona urbana (FURLANETTO et al., 2016).

Com base na tabela 2, 94,5% das gestantes referiram não serem tabagistas. De igual modo, em estudo realizado em Sinop (MT) 95,0% das entrevistadas não eram fumantes (TREVISANUTTO; SOUZA; CUNHA, 2018). Semelhantemente, em Minas Gerais foi identificado que 92,2% das mulheres não fumavam (SANTOS et al., 2018).

Referente ao consumo de bebidas alcoólicas, 90,9% das participantes não eram etilistas (Tabela 2). Dado semelhante foi encontrado em uma pesquisa com gestantes de Porteirinha (MG) no qual se observou que 84,5% das entrevistadas não faziam uso de bebidas alcoólicas (DIAS et al., 2018). Assim como, na pesquisa realizada em Teresina (PI) em que 76,0% das mulheres referiram não serem etilistas (ARAÚJO et al., 2015).

Em relação ao histórico de gestações, 54,5% das mulheres eram primíparas (Tabela 2). Resultado que corrobora com achados do estudo desenvolvido entre gestantes atendidas em Fortaleza (CE) no qual se evidenciou que 87,8% das entrevistadas eram primigestas (HOLANDA et al., 2018). De maneira diferente, em um estudo para verificar desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto nos serviços públicos de saúde no Brasil, 52,7% das mulheres eram múltíparas (LEAL et al., 2020).

De modo geral, as mulheres durante sua primeira gestação podem desenvolvem medos e inseguranças com maior facilidade, necessitando de maior apoio emocional¹⁶. Portanto, é importante a inclusão do parceiro nesse processo, considerando que, reflete de modo direto na saúde da gestante, trazendo benefícios como segurança, apoio, estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e maior compreensão das mudanças biológicas e psicossociais que ocorre durante o período gestacional (QUEIROZ et al., 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). Diferentemente dos resultados de um estudo desenvolvido na cidade de São Paulo (SP), no qual 68,6% realizaram mais de seis consultas com maior frequência de início do pré-natal no primeiro trimestre, com 85,2% (SANTOS et al., 2015). Assim como no estudo realizado em Porto Alegre (RS) sobre a qualidade da assistência pré-natal, onde 87,0% também realizaram 6

ou mais consultas de pré-natal e a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (GOMES; CÉSAR, 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
Histórico de gestações		
Primípara	30	54,5
Múltipara	25	45,5
Trimestre gestacional		
Primeiro	30	54,5
Segundo	13	21,9
Terceiro	12	23,6
Número de consultas de pré-natal		
1 – 2	27	49,2
3 – 4	08	14,5
5 – 6	13	23,6
> 6	07	12,7
Planejamento da gestação		
Sim	20	36,4
Não	35	63,6
Tipo de gestação		
Única	53	96,4
Gemelar	02	3,6
Tipo de parto pretendido		
Vaginal	18	32,7
Cesáreo	27	49,1
Sem preferência	10	18,2
Total	55	100,0

Para o acompanhamento pré-natal, minimamente adequado, o Ministério da Saúde recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006). Todavia, o baixo número de consultas encontrado neste estudo pode ser explicado pelo fato de que foram incluídas mulheres em todos os trimestres gestacionais, porém a maioria ainda estava no início da gestação, recebendo suas primeiras consultas de pré-natal.

Concernente ao planejamento da gravidez, 63,6% das gestações não foram planejadas (Tabela 2). De igual maneira, em uma pesquisa para identificar o perfil das

gestantes atendidas em uma maternidade do município de Joaçaba (SC) foi observado que 55,6% das gestantes não haviam planejado a gravidez (PRANDINI; MACIEL; VICENSI, 2016). Assim como, no estudo feito em Rio Verde (GO) em que 65,91% das gestações também não foram planejadas (FONTANA et al., 2017).

Os resultados encontrados relacionados ao planejamento da gravidez indicam um consenso com dados nacionais, onde metade das gestações não é planejada, ainda que possa ser desejada (BRASIL, 2013). Referente à inclusão do parceiro no planejamento familiar, é perceptível a pouca ou nenhuma participação deste nesse processo. Isso pode ser interpretado por uma perspectiva de gênero, no qual o aspecto reprodutivo é considerado pela sociedade como sendo papel da mulher, contrário ao previsto pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que salienta que o homem também é sujeito no processo sexual e na contracepção (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ainda que não ofereça uma proposta efetiva, enfatiza a necessidade de valorização da paternidade como um fator relevante na promoção da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008). Por sua vez, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda incentivar os parceiros a participarem do planejamento familiar com o objetivo de levantar preocupações sobre saúde reprodutiva e estimular a paternidade responsável (SBP, 2019).

Quanto ao tipo de gravidez, 96,4% das gestantes são únicas (Tabela 2). Da mesma forma, em um estudo realizado no Estado de Alagoas, a maioria das gestantes apresentou um único, com 99,1% (COSTA et al., 2019). Em outro estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul todas as mulheres entrevistadas tiveram gravidez única (HENDGES et al., 2019).

Quanto ao tipo de parto pretendido, 49,1% das entrevistadas referiram preferência pelo parto cesáreo (Tabela 2). Esse resultado difere do encontrado no estudo realizado em Sinop (MT) no qual as gestantes referiram maior preferência pelo parto vaginal, com 58,3% (TREVISANUTTO; SOUZA; CUNHA, 2018). De igual modo, em um estudo realizado em Campo Grande (MS) a maioria das entrevistadas desejava trazer seus filhos ao mundo por parto vaginal, com 51,07% (SOUZA et al., 2016a).

No Brasil, nota-se nos últimos anos um aumento significativo nos índices de parto cesáreo e a ampliação de suas indicações. Contudo, sabe-se que o parto normal reúne, em relação ao cesáreo, uma série de vantagens como o menor custo, a recuperação mais rápida, o respeito pela maturidade da criança, entre outros, configurando-se como uma forma ideal de dar à luz. Contudo, vale ressaltar que toda gestante deve saber que o melhor tipo

de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez (BRASIL, 2013).

O pré-natal, como espaço de educação em saúde, é o lugar ideal para o entendimento de todos os aspectos relacionados à gravidez, proporcionando a mulher e seu parceiro o suporte ideal para a escolha do tipo de parto (BRASIL, 2013). É de fundamental importância a orientação do pai quanto ao seu direito de acompanhar e fazer parte de todo o ciclo gravídico-puerperal junto a sua companheira, favorecendo um maior vínculo dessa paternidade e compreensão de seu papel na sociedade e na família (MENDES et al., 2020).

Conforme a tabela 3, 89,1% das gestantes entrevistadas relatou se sentirem apoiada pelo parceiro durante a gestação. Em uma pesquisa realizada com gestantes cadastradas em duas unidades de saúde no município de Viçosa (MG) foi identificado que a maioria tinha o apoio do companheiro como a principal forma de participação durante o período gestacional (CALDEIRA et al., 2017). Em outra pesquisa desenvolvida no município de Fortaleza (CE), as gestantes expressaram medo e insegurança durante a gestação, dessa maneira, concordam que presença e apoio do parceiro são primordiais durante as consultas de pré-natal (FERREIRA et al., 2016).

A participação do parceiro nas consultas de pré-natal favorece os cuidados com a saúde da mulher, sendo a principal fonte de apoio, afeto e segurança para a gestante. Portanto, esse apoio torna-se indispensável para o enfrentamento de situações que podem causar estresse e desconforto, além da satisfação de necessidades que pode vir a surgir nesse período (SOUZA et al., 2016b; COSTA; TAQUETTE, 2017).

Tabela 3. Percepção e conhecimento das gestantes sobre a inclusão do parceiro na assistência pré-natal em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
<i>Se sente apoiada pelo parceiro durante a gestação?</i>		
Sim	49	89,1
Não	06	10,9
<i>Considerada importante à inclusão e participação do parceiro nas consultas de pré-natal?</i>		
Sim	51	92,7
Não	04	7,3
<i>Sabe que tem o direito de ter o acompanhamento do parceiro durante as consultas de pré-natal e no parto?</i>		
Sim	44	80,0
Não	11	20,0
Total	55	100,0

Concernente à inclusão do parceiro, 92,7% das gestantes referiram considerar importante à inclusão e participação do parceiro nas consultas de pré-natal (Tabela 3). Resultado semelhante em um estudo em Franca (SP) no qual também consideraram importante a presença dos parceiros nas consultas de pré-natal no qual 78,8% das entrevistadas tiveram impressões positivas sobre essa inclusão e participação (ALVES, 2019). Na pesquisa realizada com gestantes acompanhadas em Mato Grosso os discursos das entrevistadas indicam o quão importante consideraram o envolvimento do parceiro durante esse processo, representando principalmente a aceitação do bebê e o entendimento de poder confiar em seus parceiros nos momentos de dificuldade (CARDOSO et al., 2018).

O envolvimento e a participação ativa do parceiro na assistência pré-natal têm reflexos diretos na saúde emocional e física da mulher, possibilitando uma gestação mais segura e com melhor desenvolvimento. Por sua vez, influenciam no elo mãe, pai e filho, visando a maior compreensão do parceiro a respeito das mudanças que a mulher passa durante esse período, fortalecendo o seu vínculo com a mesma, auxiliando durante todo o processo e criando espaço para um maior envolvimento nos cuidados ao bebê após o nascimento (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; SILVA; GONÇALVES, 2020).

Neste contexto, os profissionais de saúde devem seguir cinco passos importantes para a inclusão efetiva desse parceiro no pré-natal, como: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, com postura acolhedora, solicitar exames e testes rápidos, efetuar imunização, esclarecer dúvidas e realizar orientação sobre temas relevantes da vida sexual e do processo gestacional, propiciar maior envolvimento durante o pré-parto, parto, pós-parto e puerpério (BRASIL, 2016b).

No que tange ao direito de acompanhamento do pré-natal e parto pelo parceiro, 80,0% das entrevistadas relataram ter conhecimento sobre esse direito (Tabela 3). Dado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em uma maternidade pública de Teresina (PI) no qual 73,17% referiram saber acerca do direito de ter acompanhante (LIMA; SANTOS; CUNHA, 2019). De modo diferente, em um estudo em duas maternidades filantrópicas do estado de Sergipe foi evidenciado que 57,5% não conheciam esse direito estipulado por lei (SANTOS et al., 2016).

Por sua vez, no estudo de Souza et al. (2018) realizado no Hospital Amigo da Criança, participante da Rede Cegonha e que trabalha com as boas práticas preconizadas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) foi identificado que a maioria das informações a respeito da lei que dispõe do direito ao acompanhante era derivada das visitas hospitalar e não do pré-natal. Observou-se ainda que as gestantes que receberam as informações durante as consultas de pré-natal referiam maior segurança.

Com relação às características dos parceiros das gestantes, 38,2% estavam na faixa etária de 18 a 24 anos de idade (n=21), 61,8% tinham o ensino médio (n=34), 65,5% eram da cor parda (n=36), 63,6% possuíam trabalho remunerado (n=35) e 41,8% recebiam renda de um salário mínimo mensal (n=23).

Referente à faixa etária dos entrevistados, nota-se diferença em comparativo com um estudo desenvolvido em um município da Bahia no qual o grupo etário dos companheiros entrevistados variou entre 23 a 52 anos (DOS-SANTOS; FERREIRA, 2016). Em outro estudo realizado em unidade de saúde do município de Santa Terezinha de Itaipu (PR) foi observado que 67,6% tinham idade entre 20 a 30 anos (SILVA et al., 2017).

Quanto à escolaridade dos pais, foi verificado semelhança em uma pesquisa realizada na cidade de Franca (SP) onde 56,7% tinham ensino médio completo/técnico (ALVES, 2019). Em contrapartida, dado diferente pode ser observado em uma pesquisa relatada anteriormente desenvolvida em unidades de saúde de Santa Terezinha de Itaipu (PR), na qual 38,2% dos homens possuíam apenas o ensino fundamental completo (SILVA et al., 2017).

Por sua vez, em pesquisa realizada no município de São Bento do Una (PE) correlacionou o grau de escolaridade à participação paterna, utilizando três parâmetros: participação apenas nas consultas, apenas na ultrassonografia e apenas em grupos/reuniões. Observou-se que 6,86% dos entrevistados analfabetos, 32,35% dos que possuíam fundamental incompleto, 5,9% com fundamental completo não participaram de nenhum momento do pré-natal. Quanto aos que tinham ensino médio incompleto, metade (3,92%) não participou e com ensino médio completo, 5,9% só do exame de imagem e 4,9% de duas das opções. Dentre os que possuíam ensino superior incompleto e completo, notou-se uma menor participação nas consultas de pré-natal (COSTA et al., 2016b).

No que tange a cor declarada pelos parceiros, os dados se assemelham com um estudo realizado no município de São João do Soter (MA) no qual grande maioria se considerava de cor parda (MENDES et al., 2020). Já, com relação ao trabalho remunerado, resultado semelhante foi verificado em um estudo realizado em São Paulo no qual apenas um participante estava desempregado, enquanto os outros participantes realizavam atividades profissionais remuneradas (CAVALCANTI; TSUNECHIROI, 2018).

Quanto à renda familiar, em outro estudo foi identificado que grande parte dos participantes também recebia até um salário mínimo (MENDES et al., 2020). Dado diferente pode ser visto no estudo feito na cidade de Franca (SP), onde 55% recebiam até cinco salários mínimos (ALVES, 2019).

A atividade laboral é uma das grandes barreiras que dificulta a presença do pai nas consultas no pré-natal. Mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho, ela não deixou de ser vista como a reprodutora e o homem como o principal provedor financeiro (COSTA; TAQUETTE, 2017). Todavia, a maioria dos pais não participa do acompanhamento pré-natal em decorrência de sua jornada de trabalho que, em muitos dos casos, acontece justamente durante os horários possíveis para a realização das consultas (CARDOSO et al., 2018).

De acordo com a tabela 4, 63,6% dos entrevistados participaram das consultas de pré-natal juntos das suas parceiras. Dados equivalentes foram verificados em um estudo realizado em uma maternidade pública de Teresina (PI) no qual 73,17% dos parceiros também participaram do pré-natal (LIMA; SANTOS; CUNHA, 2019) e em outra pesquisa em que 49,1% dos companheiros se mostraram participativos no acompanhamento do pré-natal (ALVES, 2019).

Tabela 4. Percepção e conhecimento dos pais sobre a sua participação e inclusão na assistência pré-natal de suas parceiras em uma unidade de saúde do município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2020.

Variável	N	%
<i>Participa das consultas de pré-natal da sua parceira?</i>		
Sim	35	63,6
Não	20	36,4
<i>Considerada importante a sua inclusão e participação nas consultas de pré-natal de sua parceira?</i>		
Sim	44	80,0
Não	11	20,0
<i>Tem dificuldades de acompanhar as consultas de pré-natal da sua parceira?</i>		
Sim	30	54,5
Não	25	45,5
<i>Sabe que tem o direito de acompanhar sua parceira durante as consultas de pré-natal e no parto?</i>		
Sim	45	81,8
Não	10	18,2
Total	55	100,0

Atualmente, tem se verificado um maior reconhecimento por parte do homem no que diz respeito à importância da gestação, identificado na maior participação dos pais no processo gestacional e preparação para a chegada de seu filho (MENDES; SANTOS, 2019). Diante desse cenário, o pré-natal e a paternidade têm sido utilizados como intermédio para a aproximação desse público aos serviços de saúde, pois são por meio das consultas de suas parceiras que esses homens podem ser incluídos também como efetivos usuários dos serviços de saúde (GOMES et al., 2016).

Com relação à importância, 80,0% dada pelos parceiros consideraram relevantes a sua inclusão e participação nas consultas (Tabela 4). Semelhante a uma pesquisa feita em um serviço de pré-natal da cidade de São Paulo (SP) no qual a maioria dos homens entrevistados mostrou entender a necessidade de acompanhar suas parceiras nas consultas (CAVALCANTI; TSUNECHIROI, 2018).

A importância da participação paterna no ciclo gravídico vem cada vez mais ganhando espaço dentro das discussões no âmbito dos serviços de saúde. Essa inclusão coloca em foco uma nova perspectiva, a necessidade de prestar assistência ao pai, tendo em vista que o homem também passa por inúmeros sentimentos ao saber que será pai, surgindo dúvidas, incertezas e ansiedade afetam a figura paterna (MENDES et al., 2020; BRAIDE et al., 2018).

Ainda conforme a tabela 4, 54,5% dos participantes referiu ter dificuldades de acompanhar as consultas de pré-natal das suas parceiras. Em um estudo realizado em Santa Terezinha de Itaipu (PR) 64,7% dos homens indicaram a falta de tempo relacionado ao trabalho como a maior dificuldade para não acompanhar as consultas, uma vez que são ofertadas em horário comercial (SILVA et al., 2017). A mesma dificuldade foi relatada em um estudo feito no município de Lajeado (RS) no qual afirmam participarem das consultas apenas quando têm disponibilidade em relação ao trabalho (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Segundo a Lei nº 13.257/2016 o pai tem o direito de se ausentar do trabalho para acompanhar sua esposa ou companheira nas consultas de pré-natal em até dois dias consecutivos, não sendo permitido que o empregador desconte esses dias do salário do funcionário, mediante a apresentação de atestado ou declaração médica (BRASIL et al., 2016c).

Quando questionado sobre o conhecimento dessa lei, 81,9% dos companheiros relatam saberem do direito ao acompanhamento de suas parcerias durante as consultas de pré-natal e no parto (Tabela 4). Dado discordante em uma pesquisa desenvolvida na capital

do Rio de Janeiro no qual se evidenciou o desconhecimento acerca da possibilidade e do direito de participação no pré-natal (COSTA; TAQUETTE, 2017).

A realização de orientações efetivas por parte dos profissionais de saúde a gestante e seu parceiro quanto aos seus direitos se constitui como uma importante ação que favorece a formação de um maior vínculo paterno e melhores condições de adaptação referente a mudanças que ocorrem neste período associadas ao ser pai na sociedade e na sua família (SILVA et al., 2019).

4. CONCLUSÃO

Por meio do estudo foi possível evidenciar que as gestantes percebem a inclusão e participação dos parceiros nas consultas de pré-natal como importante e que se sentem apoiadas. Quanto à percepção dos parceiros, a grande maioria participou e também considerou importante a sua inclusão e participação, ainda que encontrassem dificuldades de acompanhar as consultas efetivamente.

A importância da presença do parceiro durante todo o processo gestacional foi evidente. No entanto, percebe-se que, ainda que se tenha um maior conhecimento sobre a lei do acompanhante, a maior dificuldade enfrentada pelos homens para participar das consultas de pré-natal é a jornada de trabalho, que geralmente acontece simultaneamente aos horários das consultas, deixando a luz que a lei não é posta em prática.

Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde busquem meios para integrar o homem como sujeito nos períodos de gestação, parto e puerpério. Ainda, que use esse espaço para realizar orientações eficientes a esse homem quanto a todo processo gestacional e seus direitos, proporcionando que a paternidade seja construída de forma gradativa, agregando conhecimentos que auxiliem sua participação junto ao filho e família.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, M. I. **Inclusão do parceiro na assistência pré-natal**. (Dissertação) Mestrado em Ciências – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

ARAÚJO, K. R. S. et al. Levantamento do perfil obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade pública: um estudo de enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1613-1622, 2015.

BALICA, L. O; AGUIAR, R.S.A. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, p.114-126, 2019.

BARBOSA, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 227-233, 2017.

BRAIDE, A. S. G. et al. Sou homem e pai sim! (Re) construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 190, p. 1-7, 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: Diário Oficial da União, 2016c.

CALDEIRA, L. A. et al. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-10, 2017.

CARDOSO, V. E. P. S. et al. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 856-862, 2018.

CAVALCANTI, M. A. A.; TSUNECHIROI, M. A. O comportamento paterno na consulta pré-natal. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 39-46, 2018.

COSTA, D. K. P. et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 6, p. 4909-4919, 2016a.

- COSTA, A. K. S. et al. **A influência paterna durante o aleitamento materno no município de São Bento do Una-PE.** (TCC) Bacharelado em Nutrição - Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2016b.
- COSTA, R. L. M. et al. Avaliação do Perfil de Mulheres que receberam Assistência durante a Classificação de Risco Obstétrica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. esp., p. 488-494, 2019.
- COSTA, S. F.; TAQUETTE, S. R. Atenção à Gestante Adolescente na Rede SUS-O acolhimento do parceiro no pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 5, p. 2067-2074, 2017.
- DIAS, E. et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 284-297, 2018.
- DOS-SANTOS, E. M; FERREIRA, V. B. Pré-natal masculino: significados para homens que irão (re)experienciar a paternidade. **Revista Funec Científica-Multidisciplinar**, v. 5, n. 7, p. 62-78, 2016.
- FERREIRA, I. S. et al. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. **Revista Rene**, v. 17, n. 3, p. 318-323, 2016.
- FERREIRA, T. N. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres–MT. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 337-345, 2014.
- FONSECA, M. R. C. C.; VISNARDI, P; TRALDI, M. C. Perfil sociodemográfico e acesso à assistência pré-natal das puérperas de um hospital público. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n.1 , p. 6-15, 2019.
- FONTANA, A. P. et al. Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 72-78, 2017.
- FURLANETTO, C. A. et al. Perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma unidade de saúde do município de Criciúma. **Revista de Extensão**, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2016.
- GOMES, R. et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1545-1552, 2016.
- GOMES, R. M. T; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 80-89, 2013.
- GOMES, R. N. S; CARVALHO FILHA, F. S. S; PORTELA, N. L. C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 416-421, 2017.
- HENDGES, S. S. **O perfil das gestantes de uma estratégia de saúde da família.** (TCC) Bacharel em Enfermagem – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2019.
- HENZ, G. S; MEDEIROS, C. R. G; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, p. 52-66, 2017.

HOLANDA, S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

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.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020.

LIMA, F. L. A. **Construção da identidade paterna: repercussões no pré-natal masculino**. (Tese) Doutorado em Psicologia Social – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

LIMA, L. B; SANTOS, A. Gomes dos; CUNHA, A. M. V. Participação do pai/parceiro antes, durante e após o parto. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 4, p. 10-14, 2019.

MENDES, R. C. et al. Percepção do homem sobre a paternidade no período da gestação ao puerpério. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. 1-24, 2020.

MENDES, S. C.; SANTOS, K. C. B. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. **Enciclopédia Biosfera**, v. 16 n. 29, p. 2120-2133, 2019.

PRANDINI, N. R; MACIEL, K. F; VICENSI, M. C. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 7, n. 1, p. 105-110, 2016.

QUEIROZ, E. N. S. de et al. Avaliação da adesão ao pré-natal do parceiro: impacto no trinômio. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 5, p. 4835-4841, 2019.

SANTOS, E. C. P. et al. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 3, p. 61-65, 2016.

SANTOS, J. G. C. et al. Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal. **International Journal of Nutrology**, v. 10, n. 2, p. 5-15, 2017.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2015.

SANTOS, L. A. V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 617-625, 2018.

SILVA, M. C. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência no período gravídico puerperal. **Ciências Biológicas e da Saúde Unit**, v. 5, n. 3, p. 105-116, 2019.

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

SILVA, P. S. da. et al. Participação dos pais no programa pré-natal masculino na cidade de Santa Terezinha de Itaipu-PR. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 173-180, 2017.

- SILVA, T. S.; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A importância da presença do pai nas consultas de pré-natal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 44-55, 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Prevenção da Gravidez na Adolescência**. Departamento Científico de Adolescência, n. 11, 2019.
- SOUZA, M. A. R. et al. Vivência do acompanhante da parturiente no processo de parto. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 3, p. 626-634, 2018.
- SOUZA, M. P. et al. Perfil Sócio demográfico e gestacional de gestantes atendidas na ESF. **Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 3, n. 6, 2016a.
- SOUZA, W. P. S. et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Boletim de Psicologia**, v. 66, n. 144, p. 47-59, 2016b.
- 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. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 28-38, 2013.
- SOUZA, V. B. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas no sistema único de saúde (SUS) no município de Maringá. **XI EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica**, 2019.
- TEIXEIRA, R. A. et al. Consulta de pré-natal de enfermagem: cuidado além dos aspectos fisiológicos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 508-520, 2015.
- TREVISANUTTO, D. M.; SOUZA, T. V.; CUNHA, A. N. Perfil epidemiológico das gestantes em uma unidade básica de saúde em Sinop-MT. **Scientific Electronic Archives**, v. 11, n. 3, p. 87-100, 2018.

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER INDÍGENA NO CONTEXTO AMAZÔNICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriene Roberta Costa dos Santos¹, Layara de Almeida Lopes¹, Jennifer Marical Duarte¹, Paloma Dutra da Silva¹, Thayana de Assis Cardoso¹, Luane Suelen do Nascimento Sena¹ e Eurides Souza de Lima²

1. Centro Universitário FAMETRO, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

No início do século XX as políticas nacionais de atenção à saúde que envolviam as mulheres eram estritamente relacionadas a reprodução. A partir de 1984 com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) as mulheres de diversas etnias, raças e culturas passaram a obter integralidade e equidade da atenção à saúde. O objetivo foi relatar as experiências vivenciadas pelas acadêmicas de enfermagem com as mulheres indígenas sobre o câncer de mama e seus aspectos preventivos. Trata-se de um relato de experiência das atividades educativas inserida na matriz curricular do Curso de Enfermagem de um Centro Universitário de Manaus. Essas ações foram desenvolvidas em uma comunidade indígena pertencente a etnia Sateré Mawé. As participantes foram mulheres com idade entre 20 a 42 anos e constituiu-se por meio de uma roda de conversa. Foi apresentado os riscos, prevenção, sintomas do câncer de mama e realização do auto exame. Todas as indígenas participaram ativamente da atividade e buscaram aprender sobre o tema abordado. Foi concluído que as mulheres já possuíam conhecimento sobre a prevenção do câncer de mama. Este pode ser ampliado com a implementação das ações educativas realizadas pelos profissionais de enfermagem que atuam junto as comunidades indígenas.

Palavras-chave: Enfermagem, Neoplasias da mama e Saúde de populações indígenas.

ABSTRACT

At the beginning of the 20th century, national health care policies involving women were strictly related to reproduction. Since 1984, with the creation of the PAISM (Comprehensive Assistance Program for Women's Health), women of different ethnicities, races and cultures began to obtain comprehensive and equitable health care. To report the experiences of nursing students with indigenous women about breast cancer and its preventive aspects. This is an experience report of educational activities inserted in the curriculum of the Nursing Course at a University Center in Manaus. These actions were developed in an indigenous community belonging to the Sateré Mawé ethnic group. The participants were women aged

between 20 and 42 years old and constituted themselves through a conversation circle. The risks, prevention, symptoms of breast cancer and self-examination were presented. All indigenous women actively participated in the activity and sought to learn about the topic addressed. It was concluded that women already had knowledge about breast cancer prevention. This can be expanded with the implementation of educational actions carried out by nursing professionals who work with indigenous communities.

Keywords: Nursing, Breast neoplasms and Health of indigenous peoples.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi aprovada em 2002 na qual compõe a Política Nacional de Saúde e as Leis Orgânicas de Saúde que estão embasadas na Constituição Federal. A PNASPI assegura aos povos indígenas suas características étnicas, culturais e seus direitos territoriais, preconizando a implantação de saúde, enfatizando o modelo complementar de assistência diferenciada de serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde (BENEVIDES; PORTILHO; NASCIMENTO, 2014).

A população indígena no território brasileiro é estimada em torno de 896,9 mil indígenas, sendo 36,2% em área urbana e 63,8% na área rural, e também foram identificadas 505 terras indígenas. Essas terras representam 12,5% do território brasileiro e uma acentuada socio diversidade equivalente a 0,46% do total de habitantes brasileiros de acordo com a Fundação Nacional do Índio (BRASIL, 2012). Além disso, o Amazonas é o estado brasileiro que possui a maior população autodeclarada indígena com 168,7 mil (IBGE, 2010).

No início do século XX as políticas nacionais de atenção à saúde que envolviam as mulheres eram estritamente relacionadas a reprodução. A partir de 1984 com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) as mulheres de diversas etnias, raças e culturas passaram a obter integralidade e equidade da atenção à saúde; este programa incluía promoção e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades. No entanto as políticas específicas voltadas à saúde da mulher indígena ainda são escassas (FERREIRA, 2013).

Nesse aspecto, o câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada das células da mama e sua incidência pode atingir os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Os fatores de risco são ausência da maternidade, realização de intervenção hormonal, tabagismo, consumo de álcool em excesso, histórico de câncer na família e idade como fator principal, sendo mais frequente em mulheres acima dos 40 anos.

No Brasil é o câncer mais comum entre a população feminina com uma estimativa de 59.700 novos casos para 2018 (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015; BRASIL, 2018). É importante, portanto, que a enfermagem e as outras profissões da saúde atuem na prevenção desta enfermidade (FERREIRA et al., 2020).

As ações de educação em saúde aos povos indígenas são imprescindíveis já que propiciam a melhora do controle sobre a saúde. Além disso, sabe-se que as histórias de iniquidades vividas por esses povos tornam necessário atividades que minimizem essas desigualdades (OLIVEIRA; AQUINO; MONTEIRO, 2012).

As atribuições dos futuros enfermeiros devem estar pautadas na assistência integral ao indivíduo e eles necessitam estar preparados para desenvolverem suas ações independente do sistema em que o mesmo esteja inserido, seja homem branco ou indígena (PINA et al., 2016).

O interesse em realizar o relato de experiência surgiu na busca pela influência da disciplina e devido a percepção da escassez de pesquisas relacionadas a saúde da mulher indígena, em especial sobre o câncer de mama. Neste contexto, surgiu o seguinte questionamento: Será que as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde são eficazes no que tange a prevenção do câncer de mama?

Portanto, o objetivo geral foi relatar as experiências vivenciadas pelas acadêmicas de enfermagem por meio das práticas educativas desenvolvidas com mulheres indígenas sobre o câncer de mama.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência das ações educativas desenvolvidas pelos discentes do Curso de Enfermagem do sexto período da disciplina de Saúde das Populações Indígenas e Ribeirinhas Étnico-Raciais, inserida na matriz curricular do Curso de Enfermagem de um Centro Universitário de Manaus.

As ações educativas foram desenvolvidas em uma comunidade indígena pertencente ao grupo Sateré Mawé localizada em um município do estado do Amazonas. As participantes foram mulheres de 20 a 42 anos. E para alcançar os objetivos das ações foram utilizadas algumas ferramentas alternativas como roda de conversa, palestra, perguntas e respostas, exposição de cartazes e demonstração do autoexame. E, para subsidiar o relato utilizamos

as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (LILACS).

A escolha da temática deu-se por ser o mês de outubro do ano 2018, considerado o mês da campanha mundial de prevenção ao câncer de mama.

Com base nisso, a disciplina de Saúde das Populações Indígena Étnico-Raciais busca ofertar aos alunos uma visão holística sobre: a diversidade cultural, compreensão da cultura, das práticas de saúde, cura dos povos indígenas da Amazônia, as relações étnico-raciais, intermedicalidade, conhecimento sobre a história da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, gestão de sistemas locais de saúde e o trabalho do enfermeiro na atenção à saúde dos povos indígenas no que tange a proteção, promoção e recuperação da saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, as ações foram planejadas e organizadas em sala de aula onde a professora da disciplina abordou a importância de ter uma experiência com uma população indígena, e quão importante seria para o acadêmico de enfermagem e futuro enfermeiro realizar atividades educativas e relatar essas experiências. Então, foi demonstrado as formas de como seriam desenvolvidos as atividades e o percurso da logística até a aldeia. Sendo assim, os discentes percorreram à teoria em busca de conhecimentos científicos a respeito do câncer de mama e seus fatores de risco, bem como as formas de prevenção, autoexame das mamas e a importância da mamografia. O intuito desta pesquisa era chegar ao conhecimento de forma simplificada e favorecer a troca de experiências entre discentes e as participantes.

Percebe-se neste contexto os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer que são diversos e não tem uma causa única, além de aumentarem com a idade; fatores endócrinos, comportamentais/ambientais, genéticos/hereditários e outros também se encaixam (BRASIL, 2018). Para Silva et al. (2008) que estudos abordando os fatores de risco voltados especificamente para a população indígena feminina ainda são escassos, porém observa-se um aumento dos números de casos de câncer de mama nesta população. Além disso, numa determinada tribo indígena observa-se que o maior fator de risco é o sedentarismo (SILVA et al., 2008).

As atividades foram desenvolvidas das seguintes formas: o primeiro momento ocorreu com a chegada à aldeia, onde houve uma recepção do Pajé e da Tuxaua que são os responsáveis diretos pela comunidade. O pajé nos conduziu a conhecer os hábitos e os costumes de seu povo e após a recepção fomos conduzidas para uma apresentação com as crianças onde cantaram e dançaram conforme seu idioma. E, para finalizar a recepção dos indígenas, eles iniciaram um ritual da tucandeira a fim de proporcionar as boas-vindas aos visitantes.

O ritual da tucandeira marca a iniciação masculina. As formigas tucandeiras são colocadas com a cabeça para fora e o ferrão na parte interna de um recipiente. As formigas representam os pelos pubianos da mulher-cobra. O recipiente juntamente com penas forma uma luva adornada onde o jovem, durante o ritual, calçara-a e permanecerá por alguns minutos. O intuito do ritual é qualificar o jovem para os papéis sociais masculinos (BOTELHO; WEIGEL, 2011).

Logo após o impacto cultural dos Saterés, as discentes foram encaminhadas até o local onde as índias se encontravam em busca de perguntas e respostas para constituir uma roda de conversa. Eram aproximadamente 10 mulheres na faixa etária de 20 a 42 anos, no qual relataram hábitos de fumar, ingestão de bebidas alcólicas, em sua grande maioria casada, possuindo filhos e mostrando a primeira gestação por volta dos 16 a 20 anos. Com exceção de uma mulher que estava como dificuldade de engravidar.

As mulheres indígenas associam as práticas de auto cuidado às promoções de saúde, ou seja, elas consideram o ato de ter saúde como algo essencial para se viver bem. Outro fator importante é o fato de elas relacionarem saúde ao lar, alimentação e higiene, porém deve-se levar em conta o processo saúde doença com que cada tribo indígena está inserida (BAGGIO et al., 2018).

Foi percebido que todas as mulheres, mesmo as que já possuem filhos, utilizavam como método contraceptivo o preservativo masculino, mas em sua falta eram adeptas do coito interrompido. Algumas já utilizaram contraceptivo injetável, porém pararam por não se sentirem seguras com esse método. Iniciou-se uma roda de conversa sobre a temática e todas foram cooperativas em responder as perguntas iniciais que envolveu a prevenção do câncer de mama.

No segundo momento iniciou-se com a roda de conversa que houve várias indagações das participantes sobre o câncer de mama, bem como os métodos de prevenção, principalmente a mamografia. A maioria já conhecia as formas de prevenção e tais procedimentos, mas não tinham realizado exames mais complexos, mesmo a que está

inserida na faixa etária recomendada, por motivo de ser difícil o deslocamento até a cidade para marcar o exame.

A roda de conversa como uma ferramenta metodológica, abre um espaço para os envolvidos no processo ensino aprendizagem expressarem suas inquietações e seus conhecimentos mesmo sendo empírico a respeito do tema em questão (CARVALHO et al., 2016).

Após a roda de conversa, que teve objetivo de aproximar o conhecimento das participantes a respeito da temática a ser abordada e para solucionar o problema de forma simplificada, utilizamos ferramentas alternativas como: palestra, exposição de cartazes contendo imagens ilustrativas mostrando o passo-a-passo para realização do autoexame, perguntas e respostas produzidas pelos próprios discentes.

Foi realizado um bate papo após as atividades desenvolvidas para identificar o grau de absorção das informações transmitidas e quando as participantes respondiam de forma correta eram presenteadas com um brinde como forma de valorizar a troca de conhecimentos. Além disso todas receberam um laço rosa para lembrar esta data e a importância da prevenção do câncer de mama.

A palestra proporcionou uma transformação positiva no conhecimento das índias sobre o câncer de mama e observou-se que elas se conscientizaram e aprenderam corretamente a importância do autoexame através do toque, bem como um olhar mais atento para a prevenção.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que as índias possuem um conhecimento mínimo sobre a prevenção do câncer de mama e seus fatores de risco, este pode ser ampliado com a implementação de atividades educativas onde o enfermeiro pode atuar como agente fortalecedor dessas ações de educação em saúde.

Constatou-se como ponto mais facilitador a aceitação das índias, mostrando-se interessadas em participar de todas as atividades que eram expostas. E como barreira foi o ambiente em que as mesmas se encontravam, um lugar não reservado que causava desconforto.

Percebeu-se que através das orientações houve mudança de comportamento e atitude das índias em relação ao cuidado com saúde. Essas mudanças direcionam os leitores e os profissionais de saúde para a reflexão de um pensamento crítico-reflexivo sobre a importância da aplicação de ferramentas metodológicas que exercem uma grande contribuição na formação dos autores envolvidos.

A experiência trouxe grandes contribuições e oportunidades ímpares para as acadêmicas e futuras enfermeiras. Portanto, com essa experiência enriquecedora, abre-se espaço para novos olhares para aplicação desta metodologia educativa e aos mestres responsáveis por esta disciplina incentivar os acadêmicos a experimentar esta oportunidade tão valiosa.

5. REFERÊNCIAS

BENEVIDES, L; PORTILHO, J.A.C; NASCIMENTO, W.F. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus, actas de saúde colet**, v.8, n.1, p. 29-39, 2014.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. **IBGE divulga resultado do censo 2010 sobre população indígena.** Disponível em <<http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/1757-ibge-divulga-resultado-do-censo-2010-sobre-populacao-indigena>>. Acessado em 09/11/2018.

IBGE. Os **indígenas no censo demográfico 2010.** Disponível em <https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf>. Acessado em 30/09/2020.

FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implementação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Cien e Saud Colet**, v. 18, n.4, p. 1151-1159, 2013.

RODRIGUES, J.D; CRUZ, M.S. Paixão AN. Uma Análise da Prevenção do Câncer de Mama no Brasil. **Ciênc Saúd Coletiv**, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de Mama.** Disponível em <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>> Acessado em 09/11/2018.

FERREIRA, D.S. et al. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2020.

PINA, R.M.P. et al. Ensino de Enfermagem na Saúde Indígena: uma abordagem problematizadora - relato de experiência. **Rev de Enferm UFPE**, v. 10, p. 1556-1561, 2016.

CARVALHO, L.M. et al. A Visita Técnica Como Recurso Didático no Ensino de Gestão em Saúde: Um Relato de Experiência. **V Congresso de Educação em Saúde da Amazônia COESA**, 2016.

OLIVEIRA, J.W.B; AQUINO, J.M; MONTEIRO, E.M.L.M. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 3, p. 437-444, 2012.

SILVA, E.P. et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1493-1500, 2008.

BOTELHO, J.B; WEIGEL, V.A.C.M.. Comunidade sateré-mawé Y'Apyrehyt: ritual e saúde na periferia urbana de Manaus. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**, v. 18, n. 3, p. 723-744, 2011.

BAGGIO, E. et al. O cuidar da saúde para a mulher indígena haliti-paresí. **Rev Enferm UFPE**, v. 12, n. 3, p. 729-737, 2018.

TUBERCULOSE UM FATOR DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

**Keila Cristina Carlos Braga¹, Cyntia Costa Guimarães¹, Michelli Domingos da Silva¹,
Esmeraldina Lopes Gonçalves¹, Laura Lauanda dos Santos Paiva¹, Rebecca Pereira
Seffair¹, Sarah Regina Leão de Souza¹**

1. Universidade Nilton Lins, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma doença descuidada, de grande magnitude e transcendência e que possui estreita relação com as piores condições de vida e desigualdade sociais. O risco é maior em portadores de outras doenças crônicas como: diabetes mellitus, hipertensos entre outras comorbidades. A probabilidade de associação entre diabetes mellitus e tuberculose representa um desafio importante crescente para o controle global. **Objetivo:** Identificar fatores de risco para pacientes com tuberculose versus diabetes mellitus. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A realização das buscas foi através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo) sobre a temática. Compreendendo o período de 2013 a 2020. **Resultados:** Os resultados demonstram a importância do trabalho de integração do Sinan-tuberculose com outros bancos de dados, especialmente com aqueles que detêm informações dos agravos associados à tuberculose, caso da diabetes. Além disso, agregação da diabetes com tuberculose tem a maior probabilidade do medicamento não surtir o efeito desejado e não ser eficaz na TB podendo desenvolver uma resistência as drogas e por outro lado a tuberculose pode induzir a tolerância a glicose e dificulta o controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus. **Conclusão:** A partir do estudo foi possível identificar algumas complicações agudas da TB associada DM. A batalha contra o abandono do tratamento da tuberculose e da diabetes de mellitus é um dever profissional, um compromisso da sociedade e dos governos, um ato a favor da saúde individual e coletiva.

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes de Mellitus e Tuberculose.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a careless disease of great magnitude and transcendence and has a close relationship with the worst living conditions and social inequality. The risk is higher in carriers of other chronic diseases such as diabetes mellitus, hypertension among other comorbidities. The probability of association between diabetes mellitus and tuberculosis represents an important and growing challenge for global control. **Objective:** To identify risk factors for patients with tuberculosis versus diabetes mellitus. **Methodology:** This is an

exploratory literature review survey. The searches were conducted through the Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) and Scientific Electronic Library Online (Scielo) on the subject. Comprising the period from 2013 to 2020. Results: The results demonstrate the importance of the work of integration of Sinan-tuberculosis with other databases, especially with those that hold information on the diseases associated with tuberculosis, the case of diabetes. In addition, aggregation of diabetes with tuberculosis has the highest probability of the drug not having the desired effect and not being effective in TB and may develop a resistance to drugs and on the other hand tuberculosis may induce glucose tolerance and hinders glucose control of patients with diabetes mellitus. Conclusion: From the study it was possible to identify some acute complications of TB associated with DM. The battle against abandoning the treatment of tuberculosis and diabetes mellitus is a professional duty, a commitment of society and governments, an act in favor of individual and collective health.

Keywords: Nursing, Mellitus Diabetes and Tuberculosis

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose, é uma doença descuidada de grande magnitude e transcendência e que possui estreita relação com as piores condições de vida e desigualdade sociais (BUSATTO et al., 2015). O risco é maior em portadores de outras doenças crônicas como: diabetes mellitus, hipertensos entre outras comorbidades. A probabilidade de associação entre diabetes mellitus e tuberculose representa um desafio importante crescente para o controle global (PEREIRA et al., 2016).

De acordo com Abreu et al. (2020), comenta que as condições de vida de cada paciente, podem proporcionar taxas elevadas de falências de tratamento da tuberculose e maior risco de óbitos, principalmente aqueles relacionados com os casos de tuberculose (TB) e diabetes mellitus (DM) tem maior probabilidade de insucesso no tratamento da tuberculose e pertencem ao um grupo de risco para desenvolver resistência as drogas utilizadas no tratamento. Por outro lado, a tuberculose pode induzir intolerância à glicose e dificultar o controle glicêmico de individuo com diabetes mellitus (ROCHA et al., 2016).

A tuberculose e diabetes são enfermidades que historicamente possuem grande relevância na saúde pública, impactando a coletividade de forma profunda até os dias atuais. Entretanto, alguns autores relata que, não foi encontrada explicação sobre maior ocorrência da infecção pelo bacilo de Koch, o causador da tuberculose e no caso da DM, requer atenção e cuidado complexos uma vez que a diabetes pode interferir no metabolismo dos fármacos antituberculose (SILVA et al., 2018).

A grande massa da população brasileira tem uma cultura particular que acham que a TB é uma doença infecciosa comum, que entre outras áreas do corpo, ataca os pulmões, é um problema de saúde pública, onde a maioria desses pacientes são de situações de rua ou até de presídios (SANTOS, 2013). Porém, isso não quer dizer que aqueles que tem uma condição melhor não venha ter a doença. Isso é puro engano, alguns pacientes não apresentavam nenhuns sintomas aparente como: tosse seca, febre, falta de apetite entre outros (VALENÇA et al., 2016).

A TB ativa desenvolve-se mais repetidamente em pacientes com baixo controle glicêmico. Alguns pacientes com DM mostraram que o risco de tuberculose ativa era três vezes maior entre aqueles com nível de hemoglobina A1c (HbA1c) $\geq 7\%$ do que aqueles com nível de HbA1c $< 7\%$ (razão de risco = 3,11; IC95%: 1,63-5,92). Ainda, essa dependência por insulina é considerada um fator de risco para a tuberculose. Alguns pesquisadores, relatam que a incidência de desenvolver TB era duas vezes maior entre os pacientes com DM, que utilizavam mais de 40 unidades de insulina por dia do que entre aqueles que utilizavam doses mais baixas (SILVA et al., 2018).

A DM, é responsável por descontrole do sistema imunitário, que pode aumentar a suscetibilidade para a tuberculose. As principais alterações imunológicas da diabetes são: disfunção das células polimorfonucleares, diminuição do número de monócitos periféricos com alteração da fagocitose, diminuição da transformação blástica dos linfócitos e defeito na função de opsonização do complemento. A fisiologia pulmonar está igualmente alterada nos pacientes com diabetes (CARRIÓN-TORRES et al., 2015).

A DM, descontrolada ou sem controle pode levar a múltiplas complicações, incluindo o aumento da suscetibilidade à infecção. O diabetes causa um aumento da suscetibilidade à TB através de vários mecanismos, incluindo hiperglicemia e insulinopenia celular, que têm efeitos indiretos sobre a função de macrófagos e linfócitos. Entretanto, a TB pode prejudicar temporariamente a tolerância à glicose, que é um fator de risco para o desenvolvimento de DM (KOZAKEVICH; SILVA, 2016).

Estima-se que, até 2030, 80% dos clientes venha ter diabetes, sendo importante compreender as qualidades clínicas e epidemiológicas do binômio tuberculose-diabetes nessa região para tratamento e controle adequados (NASCIMENTO; SOARES, 2019).

A importância desse estudo, é de alertar a população sobre duas doenças que estão caminhando juntas e silenciosas, essa associação entre tuberculose e diabetes mellitus tem sido relatada em diversos estudos epidemiológicos, duas revisões sistemáticas abordaram sobre o risco global da tuberculose em diabéticos.

Tendo em vista, o crescimento do percentual de pessoas com TB, junto a isso o aumento dos mesmos com a Diabetes de Mellitus no Brasil e no mundo, percebe-se que, a necessidade de aprimorar os cuidados e a assistência e ao mesmo, trabalhar abordagem nos cuidados e principalmente na percepção e na humanização dos pacientes acometidos por essa patologia.

Levando assim o conhecimento dos enfermeiros até unidades clínicas, centros destinados aos cuidados ao paciente com DM e TB, e envolvidos. Fazendo do enfermeiro e seu conhecimento, uma ponte direta para minimizar os sofrimentos – físico, mental, social, ambiental e psicológico na tensão familiar - em função do aumento do trabalho e atenção do paciente com DM e TB.

O presente capítulo tem como escopo identificar fatores de risco para pacientes com tuberculose versus diabetes mellitus.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo, trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A pesquisa exploratória, visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este tipo de pesquisa tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas.

A realização das buscas foi através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) sobre a temática. Compreendendo o período de 2013 a 2020. Critérios de inclusão: artigos em português e gratuitos, e critérios de exclusão: outros idiomas, pagos.

Segundo Gil, (2017) a base de coleta de dados 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, 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 352 artigos, e a seguir foram selecionados 18 artigos.

A seguir observa-se a tabela com a síntese dos artigos selecionados.

Quadro1. Síntese dos artigos selecionados para esta revisão integrativa.

Nº	Título do Estudo	Autor/ Ano	Idioma	Metodologia	Objetivo	Conclusão
1	Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação	RIBEIR; SILVA; OLIVEIRA, 2018.	Português e Inglês	Estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo	Descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no Brasil no período de 2005 a 2015 e verificar como os indicadores brasileiros estão se comportando em relação às metas estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para eliminação dessa doença.	Os principais indicadores de hanseníase apresentaram redução no período do estudo. Embora o Brasil não tenha erradicado a hanseníase, essa meta deverá ser alcançada em 2020 caso sejam mantidos os parâmetros. Recomenda-se adaptar a política de atenção à hanseníase à realidade de cada região brasileira, visto que a prevalência da doença apresenta distribuição heterogênea.
2	O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento.	SILVA; SILVA, 2016.	Português e Inglês	Estudo, de abordagem qualitativa	Revelar as representações sociais das pessoas com TB em relação à doença e seu tratamento.	O presente estudo, ao trazer a perspectiva de elaborações a partir do senso comum ancoradas na teoria da representação social, revela sentidos da TB elaborados a partir de um grupo social que encontra tormentos na doença, mas que, surpreendentemente, também encontra o sentido de beneficiação na mesma, aflorando três representações mais expressivas, que são: a doença que pressupõe a condenação de vida, a doença que impõe a limitação da vida e a doença que propõe um (re)começo da vida.
3	Tratamento Da Tuberculose: Dificuldades Enfrentadas Por Pacientes De Uma UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE	CAVALCANT E et al., 2019.	Português	Estudo observacional do tipo transversal com abordagem quantitativa	Identificar as principais dificuldades enfrentadas no tratamento diretamente observado da tuberculose em pacientes atendidos em uma unidade de saúde do Acre.	De forma positiva os indivíduos do presente estudo concluíram o tratamento diretamente observado para tuberculose, porém a principal dificuldade enfrentada por eles foram as reações adversas das medicações, o que pode levar em alguns casos ao abandono do tratamento
4	Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público	COUTO et al., 2014.	Português	Estudo exploratório, descritivo e qualitativo	Identificar e analisar os fatores determinantes que levaram os pacientes a abandonarem o tratamento para tuberculose	Ao analisar os fatores determinantes, identificados neste estudo, que levam ao abandono do tratamento da TB, evidenciou-se que a maioria deles está relacionada à maneira como os serviços de saúde se organizam para desenvolver estratégias de controle da TB.

5	Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro.	PORTELA et al., 2014.	Português	Estudo transversal	Avaliar fatores associados à satisfação de usuários do Programa de Controle de Tuberculose.	A satisfação dos pacientes do Programa de Controle da Tuberculose mostrou-se, em termos gerais, elevada, mas é menor entre os mais jovens, aqueles com nível superior e aqueles submetidos ao tratamento autoadministrado. São necessárias mudanças estruturais e organizacionais no cuidado, e este estudo prevê subsídios práticos para a sua melhoria.
6	Diabéticos Tipo 2, em um Serviço de Atenção Básica no Município do Recife.	ROCHA et al., 2016.	Português	Estudo descritivo tipo observacional	Avaliar o controle glicêmico pela glicemia capilar, de pacientes diabéticos cadastrados em um serviço de Atenção Primária à saúde.	Conclui-se que a falta de controle da glicemia, prevalece na população estudada, em ambas as faixas etárias; a escolaridade não demonstrou influência no controle glicêmico. Além disso, a presença de complicações cardiovasculares foi bem expressiva
7	Diabetes Mellito tipo 1 autoimune: aspectos imunológicos	SOUSA; ALB ERNAZ; SO BRINHO, 2016.	Português	Revisão bibliográfica	Realizar uma revisão bibliográfica levantando os principais eventos imunomediados que cooperam para o desenvolvimento dessa doença, os quais podem colaborar para a determinação de novas estratégias para o tratamento do DM1.	O DM1 autoimune é uma doença complexa, envolvendo fatores genéticos e ambientais, levando à destruição imunomediada das células-beta. Avanços em imunogenética trouxeram enorme contribuição ao conhecimento da patogênese do DM1A, às suas diferentes manifestações clínicas e doenças associadas.
8	Associação entre diabetes e tuberculose: estudo caso controle	PEREIRA et al., 2016.	Português	Estudo caso-controle	Testar a associação entre diabetes e tuberculose.	A associação entre diabetes e tuberculose pode dificultar o controle da tuberculose, contribuindo para manutenção da elevada carga da doença. A situação demanda intensificação da detecção precoce de diabetes entre pessoas com tuberculose, na tentativa de maior efetividade das estratégias de controle da doença.
9	O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes mellitus na perspectiva de gestores de saúde	NASCIMENTO, 2015.	Português	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	Analisar desafios e potencialidades para a implantação do manejo integrado da tuberculose (TB) e Diabetes Mellitus (DM), como política pública, na perspectiva de gestores da saúde.	O manejo integrado da TB e DM, apesar das recomendações de organizações internacionais de saúde, constitui-se um desafio, mas sua implantação é possível e urgente, contribuindo para o controle destes agravos e busca da integralidade em saúde.
10	Estratégias educativas para a redução do abandono do tratamento da Tuberculose em ambiente não formal de ensino.	OLIVEIRA et al., 2017.	Português	Estudo qualitativo baseado em entrevistas	Contribuir para o aumento da adesão ao tratamento da tuberculose.	Em relação ao desfecho do tratamento, constatamos a intenção de suspensão da medicação por 33% dos pacientes durante a realização de entrevistas. Todavia o resultado de nosso desfecho mostra que o percentual de abandono do tratamento foi de 2%.
11	Tuberculose e Comorbidade Com Diabetes Mellitus: Aspectos Epidemiológicos e Imunológicos	OLIVEIRA, 2018.	Português	Estudo de revisão integrativa da literatura	Caracterizar a Tuberculose na comorbidade com a Diabetes Mellitus nos aspectos epidemiológicos e imunológicos.	Concluiu-se que as estratégias de intervenção implementadas, não estão sendo suficientemente eficazes para reduzir a prevalência e incidência da tuberculose e da Diabetes Mellitus.
12	Fatores associados ao	MALTA et al., 2017.	Português	Estudo transversal	Analisar os fatores associados ao diabetes	Após ajustes por idade, escolaridade e sexo, o diabetes

	diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013				autorreferido entre adultos entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).	mostrou-se associado com maior idade, menor escolaridade, fumo no passado, sobrepeso e obesidade, e hipertensão arterial sistêmica, bem como com estado de saúde auto-declarado como ruim, indicando um padrão de fatores de risco comum a várias doenças crônicas não transmissíveis e associação da doença com morbidade.
13	Manejo integrado de tuberculose e diabetes: uma revisão integrativa	NASCIMENTO; SOARES, 2019.	Português	Revisão integrativa	Identificar as evidências sobre manejo integrado de tuberculose e diabetes disponíveis na literatura para o contexto latino-americano.	O rastreamento bidirecional de tuberculose-diabetes poderá implicar em melhor controle desses agravos, principalmente em países em desenvolvimento e em áreas endêmicas para tuberculose.
14	Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose droga resistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil	VIANA; REDNE; RAMOS, 2018.	Português e Inglês	Estudo de coorte retrospectiva	Investigar os fatores associados ao abandono e a óbito de casos deste tipo de TB em um centro de referência terciária do Município do Rio de Janeiro, Brasil.	A partir dos nossos resultados, evidenciamos alguns fatores de risco relacionados ao abandono e ao óbito, que são problemas de saúde pública que contribuem para o agravamento da TBDR.
15	Validade do sintoma tosse para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em pacientes internados em hospital universitário.	GONÇALVES, 2015.	Português, Espanhol e Inglês	Estudo avaliativo	Avaliar a acurácia do sintoma tosse como um critério diagnóstico de tuberculose pulmonar (TBP) em pacientes internados em um hospital universitário.	A tosse produtiva apresentou boa acurácia, embora, isoladamente, não seja um bom sintoma de rastreio da TBP em ambientes hospitalares; torna-se necessário identificar outros sintomas e sinais para rastreio e diagnóstico precoce em hospitais.
16	Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica	BERTONHI, 2018.	Português e Inglês	Revisão de literatura	Investigar as principais características dietoterápicas nos casos do DM tipo 2 (DMT2).	A inadequação da dieta dos pacientes com DMT2 aponta para o maior risco de morbidades associadas e que o acompanhamento nutricional destes pacientes é fundamental.
17	Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados	BARTHOLOMAY et al., 2014.	Português, Espanhol e Inglês	Métodos secundários	Verificar a melhoria da qualidade das informações da TB após a vinculação de registros e a correção do encerramento por meio do <i>linkage</i> probabilístico do SINAN com o SIM, com vistas à obtenção de indicadores para o acompanhamento da TB mais confiáveis.	A vinculação de registros diminuiu o percentual de casos novos com encerramento por transferência, com variação de 34,8% em 2008 e 35,5% em 2009. Após o <i>linkage</i> entre SINAN e SIM, o percentual de óbito por TB aumentou, com variação em torno de 15%. Os resultados descrevem uma situação de alerta no que se refere à qualidade dos dados de desfecho de tratamento de TB no SINAN.
18	Tuberculose e diabetes: relacionamento probabilístico de bases de dados para o estudo da associação entre ambas doenças	ABREU et al., 2020.		Estudo descritivo	Descrever o perfil dos casos de comorbidade tuberculose-diabetes no Brasil	Os casos captados tiveram perfil semelhante àqueles registrados no Sinan-tuberculose e o relacionamento dos dados de diferentes sistemas de informações possibilitou a detecção de casos não captados pela vigilância.

Fonte: Dados extraídos dos estudos selecionados.

De acordo com os artigos selecionados através dos descritores: Enfermagem, Diabetes de Mellitus e Tuberculose. Os dados obtidos através dos artigos, demonstraram

que a relação da temática vem sendo construída de forma crescente, e que os profissionais de saúde estão compreendendo o seu papel fundamental na reversão dos índices da DM e TB, visto que apesar de todas as evidências científicas devemos compreender como ocorre esse processo. Entretanto os resultados demonstram a importância do trabalho de integração do Sinan-tuberculose com outros bancos de dados, especialmente com aqueles que detêm informações dos agravos associados à tuberculose, caso da diabetes.

3.2 DISCUSSÃO

Para Ribeiro, Silva e Oliveira (2018), a TB é uma enfermidade infecciosa e contagiosa, transmitida por um tipo específico de bactéria, conhecida como Bacilo de Koch. Essa transmissão ocorre quando tossimos, espirramos e falando alto aonde vai se propagar a bactéria conhecida *Mycobacterium tuberculosis*. É uma enfermidade grave, entretanto curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da terapia sejam seguidos. É uma das doenças mais antigas e que, apesar de prevenível e curável desde meados da década de 1950, ainda, na atualidade, permanecendo um dos grandes problemas de saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento.

De acordo com Silva e Silva (2016), o diagnóstico pode ser realizado pela baciloscopia direta, como cultura de escarro ou de outras secreções. A clínica tem a duração mínima de seis meses. Classes socioeconômicas desfavoráveis (por exemplo: desnutrição, etilismo, utilização de drogas ilegais ou outros) e clínicas (diabetes mellitus, silicose, uso prolongado de corticosteroide ou outros imunossupressores, neoplasias e infecção pelo HIV) estão acompanhadas aos riscos de desenvolverem a doença.

Já Cavalcanti et al. (2019), comenta que a TB é uma enfermidade que ataca os pulmões como: Tuberculose Pleural; Tuberculose ganglionar; Meningite Tuberculosa; Tuberculose Intestinal; Tuberculose óssea; Tuberculose cutânea. É a forma mais comum é a pulmonar que se inicia-se com *mycobacterium tuberculosis* nos alvéolos pulmonares. E a tuberculose ganglionar, é mais comum em crianças e portadores do HIV soropositivos tendo como a bactéria o *mycobacterium tuberculosis*. Um terço da população mundial vive com esta bactéria, a bacilo de Koch, sendo que o Brasil no ano 2017, foram notificados 91.000 novos casos de tuberculose.

Para Couto et al. (2014), descrevem que essa infecção inicia-se quando a bactéria chega até os pulmões, atingindo os alvéolos acarretando destruição do tecido pulmonar, e aquele pequeno número entra na circulação sanguínea expandindo-se por todo o corpo,

atingindo os órgãos e sistemas, de maneiras que podem induzir até a morte, isso caso quando não é tratada corretamente. No Brasil, a clínica da TB na atenção primária é realizado do tratamento observado no todo, se o paciente está fazendo o uso da medicação conforme as orientações das equipes de saúde para que não venha ocorrer o abandono do tratamento.

Segundo Portela et al. (2014), a TB é um problema de saúde pública, as dificuldades da adesão ao tratamento que poderá acarretar maior durabilidade e as resistências com relação as bactérias, e tem como os fatores psíquico e os social que contribui bastante, então a importância de identificar os problemas no tratamento, observa, elaborar e implementar intervenções ao tratamento e diminuir as taxas de morbidade e mortalidade relacionado a tuberculose.

Rocha et al. (2017), comenta que a Diabetes de Mellitus tem um risco maior de adquirir a de tuberculose latente, porém ativa. O termo DM, apresenta-se na literatura como uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica. Elevadas concentrações plasmáticas de glicose, alteram ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos.

Sousa, Albernaz e Sobrinho (2016), relata que a DM é considerada como tipo 1 e 2, diabetes gestacional e outros tipos. Na DM tipo 1 acontece uma destruição crônica das células β pancreáticas, por meio de estruturas autoimunes, intercedidos por células como linfócitos T e macrófagos. O método de autodestruição começa meses a anos antes do diagnóstico clínico da enfermidade e, dependendo da idade do diagnóstico, cerca de 70 a 90% das células β já foram destruídas após os primeiros sintomas de hiperglicemia.

Já Pereira et al. (2016), comenta que a DM tipo 2 é fisiopatológico, é resistência à ação da insulina, diminuindo a captação de glicose em tecidos insulina dependentes. No início da doença, em resposta a esta resistência, ocorre hiperinsulinêmica compensatória, permanecendo por meses ou anos. Com o avanço da doença DM tipo 2, a sua disfunção e diminuição das células β pancreáticas, a síntese e a secreção de insulina poderão ser afetadas e, em alguns casos, a insulino terapia será essencial.

Entretanto, essa associação entre diabetes mellitus e tuberculose está representando um desafio importante e crescente para o controle global. Os pacientes que estão apresentando essas condições, podem-se apresentar taxas muito altas e falências do tratamento para a tuberculose o risco de óbito. Além disso, agregação da diabetes com tuberculose, tem a maior probabilidade do medicamento não surtir o efeito desejado e não

ser eficaz no TB, podendo desenvolver uma resistência as drogas e por outro lado a tuberculose pode induzir a tolerância a glicose e dificulta o controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus (PEREIRA et al., 2016).

Para Nascimento (2015), a situação da saúde dos pacientes com DM é um caso de saúde pública alarmante, especialmente pela dificuldade da equipe em manejar esta e outras comorbidades. À aproximação com as pesquisas anteriores, o conhecimento da importância do manejo integrado para evitar complicações, e contribuir para a melhoria do prognóstico dos pacientes, aonde muito ainda não tinha nem começado o tratamento.

O retrato do Brasil atualmente se especificar, entender que este é um grande desafio a ser enfrentado e também a ser alcançado. Além disso, ao longo da história dos modelos de saúde brasileiro o cuidado teve e ainda tem um caráter fragmentado, priorizando as condições agudas das doenças e dos doentes, dentre outras dificuldades que impedem a manifestação da integralidade total do tratamento e do serviço de saúde (CARVALHO, 2013).

Cavalcante et al. (2019), comenta que em conformidade aos objetivos da Rede de Atenção à Saúde, que procura entender e atender as dificuldades oriundas do modelo de saúde fragmentado, que prioriza a agudização dos casos crônicos, como a TB e a DM, espera-se que o manejo integrado dessas comorbidades seja agrupada a esta rede, como uma ação de política pública que conduza à integralidade do cuidado. Nesta sequência, se faz necessário incluir conceito e responsabilização pela elaboração e implantação de ações de políticas públicas de saúde.

Já Oliveira et al. (2017), relata que as dificuldades na adesão ao tratamento, destacam-se: falta de conhecimento do cliente e da família sobre a doença, uso de álcool e drogas ilícitas, barreiras sociais, econômicas, demográficas e culturais, intolerância medicamentosa, dentre outros. Como sabemos que é um problema de saúde pública, igualmente as dificuldades na adesão ao esquema terapêutico podendo acarretar o abandono ou descontinuidade do mesmo, o que pode acarretar maior durabilidade do tratamento, multirresistência bacteriana, além de sofrimento psíquico e social ao paciente.

Deste modo, é importante identificar as principais dificuldades enfrentados durante o todo o tratamento observacional, no intuito de que sejam elaboradas e implantadas intervenções que contribuam para adesão ao mesmo. De acordo com alguns autores, maioria dos pacientes tratados para TB entre os anos de 2017 e 2018 encontrava-se na faixa etária de 18 a 35 anos (46,7%) (CAVALCANTE et al., 2019). Semelhante estudo realizado por Oliveira et al., (2019), na cidade de Recife constatou-se, que a maioria da frequência de pacientes em tratamento para TB na faixa etária de 18 a 39 anos (38,9%).

Oliveira (2018), descreve que o enfermeiro exerce um papel fundamental no planejamento e implementação das estratégias de controle e prevenção da TB, especialmente nas regiões norte e centro oeste do país, com destaque para o estado do Amazonas, onde os dados de prevalência e incidência por TB são alarmantes. Se faz necessário a implantação da triagem bidirecional, nos serviços de saúde, principalmente os de atenção primária, visando o diagnóstico e intervenção precoce da TB/DM.

No Brasil, a DM está entre os principais fatores que dificultam a queda da TB. Como a prevalência de DM está crescendo globalmente, especialmente em países de baixa renda e de renda média, onde a TB é um problema de saúde pública, esse crescimento cria obstáculos adicionais para a prevenção e o controle da TB. Além disso, são importantes as atividades educativas, de prevenção e de acompanhamento dos indivíduos, atentando para a especificidade de gênero e idade, juntamente com aspectos sociodemográficos (MALTA et al., 2017).

Nascimento e Soares (2019), comentam que a relação ao registro de tuberculose e diabetes em prontuários ou fichas eletrônicas de informação, alguns artigos observaram falhas, ausência de anotações ou subnotificação dos casos registrados. Com relação à TB, um estudo brasileiro identificou que o banco de dados Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), não adicionou o tipo de diabetes e suas características de comorbidades e os resultados de testes de cultura e suscetibilidade a medicamentos.

Após algumas análises cheguei à conclusão que alguns “agravos da DM não estava associado à tuberculose” e esse não preenchimento obrigatório, deixou uma lacuna até aonde eu posso confirmar no SINAN. Ainda assim, alguns estudo ausência do preenchimento corretamente. Além disso, o desconhecimento sobre a comorbidade pode ter dificultado a assistência e prejudicado a investigação extradomiciliar de novos casos (NASCIMENTO; SOARES, 2019).

Apesar que a TB tenha tratamento gratuito e uma alta eficácia de cura, ainda é elevado o número de casos que evoluem para óbito. No Brasil, analisando os casos novos alguns evoluem para óbitos. Isso está relacionado também a perda de peso ou nenhum ganho de peso, além da positividade do esfregaço de escarro no início do tratamento, foram fatores associados à morte de pacientes com TB resistente. Por sua vez, a baixa escolaridade, episódios anteriores de TB, história de diabetes e infecção pelo HIV foram fatores associados à mortalidade entre os casos de TB resistente do tratamento (VIANA; REDNER; RAMOS, 2018).

Por este motivo é de extrema importância fazer a prevenção de forma correta da TB, de acordo com os sinais e sintomas da doença como: tosse, com ou sem secreção, que pode ser espessa ou até sanguinolenta; cansaço excessivo; falta de ar; febre baixa, mais comum à tarde; sudorese noturna; falta de apetite; perda de peso; rouquidão (GONÇALVES et al., 2015).

As complicações agudas da DM são aquelas que se instalam rapidamente, às vezes em horas, e apresentam características intensas. Em meio a elas se destacam a hipoglicemia e a cetoacidose diabética. A hipoglicemia é a abaixamento dos níveis de glicose no sangue para menos de 50mg/dl, sendo a complicação aguda mais comum na DM (BERTONHI, 2018).

Os sintomas modificam de pessoa para pessoa, mas normalmente a hipoglicemia resulta da omissão de refeições, exercícios físicos muito intensos, vômito sem causa aparente e/ou má administração dos medicamentos (insulina e hipoglicemiantes). Além disso, as complicações normalmente são reconhecidas através dos sintomas de fome, fraqueza, sudorese, tremores, perda de consciência, visão dupla, entre outros. O portador da enfermidade e a família devem estar sempre atentos para intervir rapidamente as manifestações da hipoglicemia e evitar possíveis danos maiores a saúde do paciente (BERTONI, 2018).

O Hiperdia foi criado em 2002, para facilitar o cadastramento e acompanhamento das pessoas com diabetes, e/ou hipertensão atendidas na rede ambulatorial do SUS (BRASIL, 2016). Visando otimizar assistência prestadas a esses pacientes com essas doenças crônicas, aonde o sistema de informação permitia gerar subsídios para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos para os cadastrados, além de contribuir para o planejamento eficaz de prevenção e controle de complicações nos indivíduos já diagnosticados com a doença (BARTHOLOMAY et al., 2014).

Esse registro, tinha como entrada única pessoas diagnosticadas com diabetes no Hiperdia, possibilitava sua identificação e vinculação às unidades de saúde ou equipes da atenção básica, que registravam os dados, permitindo a geração de informações sobre o desempenho e os resultados clínicos durante o acompanhamento (ABREU et al., 2020).

A alimentação da base de dados nacional do hiperdia, é de responsabilidade municipal principalmente aqueles municípios que aderiram ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, era feita via cadastramento dos usuários, no subsistema centralizador municipal do sistema ou mediante a exportação de

dados de aplicativo próprio. E com esses dados foi possível associar a tuberculose, pois já existia um cadastro só que tinha que realiza as notificações compulsórias (BRASIL, 2016).

No Brasil, os casos de tuberculose são registrados SINAN. A organização e o acompanhamento dos indivíduos com diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), eram feitos hiperdia até 2013. No entanto, esses pacientes sem comorbidade os casos de tuberculose de notificação aonde essa diabetes estava ou não associada, ou seja, casos de tuberculose ', por este motivo é de extrema importância realiza a notificação compulsória (ABREU et al., 2020).

4. CONCLUSÃO

Além de ter uma implicação direta sobre a saúde dos pacientes, a tuberculose é um problema de saúde pública. As características dos doentes com tuberculose que apresentaram o diabetes mellitus, como comorbidade comporta-se de forma similar com outros estudos que objetivaram estudar o perfil dos indivíduos, acometidos pela TB e DM, um terço da população mundial infectada pelo *M. tuberculosis*.

Portanto, são necessárias estratégias para melhorar o acesso aos cuidados em saúde, implementação de prevenção ativa e de esforços coordenados, para planejamento e execução de programas, capacitação dos profissionais de saúde e promoção de testes diagnósticos eficazes e acessíveis.

A batalha contra o abandono do tratamento da tuberculose e da diabetes de mellitus é um dever profissional, um compromisso da sociedade e dos governos, um ato a favor da saúde individual e coletiva. Por trás de indicadores epidemiológicos têm pacientes com possibilidades reais de saúde e bem-estar; ainda assim, busca por melhores resultados na luta contra a TB e a DM.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, R. G. et al. Tuberculose e diabetes: associação com características sociodemográficas e de diagnóstico e tratamento. Brasil, 2007-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200009, 2020.

- BARTHOLOMAY, P. et al. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2459-2470, 2014.
- BERTONHI, L. G. et al **Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica**. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018.
- BUSATTO, C. et al. Tuberculose ativa versus Tuberculose Latente: uma revisão de literatura. **Journal Infection Control, Rio Grande do Sul**, v. 4, n. 3, p. 60-4, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (Hiperdia)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CARRIÓN-TORRES, O. et al. Características del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 32, n. 4, p. 680-686, 2015.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CAVALCANTE, A. M. et al. Tratamento da Tuberculose: Dificuldades Enfrentadas por Pacientes de uma Unidade de Saúde do Acre. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v. 16 n. 30; p. 603-613, 2019.
- COUTO, D. S. de et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 572-581, 2014.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017. 196p.
- GONÇALVES, B. D. et al. Validade do sintoma tosse para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em pacientes internados em hospital universitário. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 777-784, 2015.
- KOZAKEVICH, G. V.; DA SILVA, R. M. Tuberculose: revisão de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 34-47, 2016.
- MALTA, D. C. et al. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde pública**, v. 51, p. 12s, 2017.
- NASCIMENTO, C. V. **O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes mellitus na perspectiva de gestores de saúde**, 2015.
- NASCIMENTO, C. V.; SOARES, S. M. Manejo integrado de tuberculose e diabetes: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. e21, 2019.
- OLIVEIRA, A. B. **Tuberculose e comorbidade com diabetes mellitus: aspectos epidemiológicos e imunológicos**. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal do Amazonas - Universidade do Estado do Pará, Manaus, 2018.

OLIVEIRA, L. M. P. de et al. **Estratégias educativas para a redução do abandono do tratamento da Tuberculose em ambiente não formal de ensino.** (Tese) Doutorado em Ciências - Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA, S.A.G.; LIMA, C.A.; QUIRINO, E.M.B.; ANDRADE, R.M.L.; LIMA, A.A. et al. Adesão e qualidade de vida em pacientes com tuberculose pulmonar. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 3, p. 697-706, 2019.

PEREIRA, S. M. et al. Associação entre diabetes e tuberculose: estudo caso controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 82, 2016.

PORTELA, M.C.; LIMA, S.M.L.; BRITO, C.; FERREIRA, V.M.B.; ESCOSTEGUY, C.C. et al. Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n.3, p. 497-507, 2014.

RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e42, 2018.

ROCHA, N. S. et al. Avaliação do Controle Glicêmico Pela Glicemia Capilar, de Usuários Diabéticos Tipo 2, em um Serviço de Atenção Básica no Município do Recife. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE**, v. 3, n. 1, p. 75, 2017.

ROCHA, N. P. et al. Diabetes mellitus em pacientes com tuberculose internados em hospital de referência em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. supl 5, p. S65-71, 2016.

SANTOS, D. B. **Diabetes mellitus referido e fatores sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos em pacientes adultos com tuberculose.** (Dissertação) Mestrado em Saúde e Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018.

SILVA, É. A.; SILVA, G. A. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1233-1247, 2016.

SOUSA, A. A.; ALBERNAZ, A. C.; SOBRINHO, H. M. R. Diabetes Melito tipo 1 autoimune: aspectos imunológicos. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 53-65, 2016

VALENÇA, M. S. et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2147-2160, 2016.

VIANA, P. V. S.; REDNER, P.; RAMOS, J. P. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogarristente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00048217, 2018.

CAMINHADA NA NATUREZA – ESTRATÉGIA PARA O AUMENTO DA ADESÃO A ATIVIDADE FÍSICA EM ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Thais Lazaroto Roberto Cordeiro¹, Fernanda de Souza Cunha Oliveira², Thyago Grossl Francisco² e Renan Santos²

1. Secretaria Municipal de Campo Largo, Campo Largo, Paraná, Brasil.
2. Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE), Curitiba, Paraná, Brasil.

RESUMO

O presente estudo é uma revisão de literatura que teve como objetivo discutir sobre: hipertensão arterial sistêmica em idosos, atividade física como forma de enfrentamento do citado problema de saúde. Constatou-se medidas simples como o incentivo a práticas de atividade física, acompanhamento adequado destes grupos, verificação de pressão arterial em domicílio, correta orientação sobre o uso dos fármacos, e o incentivo a prática de atividade física, podem melhorar muito a qualidade de vida de pessoas que convivem com hipertensão.

Palavras-chave: Atividade física, Hipertensão e Saúde.

ABSTRACT

The present study is a literature review that aimed to discuss about: systemic arterial hypertension in the elderly, physical activity as a way of coping with the aforementioned health problem. Simple measures were found, such as encouraging physical activity, adequate monitoring of these groups, checking blood pressure at home, correct guidance on the use of drugs, and encouraging physical activity can greatly improve the quality of life of people living with hypertension.

Keywords: Physical activity, Hypertension and Health.

1. INTRODUÇÃO

O Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para organizar as práticas de assistência à saúde no âmbito da atenção primária à saúde (APS), tendo como foco o

cuidado integral, trabalho em equipe e o desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e promotoras da saúde, conforme diretrizes do sistema único de Saúde (SUS).

No que se refere ao SUS vale reforçar seu embasamento legal constituído fundamentalmente por três documentos de extrema relevância em saúde pública, sendo eles, a Constituição Federal de 1988, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida pela Lei Orgânica da Saúde e a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a participação popular no SUS.

Alicerçado a isso o estabelecimento de princípios e diretrizes que modelam o SUS nos auxiliam na aplicação diária da prática assistencial que vise atender a demanda da população assistida pelo sistema. A ESF trabalha alinhado e facilitando a aplicação da universalidade, integridade e equidade.

No contexto da ESF se tem como proposta superar o modelo hospitalocêntrico, direcionando atenção holística a comunidade, que deve ser vista como uma unidade funcional constituída por fatores, biológico, psicológico, social, cultural e espiritual.

Inclusive a proposta vem alinhada ao conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), descrito por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças e enfermidades”, para alcançar essas premissas vários pontos devem ser observados os quais compõem preceitos da ESF.

A premissa básica de cuidados em saúde para a estratégia saúde da família é estar constantemente a par de possíveis problemas de saúde, referente a um indivíduo ou comunidade e sempre prevendo fatores de adoecimento antes que o processo patológico esteja instalado. É importante salientar também que o programa deve seguir as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade á todos os seus usuários e em todos os programas.

Como forma de organização de trabalho e atendimento a determinados grupos de risco em saúde, existem programas específicos dentro da ESF, como HIPERDIA (voltado para clientes/ pacientes portadores de Hipertensão arterial e Diabetes), saúde do trabalhador, puericultura dentre outros que visam oferecer um atendimento qualitativo a questões que afetem a populações específicas e que possuem como proposta o correto direcionamento para avaliação de risco e manejo de caso.

No ano de 2005 foi implantado dentro da estratégia saúde da família a ação de atividades multiprofissionais e maior alcance da população, com o objetivo de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é importante salientar que no dia 14 de outubro de 2019 por meio da portaria nº 2.698 o repasse de verbas específicas da esfera Federal para os municípios designada para manutenção deste programa foi

suspensa, contudo a atividade destes profissionais se faz presente nas diversas unidades básicas de saúde espalhadas pela nação.

Pode-se perceber quão amplo e complexo pode ser falar sobre a estratégia saúde da família, para este capítulo específico, vamos discutir sobre: hipertensão arterial sistêmica em idosos, atividade física como forma de enfrentamento do citado problema de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Antes de mais nada é preciso compreender que a Hipertensão arterial sistêmica possui múltiplas causas, desde genéticas, estilo de vida e alguns casos com etiologia idiopática, o principal problema da doença não controlada está no significativo aumento de risco de desenvolvimento de patologias como: Disfunção coronária grave, aceleração do processo de aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e demais complicações cardiovasculares.

Pesquisas realizadas em território nacional indicam uma grande prevalência de HAS nos idosos, ultrapassando 50% em pacientes acima de 60 anos e com aumento progressivo conforme o aumento de idade cronológica. A HAS pode ser considerada um problema de saúde pública pois interfere diretamente na assistência que o usuário irá demandar do SUS.

Fisiologicamente falando, considera-se a atividade de controle da pressão arterial uma das atividades orgânicas mais complexas pois ela exige uma integração perfeita de quatro sistemas importantes, cardiovascular, neural, renal e endócrino. A pressão arterial é determinada pelo produto do débito cardíaco e da resistência vascular periférica a interação adequada destes fatores acarreta em valores de pressão arterial adequados, já para pessoas portadoras de HAS, a elevação dos valores pressóricos é decorrente do aumento da resistência vascular periférica e em alguns casos a elevação do débito cardíaco pode ser a causa.

Já o diagnóstico da pressão arterial em território nacional, no contexto da saúde pública, segue diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) evidenciadas principalmente pelo caderno de atenção a Hipertensão arterial sistêmica do ano de 2006, onde temos como critérios para diagnóstico da doença a avaliação de alguns fatores como: Distúrbios de diversos aparelhos como dislipidemia, doença renal, diabetes, obesidade, sedentarismo, doenças do sono e doença pulmonar obstrutiva crônica. Ainda pensando nos

fatores de risco que levam a maior propensão de hipertensão é importante investigar a presença de história pregressa de cardiopatia, histórico familiar de HAS, perfil psicossocial, dieta rica em sódio, consumo de drogas e medicamentos que possam elevar os índices da pressão arterial e realização de atividade física regularmente.

Como trata-se de uma doença multifatorial, a abordagem para conduta de prevenção e tratamento pode ocorrer de múltiplas formas, contudo conforme evidenciado por vários estudos, bons hábitos de vida como alimentação saudável associado a prática de atividade física regular, são instrumentos eficientes de enfrentamento e prevenção desta patologia.

Assim como a HAS ser evidenciado como um problema de saúde pública, o sedentarismo também acomete uma grande parcela da população brasileira, argumentos como falta de tempo, sobrecarga de trabalho e estresse diário são alegações recorrentes dos não praticantes de atividade física.

Podemos entender que atividade física é um comportamento complexo e multidimensional que pode ser entendido como "todo movimento corporal produzido pelo acionamento dos músculos esqueléticos resultando em aumento substancial do gasto energético acima do metabolismo de repouso".

O perfil de mortalidade global passou por significativas mudanças nas últimas décadas, com diminuição da prevalência das doenças parasitárias e aumento das doenças crônicas, a baixa adesão á atividade física é um problema a ser enfrentado pelos profissionais atuantes na esfera da saúde coletiva especialmente aos que se dedicam á atuar no contexto da estratégia saúde da família.

Para que o efeito do uso da atividade física para controle de hipertensão arterial seja eficiente, é necessário pensar em qual é o melhor tipo de atividade física e pelo que vem sendo evidenciado, exercícios aeróbicos como caminhada tem se mostrado muito eficiente.

Em uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. Realizada em janeiro a junho de 2019, com idosos participantes dos grupos de Hipertensos e Diabéticos de uma Unidade de Saúde. Para promover a adesão a atividade foram realizados os convites na Unidade Básica de Saúde (UBS) no grupo e durante as consultas médicas ou de enfermagem por dois meses, alinhado a isso a UBS promoveu reuniões para a organização do projeto junto ao Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), composto por educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, os dados foram coletados a partir da adesão, continuidade e implicações sobre a saúde individual após a participação na atividade, observou-se os seguintes resultados:

Notou-se que o projeto aumentou a adesão em pacientes Hipertensos e Diabéticos a prática de atividade física, fortalecido principalmente pela anterior alegação de falta de tempo para a realização de atividade física regular, além de promover integração e troca de saberes e cuidados individuais para o grupo. A adesão ao projeto acarretou em perda de peso ponderal e melhora da qualidade de vida dos participantes, inferida principalmente na diminuição de queixas e agravos recorrentes apontados no grupo ou consulta medica/enfermagem.

A equipe multiprofissional pode atuar de diversas maneiras para o incentivo e promoção da realização de atividade física além do trabalho coletivo e reforço das práticas saudáveis diminuïrem a demanda de assistência especializada desses profissionais.

Considerando o contexto atual, o perfil de adoecimento tende a verter para doenças cardiovasculares, o NASF e a ESF podem transformar a prática assistencial diária na UBS e a sua ausência pode gerar uma lacuna no atendimento a demandas de extrema importância, trazendo para os membros das equipes de estratégia saúde da família a obrigação de um olhar diferenciado, para questões de prevenção e tratamento de doenças como a hipertensão.

Desta forma, devido á grande eficiência do incentivo a prática de atividade física, para controle de da hipertensão, torna importante aos profissionais de enfermagem o incentivo e por que não a criação de tecnologias em saúde, que possam incentivar tais práticas de autocuidado em saúde.

Adesão a atividade física no tratamento do público hipertenso e diabéticos apesar de um grande desafio é possível através da implementação de meios que incentivem o interesse, além de ser um diferencial na saúde do individual, possível através do conhecimento de sua comunidade e particularidades do território e população. Isso acarreta inclusive diminuição de queixas na consulta de enfermagem e médica devido a melhoria da qualidade de vida.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim medidas simples como o incentivo a práticas de atividade física, acompanhamento adequado destes grupos, verificação de pressão arterial em domicilio, correta orientação sobre o uso dos fármacos, e o incentivo a prática de atividade física,

podem melhorar muito a qualidade de vida de pessoas que convivem com hipertensão. A equipe multiprofissional se faz grandiosa ao criar, e replicar hábitos de técnicas para uma vida saudável, que sejam socialmente aceitáveis, economicamente viáveis.

4. REFERÊNCIAS

AZEVÊDO, L. M. et al. Exercício físico e pressão arterial: efeitos, mecanismos, influências e implicações na hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 29, n. supl. 4, p. 415-422, 2019.

BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 32, p. 1-4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 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). Brasília - DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas externas – 2012**. Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS, Sistema de Indicadores de Morbidade, 2012.

FELÍCIO, I. M. et al. Atividade física no equilíbrio metabólico da hipertensão arterial. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 13, n. 2, p. 39-43, 2017.

FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290115, 2019.

LOURENÇO, B. S. et al. Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 21, n. 3, p. 8, 2017.

SANJULIANI, A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Rev SOCERJ**, v. 15, n. 4, p. 210-218, 2002.

TORRES, G. M. C. et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e2016-0066, 2017.

ACIDENTES POR INSETOS PEÇONHENTOS NO ESTADO DE RORAIMA ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2017

Adriana Gomes Freitas¹, Cecília Sousa Gomes¹, Sabrina Torres Teixeira¹, Dionah Bandeira de Figueiredo¹, Denise Gomes Ferreira¹, Ellen Vanuza Martins Bertelli¹ e Eliza Ribeiro Costa¹

1. Centro Universitário Estácio da Amazônia, Boa Vista, Roraima, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O estudo realiza uma análise descritiva de acidentes por espécies de insetos peçonhentos por localidade e seus aspectos epidemiológicos. **Metodologia:** Estudo quantitativo realizado a partir de dados secundários coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINANWEB, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017. Utilizou as seguintes variáveis: data da internação, sazonalidade das internações, animal agressor, circunstância do acidente, idade do paciente, sexo do paciente, tempo de internação e desfecho clínico do caso. Ainda buscou-se descrever a conduta terapêutica escolhida pelo profissional de saúde e o produto apropriado para o caso. **Resultados:** Constatou-se 411 notificações de acidentes envolvendo insetos peçonhentos no estado de Roraima que foram notificados, ao observar as notificações por município, verificou-se maior concentração dos casos de acidentes envolvendo inseto no município de Boa Vista com 90,2% (N=371) dos casos, seguido pelos municípios de Cantá com 4,13% (N=17), e Bonfim com 1,7% (N=7). Ausência de notificações de casos de acidentes com insetos foram constatada nos municípios de Amajari, Caroebe, Iracema, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis e Uiramutã. A maior frequência foi observada no ano de 2017, com Distribuição média anual de 59 casos de acidentes com insetos ocorridos no estado de Roraima no período avaliados. **Conclusão:** Os acidentes por insetos peçonhentos apresentam grande importância epidemiológica considerando a incidência moderada. Preocupa a ausência de notificações em alguns municípios do Estado. É necessário um incentivo à pesquisa nessa área, para fornecer maiores informações à população e profissionais da área de saúde, para permitir uma identificação mais fácil da espécie envolvida, da conduta adequada em cada caso e primordialmente o reconhecimento e notificação dos casos, visto que é de conhecimento a subnotificação desses eventos no Brasil.

Palavras-chave: Insetos peçonhentos, Saúde Pública e Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: The study performs a descriptive analysis of accidents by venomous insect species by location and their epidemiological aspects. **Methodology:** Quantitative study based on

secondary data collected in the Information System for Notifiable Diseases - SINANWEB, from January 2011 to December 2017. It used the following variables: date of hospitalization, seasonality of hospitalizations, aggressor animal, circumstance of the accident, age of the patient, sex of the patient, length of stay and clinical outcome of the case. It also sought to describe the therapeutic conduct chosen by the health professional and the appropriate product for the case. Results: There were 411 notifications of accidents involving venomous insects in the state of Roraima, which were notified, when observing the notifications by municipality, there was a higher concentration of cases of accidents involving insects in the municipality of Boa Vista with 90.2% (N = 371) of the cases, followed by the municipalities of Cantá with 4.13% (N = 17), and Bonfim with 1.7% (N = 7). Absence of notifications of cases of insect accidents were found in the municipalities of Amajari, Caroebe, Iracema, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis and Uiramutã. The highest frequency was observed in the year 2017, with an average annual distribution of 59 cases of insect accidents that occurred in the state of Roraima during the period evaluated. Conclusion: Venomous insect accidents are of great epidemiological importance considering the moderate incidence. There is concern about the absence of notifications in some municipalities in the state. It is necessary to encourage research in this area, to provide more information to the population and health professionals, to allow easier identification of the species involved, of the appropriate conduct in each case, and primarily the recognition and notification of cases, since it is knowledge of the underreporting of these events in Brazil.

Keywords: Venomous insects, Public Health and Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Acidentes por insetos peçonhentos possuem impacto social e econômico significativos nos países tropicais, no entanto, não estão dentre as ações prioritárias de programas de saúde pública, constituindo um dos problemas mais negligenciados mundialmente (WHO, 2007). Segundo Campos et al. (2013), acidentes por animais peçonhentos constituem emergências comumente observadas, no entanto o atendimento às vítimas ainda gera ansiedade e insegurança para a equipe de saúde. Mesmo assim, profissionais de saúde devem estar capacitados para o atendimento às vítimas de acidentes por animais peçonhentos, visto a gravidade que podem assumir determinados casos. Merece destaque o profissional enfermeiro que, além de prestar cuidados especializados e de qualidade a estes pacientes nos serviços de urgências e de internamento, devem utilizar-se de dados epidemiológicos para elaboração de atividades educativas e de prevenção destes acidentes. Sua execução se dá por conta das implicações do acidente em si.

As abelhas são insetos peçonhentos, pertencente à família Apidae (abelhas, mamangavas, abelhas das orquídeas e abelhas sem ferrão). Entre ela destacam-se as abelhas africanizadas, que posicionam-se no ranking das quinze maiores produções

mundiais de mel, e na apicultura nacional é reconhecida como importante atividade zootécnica que proporciona benefícios sociais, são polihíbridas de *Apis mellifera*, em conjunto com outras espécies das famílias Vespidae e Formicidae, todas da mesma ordem Hymenoptera, caracterizadas como insetos peçonhentos (CORREA-OLIVEIRA et al., 2012).

Outros insetos potencialmente lesivos são da ordem lepidópteros (borboletas e mariposas) e constituem assunto pouco estudado na literatura brasileira, embora sejam comuns e gerem quadros clínicos diversos. A importância do estudo dos lepidópteros do ponto de vista clínico originam-se das lesões cutâneas causadas por dois mecanismos: o contato com cerdas irritantes de algumas lagartas e, mais raramente, a ação de cerdas corporais de exemplares adultos (CARDOSO; JUNIOR, 2005).

O projeto se destina a realizar lista descritiva de espécies de insetos peçonhentos por localidade e seus aspectos epidemiológicos.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O cuidado condiz com as atividades desenvolvidas para apoiar ou facilitar o indivíduo ou o grupo que apresentam necessidades claras ou previstas, para minimizar ou melhorar a condição humana de vida (LEININGER, 1985; ALCOFORADO, 2010). Contudo, cita o sistema popular que se refere ao sistema não profissional, local ou indígena, que presta serviços de cuidado, ou cura tradicionais em casa, ao passo que o sistema profissional se refere aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, oferecidos por profissionais de saúde ((LEININGER, 1985; ALCOFORADO, 2010). Para Leininger (1985), saúde é o estado percebido cognitivamente, de bem-estar, que capacita um indivíduo ou grupo a realizar atividades, ou a alcançar fins e padrões de vida desejados.

A distribuições biogeográficas de determinados organismos nos fornece fortes evidências sobre distribuição das espécies e facilita correlacionar essas espécies com os padrões de distribuição espacial da população humana. Correlacionar as distribuições de insetos, acidentes e humano nos proporciona amortizar alguns incidentes ou compreender a ferida se você souber a localização (município, estado ...) do acidente.

Pertencem à ordem Hymenoptera os únicos insetos que possuem ferrões verdadeiros, entre eles as abelhas, pertencentes a família Apidae, grupo constituído de 10 mil espécies. Esses animais podem causar acidentes graves e morte, tanto por reação anafilática decorrente de uma única picada como por envenenamento decorrente de múltiplas picadas. A incidência dos acidentes por himenópteros ainda não é totalmente certa, porém a

hipersensibilidade provocada por picada de insetos, de grande importância, tem sido estimada, em 0,4% a 10% nas populações estudadas.

As reações alérgicas tendem a ocorrer preferencialmente em adultos e nos indivíduos profissionalmente expostos. As reações desencadeadas pela picada de abelhas são variáveis de acordo com o local e o número de ferroadas, as características e o passado alérgico do indivíduo atingido, desde manifestações locais a manifestações sistêmicas. Habitualmente, após uma ferroadada, há dor aguda local, associada à vermelhidão, prurido e edema por várias horas, alterações que podem ser seguidas de endurecimento ou não. Em certos indivíduos podem ocorrer manifestações sistêmicas, com características de anafilaxia clássica logo após o acontecimento, também podendo estar presentes cefaléia, vertigens e calafrios, agitação psicomotora, sensação de opressão torácica e outros sintomas e sinais, com destaque para hipotensão (OLIVEIRA et al., 1999).

Em alguns casos, ocorrem as manifestações clássicas da anafilaxia de início rápido 2 a 3 minutos com cefaléia, vertigem, calafrios, agitação e opressão torácica, urticária, angioedema, dispnéia, rouquidão, estridor, respiração ofegante, disfagia, cólicas abdominais, respiração asmatiforme, hipotensão, arritmias cardíacas, colapso vascular. Em caso de acidentes múltiplos é possível ocorrer hemólise intravascular, insuficiência renal aguda, oligúria/anúria, torpor, comas, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido base graves. Reações tardias, como encefalite, artralguas e febre semelhante à doença do soro ocorrem, mas são raras. O prognóstico pode ser classificado como bom quando o número de picadas é pequeno e não há edema de glote. No caso de síndrome de envenenamento o prognóstico é reservado (OLIVEIRA, 2000).

As abelhas de importância no Brasil são as produtoras de mel, *Apis mellifera*, mansas, porém poucas produtivas e as abelhas africanizadas, híbridos que surgiram pelo cruzamento de colônias de uma subespécie da África com as abelhas européias e o resultado foi o aparecimento de uma abelha mais produtiva, porém com as características agressivas das abelhas africanas (OLIVEIRA et al., 1999).

As abelhas africanizadas foram oriundas de uma hibridização acidental entre as abelhas africanas e as abelhas europeias no interior de São Paulo em 1956. Caracterizada por ser muito produtiva, no entanto, ocasionou impacto significativo no início de sua dispersão, justamente causado pelo seu alto grau de agressividade que elas apresentavam. Assim os primeiros acidentes e óbitos humanos começaram a ocorrer e a se espalhar pelo país (TERÇAS et al., 2017).

Segundo Soares (2012) as abelhas africanizadas têm dois mecanismos que fortalecem sua adaptação e sobrevivência em novos locais. O primeiro, a enxameação, que consiste na divisão da colmeia, quando na presença de alimentos em abundância ocorre o aumento do trabalho e da população, e já o segundo mecanismo, é o abandono, quando ocorre um déficit de alimento na qual as abelhas abandonam a colmeia e procuram outro local para se instalarem. Assim que escolherem seu novo local de nidificação, as abelhas podem se posicionar de maneira que produzam acidentalmente ou inadvertidamente o contato do homem com a colmeia.

Desse modo acidentes por picada de abelhas africanizadas passaram a ser um grave problema de saúde pública, pois as mesmas atacam o homem em enxames, ocasionando reações graves e de evolução rápida com possibilidade de óbito. É importante considerar a produção de dados acerca dos acidentes por picada de abelhas pois abre espaço para os gestores e profissionais de saúde o acesso às informações e o conhecimento sobre a situação epidemiológica de tal agravo. Esses dados poderão ser utilizados para direcionamento das ações preventivas e de assistência, reduzindo os casos e óbitos (TERÇAS et al., 2017).

Segundo Terças et al. (2017) entre os anos 2007 a 2014, conforme descrito no DATASUS, foram registrados 63.501 casos de acidentes humanos por picadas de abelhas africanizadas no Brasil, e destes, 208 evoluíram para óbito em decorrência de manifestações clínicas alérgicas e tóxicas. E dessa maneira, torna-se um impacto na morbimortalidade da população, pois é indispensável compreender as manifestações clínicas e as medidas de tratamento e assim, instrumentalizar os profissionais de saúde na redução dos óbitos.

O tratamento consiste na retirada dos ferrões através de raspagem. Para o alívio da dor é indicado dipirona 10 mg/kg de peso de 6/6 horas. É importante também manter a hidratação, diurese entre 1 e 2 ml/kg/hora. Corrigir os distúrbios acidobásico e eletrolíticos. Em caso de choque anafilático é indicado a Adrenalina: solução 1:1000 subcutânea 0,01 ml/kg/dose repetida até 3 vezes com intervalos de 10 minutos. Além disso, apesar dos corticosteroides não controlarem reações graves, são indicados rotineiramente. Hidrocortisona 4 mg/kg/peso EV a cada 4 horas ou metilpredisolona 50 mg EV a cada 12 horas.

Os antihistamínicos podem ser administrados para alívio das reações cutâneas usar a dextroclorfeniramina 0,15 mg/kg via oral por 24 horas em 4 doses. Os Broncodilatadores são indicados se houver broncoespasmo usar fenoterol ou salbutamol em micronebulização, já a ventilação mecânica no caso de estridor com edema de glote, pode ser necessária a

intubação e o uso de ventilação mecânica. A diálise peritonial é incluída quando há insuficiência renal no caso de síndrome de envenenamento maciço com oligúria e anúria (OLIVEIRA et. al., 1999).

A ordem Lepidoptera é segunda maior ordem de insetos no Brasil e é constituída de insetos cuja forma adulta exhibe asas escamosas, como seu próprio nome sugere, e corpo vermiforme na fase larval (SOUZA; LIMA, 2018). A maioria das espécies não são prejudiciais à saúde de seres humanos, enquanto as famílias de lepidópteros como Megalopygidae, Saturniidae, Arctiidae, e Limacodidae, caracterizadas de maior importância médica no Brasil, possuem o potencial de causar lesões graves e algumas vezes irreversíveis (SOUZA; LIMA, 2018).

A palavra lepidóptero, do grego *lepis*, *idos* e *ptera*, significa asa escamosa. Dessa maneira, acidentes desencadeados pelo contato com as formas adultas aladas de mariposas são denominados lepidopterismo. Já o erucismo trata-se do acidente na forma mais grave, mais comum e está associado principalmente a três famílias de mariposas: Megalopygidae, Saturnidae e Arctiidae (eruca = larva). Os gêneros mais importantes da família Megalopygidae são *Podalia* e *Megalopyge*. As cerdas que têm nas lagartas funcionam como um mecanismo biológico de defesa contra predadores naturais, normalmente com os seres humanos os contatos são acidentais ou por motivos profissionais.

O formato dos pelos ou cerdas possibilita o reconhecimento das duas principais famílias de mariposas envolvidas com acidentes: a família Megalopygidae apresenta cerdas finas e abundantes em todo o corpo, e a família Saturnidae apresenta menos cerdas, possuem o formato de pequenos pinheiros. Dessa forma, as propriedades urticantes ocorrem pela presença de pelos ocos em cujo interior se encontra líquido urticante secretado por células situadas na base do mesmo, denominadas células tricógenas. E assim a cerda penetra a pele e se quebra, o líquido exerce sua ação irritante. Em geral, as toxinas de todas as espécies são constituídas de proteínas termolábeis (CARDOSO; JUNIOR, 2005).

Incluem casos clínicos característicos de dermatite urticante, provocados pelo contato com espículas na forma larval de diversos gêneros de lepidópteros, assim como pelo contato com as cerdas de mariposas fêmeas do gênero *Hylesia* sp. (SOUZA; LIMA, 2018).

O quadro clínico pode ser caracterizado por dor intensa imediata, eritema, edema, vesículas, bolhas, erosões, petéquias, necrose superficial cutânea, ulcerações e linfangite. O comprometimento ocular pode levar a conjuntivites, ceratites e iridociclites. A presença de sensibilização pode causar rinite e asma. Em ocasiões mais difíceis os contatos podem resultar em problemas mais sérios, como arritmias, dor torácica, dispnéia, distúrbios

hemorrágicos, neuropatias periféricas, choque, paralisia de membros e convulsões. Os principais sinais e sintomas em 90% dos envenenamentos são dor intensa e edema e eritema locais, que não são proporcionais à dor observada (CARDOSO; JUNIOR, 2005).

Existem espécies que, além do quadro de erucismo característico, também levam ao desenvolvimento de complicações mais graves. São espécies como *Lonomia achelous* e *Lonomia obliqua*, cujos acidentes resultam em síndromes hemorrágicas devido às toxinas fibrinolíticas contidas em suas com complicações desde insuficiência renal aguda até o próprio óbito. Outra espécie geradora de mais complicações é *Premolis semirufa*, causadora da pararamose, uma doença ocupacional incapacitante entre seringueiros, de difícil diagnóstico pela sua cronicidade e suas lesões irreversíveis, levando à perda de mobilidade de articulações que entraram em contato repetitivo com as cerdas da larva (SOUZA; LIMA, 2018).

Devido à envenenamentos relacionados ao contato com lagartas do gênero *Lonomia*, que por possuir uma alta predominância principalmente nas regiões de centro ao sul do país, um quadro clínico característico de síndrome hemorrágica e altas tendências de alcançar proporções epidêmicas, os casos de notificação sobre incidentes com lepidópteros passaram a ser mais pesquisados, definindo também certas características para as outras espécies (SOUZA; LIMA, 2018).

O tratamento é de conhecimento indispensável para os profissionais de saúde, e para lepidopterismo quando ocorre erucismo o processo terapêutico é sintomático, existindo possibilidades variadas na literatura médica. Os acidentes por *Hylesia* podem causar quadro eritêmatopapuloso muito pruriginoso e devem ser controlados com anti-histamínicos por via oral e corticosteróides tópicos. Já em casos mais complexos, é possível a necessidade de utilizar corticosteróides sistêmicos para controle do quadro. Quando os acidentes são provocados por lagartas, o uso de anti-histamínicos é desapontador, sendo mais indicado a acetona de triancinolona por via intramuscular e corticoesteróides tópicos de alta potência. É recomendado também o bloqueio troncular com anestésico local (4ml de lidocaína para adultos), corticoesteróides tópicos e compressas com água fria. É provável que o uso intra-articular de corticoesteróides seja benéfico. Existe também a possibilidade da utilização da dipirona intramuscular para controle da dor e aplicação tópica da associação de lidocaína 2,5mg com prilocaína 2,5mg. O efeito inicia-se a partir de 30 minutos e permanece por algumas horas. Caso a dor retorne, até três novas aplicações podem ser feitas até o controle do quadro (CARDOSO; JUNIOR, 2005).

Diante do exposto, a fundamentação deste trabalho tem como objetivo elaborar um perfil epidemiológico do estado de Roraima, evidenciando os tipos de incidentes que insetos podem acarretar. Assim, é importante ressaltar as principais situações onde estes acidentes ocorrem, ao levar em consideração a questão comportamental destes animais e como seres humanos podem entrar em contato com esses em seu dia a dia.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O levantamento realizado foi secundários. O levantamento secundário se deu através de dados bibliográficos e pelo *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINANWEB* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Utilizou dados relacionados à: data da internação - ano em que foi gerada a notificação do caso; sazonalidade das internações – organizada segundo as estações do ano; animal agressor - aranha, serpente, escorpião, inseto não identificado, abelha, lagarta e outros; circunstância do acidente – classificada em acidental e ocupacional; idade do paciente - organizada nas faixas etárias de um a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 e mais; sexo do paciente - organizado em masculino e feminino; tempo de internação – categorizado em 01 dia, 02 a 03 dias, 04 a 05 dias e maior ou igual a 06 dias; e desfecho clínico do caso - na forma de alta hospitalar e óbito. Descrever a conduta terapêutica escolhida pelo profissional de saúde e a escolha do produto apropriado para o caso.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, constatou-se que 411 notificações de acidentes envolvendo insetos peçonhentos no estado de Roraima que foram encaminhadas ao SINAN. Ao observar as notificações por município, verificou-se maior concentração dos casos de acidentes envolvendo inseto no município de Boa Vista com 90,2% (N=371) dos casos, seguido pelos municípios de Cantá com 4,13% (N=17), e Bonfim com 1,7% (N=7). A menor concentração dos casos de acidentes com insetos foram nos municípios de Amajari, Caroebe, Iracema, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis e Uiramutã com ausência de notificações, conforme (Tab. 1). A maior frequência foi observada no ano de 2017. Com Distribuição média anual

de 59 casos de acidentes com insetos ocorridos no estado de Roraima entre janeiro de 2011 e dezembro de 2017, notificados ao SINAN.

Tabela 1. Distribuição anual 59 (413/7) casos de acidentes por insetos ocorridos em Roraima entre 2011 e dezembro de 2017, notificados ao SINAN.

Município de ocor.	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alto Alegre	-	01	01	-	02	01	01
Amajari	-	-	-	-	-	-	-
Boa Vista	32	45	46	50	39	60	99
Bonfim	-	-	02	-	-	01	04
Cantá	01	02	03	01	02	-	08
Caracarái	-	01	-	01	-	-	-
Caroebe	-	-	-	-	-	-	-
Iracema	-	-	-	-	-	-	-
Mucajaí	01	-	-	-	-	-	-
Normandia	-	01	-	-	-	-	-
Pacaraima	-	-	-	-	-	-	-
Rorainópolis	-	-	-	-	-	-	-
São João da Baliza	-	-	-	-	-	-	-
São Luiz	-	-	-	-	-	-	-
Uiramutã	-	-	-	-	01	-	-
Mun. ignorados	-	-	-	02	02	01	-
Total	34	50	52	54	46	63	112

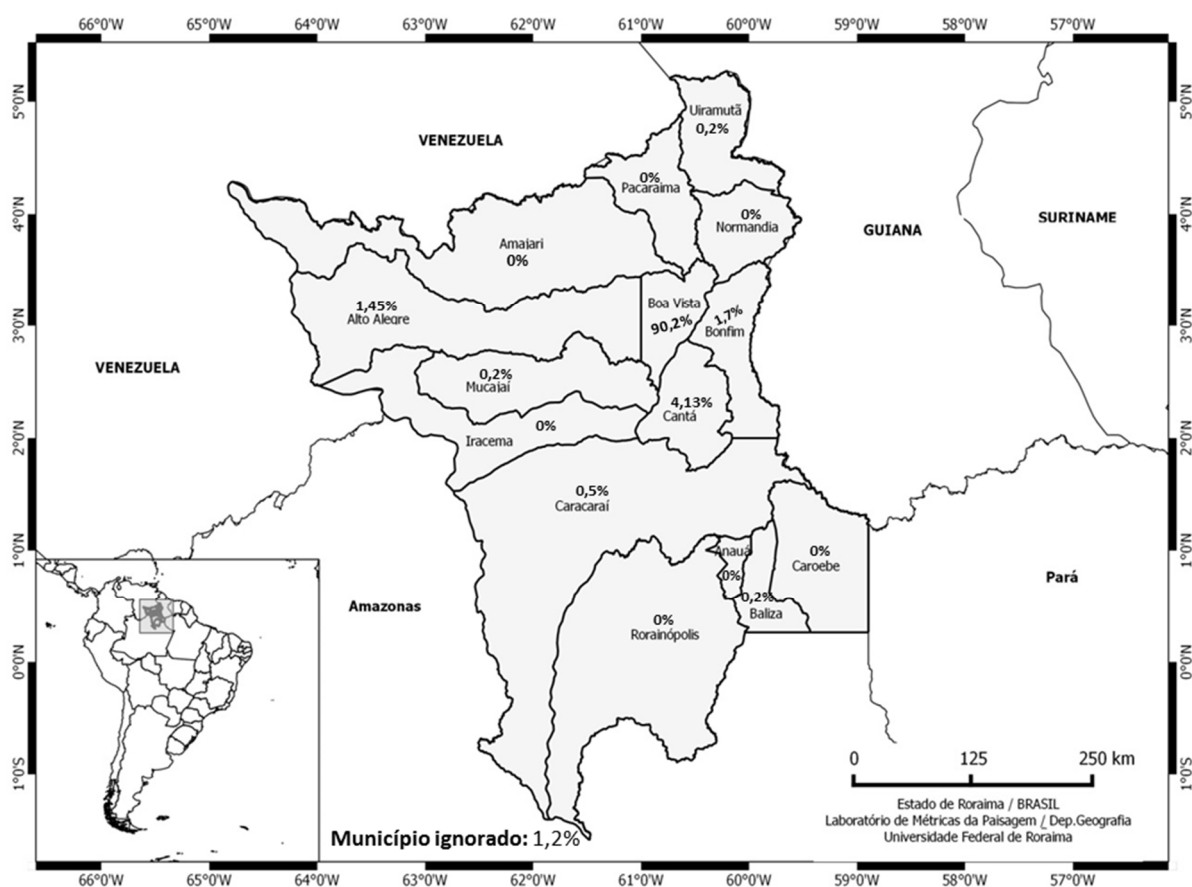


Figura 1. Mapa do estado de Roraima.

Fonte: (MAPA, 2014)

Segundo Aziz Galvão da Silva (1999), acidentes são considerados de baixa complexidade e, normalmente ocorrem dores locais, em alguns casos reações alérgicas e urticárias; o uso de analgésico e anti-histamínico de um modo geral é o suficiente. No entanto, em alguns casos, pacientes sensíveis ou que já foram picados anteriormente ou ainda atacados por enxames desses insetos peçonhentos, faleceram em consequências desses ataques.

4. CONCLUSÃO

Os acidentes por insetos peçonhentos apresentam grande importância. Possui incidência moderada, porém não insignificante. Além disso, de modo geral, esses acidentes são subnotificados no Brasil. Seres humanos já possuíam um histórico de contato com estes insetos muito anterior à documentação dos mesmos. Dessa forma, a própria origem de tratamentos para a intoxicação torna-se controversa ou discutível, considerando o quanto as noções empíricas passadas por gerações, ou seja, a cultura popular, ainda influenciam fortemente a terapêutica destes acidentes, o que dificulta a investigação científica dos mesmos). É provável que o aumento no número de acidentes com estes insetos seja proporcional às alterações ecológicas, como o desmatamento de regiões nativas.

Quanto aos acidentes com abelhas é importante considerar que o risco varia segundo a realidade do uso e o lugar onde está posicionado no ambiente, pois, quanto maior a proximidade com os humanos, tanto na área rural como urbana, por isso a ampla possibilidade de locais e estruturas antrópicos para nidificar. E, esse risco aumenta segundo a qualidade do manejo, a sanidade nos apiários onde estejam localizados. Já nos casos de acidentes de lepidopterismo o tratamento ainda é muito limitado, pois o processo terapêutico do erucismo é apenas sintomático, existindo orientação terapêutica variável na literatura médica.

Diante do exposto, faz-se necessário um incentivo à pesquisa nessa área, com objetivo de fornecer maiores informações à população e profissionais da área de saúde quanto à frequência desses eventos, para permitir uma identificação mais fácil da espécie envolvida e da conduta adequada em cada caso e ainda podendo evitar acidentes preveníveis com esses animais, diminuindo a morbidade e a mortalidade.

5. REFERÊNCIAS

- ALCOFORADO, C. L. G. **Entre o científico e o popular: saberes e práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas: um estudo de caso no município Cruzeiro do Sul-Acre.** (Dissertação) Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- CAMPO, M.W.; FERREIRA, M. B.; DOS REIS, L. M.; SILVA, L. B.I. T.; LOPES, B. C.; OLIVEIRA, M. L. F. Internações hospitalares de vítimas de acidentes por animais peçonhentos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 311-319, 2013.
- CARDOSO, A. E. C.; JUNIOR, V. H. Acidentes por Lepidópteros (larvas e adultos de mariposas): estudo dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 6, p. 571-578, 2005.
- CORREIA-OLIVIEIRA, M. E.; NUNES, L. A.; SILVEIRA, T. A.; MARCHINI, L. C.; SILVA, J. W. P. **Manejo da agressividade de abelhas africanizadas.** Piracicaba: ESALQ – Divisão de Bibliotecas, 2012.
- DA SILVA, A. G. Acidentes causados por animais peçonhentos. **O Alferes**, v. 8, n. 27, p. 51-66, 1999.
- DE OLIVEIRA, A. T. A. L.; DE SOUSA, A. F. P. B.; ALCANTARA, I. D. C. L.; DE MIRANDA, I. T. N.; MARQUES, R. B. Acidentes com animais peçonhentos no Brasil: revisão de literatura. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 11, n. 3, p. 119-136, 2018.
- LEININGER, M. M. *Qualitative research methods in nursing.* WB Saunders Company, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da situação epidemiológica de animais peçonhentos, 2018.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>>. Acessado em 05/10/2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Controle de Escorpiões Série B.** Textos Básicos de Saúde Brasília/DF, 2009.
- OLIVEIRA, J. S.; CAMPOS, J. A.; COSTA, D. M. Acidentes por animais peçonhentos na infância. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. supl. 2. p. 251-258, 1999.
- OLIVEIRA, F. A. Acidente humano por picadas de abelhas africanizadas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, n. 4, p. 403-405, 2000.
- SOARES, A. E. E. Abelhas africanizadas no Brasil: do impacto inicial às grandes transformações. **64ª Reunião Anual da SBPC.** São Luís: SBPC, 2012.
- SOUSA, I. F., & LIMA, A. G. D. Eco-epidemiologia de acidentes causados por lepidópteros em humanos no estado da Bahia. **Revista Ouricuri**, v. 8, n. 1, p. 37-47, 2018.
- TERÇAS, A. C. P. et al. Aspectos epidemiológicos dos acidentes por picada de abelha africana. **Journal Health NPEPS**, v. 2, supl. 1, p. 58-72, 2017.
- WHO. World Health Organization. **Rabies and envenomings: a neglected public health issue: report of a consultative meeting.** Geneva, 2007.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabíola Sarmiento da Silva¹, Geovana Fabá da Silva¹ e Laís da Rocha de Vasconcelos¹

1. Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Relatar experiência de estágio perante notificação de SRAG em um Hospital e Pronto-Socorro Infantil na cidade de Manaus, com base nas condutas de investigação, registro, coleta e resultado de exame laboratorial. Tratou-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência. As acadêmicas analisaram o funcionamento dos protocolos implantados no hospital relacionados ao processo da notificação no sistema SIVEP-gripe, acompanhando evolução hospitalar dos pacientes de modo estratégico para prevenção e controle eficaz da SRAG. Ademais, foram coletadas amostras respiratórias para identificação de vírus e o monitoramento foi realizado em parte pela equipe de enfermagem do núcleo de vigilância epidemiológica. O estágio clínico, no âmbito hospitalar, possibilitou às graduandas em enfermagem a obtenção de práticas e conhecimento sobre a identificação, coleta e análise dos casos, cooperando no processo de notificação da SRAG causada pelo vírus da influenza A (H1N1) e B, outros vírus respiratórios circulantes. Logo, realizando acompanhamento da evolução dos casos para encerrá-los. Devido ao estudo e aprendizado as acadêmicas foram capazes de identificar e notificar a SRAG seguindo os protocolos, e contribuindo para antecipação da campanha de vacinação gripal e alertando a comunidade local para a importância da imunização por meio de vacinas. O estágio nessa área é essencial para que futuros profissionais de enfermagem tenham domínio sobre definições das doenças de notificação. Dessa forma, colaborando com a vigilância epidemiológica na investigação e monitoramento, em particular a SRAG, adotando ações necessárias para evitar o aumento de casos e possíveis óbitos.

Palavras-chave: SRAG, Estágio Clínico e Vírus Respiratórios.

ABSTRACT

Report internship experience before notification of SARS in a Hospital and Children's Emergency Room in the city of Manaus, based on the conduct of investigation, registration, collection and laboratory test results. It was a descriptive study, type of experience report. The academics analyzed the functioning of the protocols implanted in the hospital related to the notification process in the SIVEP-flu system, following the patients' hospital evolution in a strategic way for prevention and effective control of SARS. In addition, respiratory samples were collected for virus identification and monitoring was carried out in part by the nursing staff of the epidemiological surveillance center. The clinical internship, in the hospital

environment, enabled nursing students to obtain practices and knowledge about the identification, collection and analysis of cases, cooperating in the notification process of SARS caused by influenza A (H1N1) and B, other viruses circulating respiratory diseases. Therefore, monitoring the evolution of cases to close them. Due to study and learning, academics were able to identify and notify SRAG following the protocols, and contributing to the anticipation of the flu vaccination campaign and alerting the local community to the importance of immunization through vaccines. The internship in this area is essential for future nursing professionals to have mastery over definitions of reporting diseases. Thus, collaborating with the epidemiological surveillance in the investigation and monitoring, in particular the SRAG, adopting necessary actions to avoid the increase of cases and possible deaths.

Keywords: SRAG, Clinical Internship and Respiratory Viruses.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é decorrente da síndrome gripal (SG) que evolui com comprometimento da função respiratória e, na maioria dos casos, leva à hospitalização, sem outra causa específica além dos vírus respiratórios; dentre os quais predominam a influenza do tipo A (H1N1) e B, ou bactérias, fungos e outros vírus respiratórios circulantes (DIVE, 2020).

O vírus influenza A e B apresentam maior importância clínica, devido estimativa que 75% das infecções são ocasionadas pela cepa do tipo A e as demais pelo B, sendo a C raramente levando ao desenvolvimento de casos graves, apenas infecções brandas. Os subtipos mais comuns em circulação são a Influenza A (H1N1pdm09) e o A (H3N2), contudo, foi o subtipo H1N1 ocasionou a pandemia em 2009 (BRESEE, 2018). Colocando o mundo todo em um alerta expressivo e cauteloso para evitar mais contágios na população, agravo da doença e sucessivamente óbitos.

Conforme WHO (2018), os vírus da influenza sofrem frequentes mutações e possuem elevada transmissibilidade e distribuição global, com fácil disseminação em epidemias sazonais e que podem gerar pandemias. O principal mecanismo de transmissão ocorre por meio de partículas eliminadas do trato respiratório do indivíduo contaminado ao tossir, falar, espirrar e pelas mãos contaminadas.

A Organização Mundial da Saúde (2018) citada por Silveira et al. (2020) descreve que a ocorrência de casos da influenza pode levar a hospitalização e a morte, as quais ocorrem principalmente entre os grupos de alto risco como em idosos, crianças e entre pessoas portadoras de morbidade.

A vigilância universal de SRAG monitora os casos notificados com o objetivo de identificar o comportamento da influenza no país para orientar no julgamento de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (BRASI, 2018).

No Brasil, o padrão de sazonalidade varia entre as diversas regiões, circulando primeiro nas regiões sul e sudeste, no segundo semestre do ano, o que corresponde ao inverno. Na região norte e nordeste, o padrão da sazonalidade ocorre no primeiro semestre do ano subsequente, no período chuvoso, correspondendo, na região Amazônica ao período de Dezembro a Maio (FVS, 2019). O período sazonal no Amazonas é caracterizado com intensificação das chuvas, exacerbando a Síndrome gripal e a Síndrome Respiratória Aguda grave afetando a população infantil e idosa da região.

Para atender a estratégia de vigilância e registro há o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-gripe) onde as fichas de notificações para SRAG são preenchidas conforme os casos clínicos que atendam as definições apresentadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas. E as notificações são incorporadas à base nacional, em um banco de dados único, e em tempo real, permitindo que as vigilâncias tenham conhecimento imediato dos casos e possam intervir oportunamente (SINAN, 2016).

Dessa forma, o estudo teve como objetivo descrever a experiência na identificação na busca ativa e notificação de paciente com quadros característicos da Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em um hospital e Pronto Socorro da Criança da região metropolitana de Manaus. Abrangendo ensino-aprendizado no campo hospitalar, uma vez que, é de suma importância para a formação de futuras profissionais na área da saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado em estágio extracurricular em um Hospital e Pronto Socorro da Criança na cidade de Manaus, no qual tem caráter descritivo; onde foram identificados, registrados e coletados as amostras de pacientes com suspeita da SRAG juntamente com o setor de epidemiologia da unidade.

Compreende-se a vivência do primeiro semestre do ano de 2018 ao primeiro semestre de 2019, com as notificações dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no

site do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-gripe). Os materiais de secreção nasofaringe foram extraídos de pacientes e encaminhados para Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas – LACEN/AM, local de análise para a identificação do vírus. Contudo, os resultados laboratoriais eram computados através do Gerenciador de Ambiente Laboratorial-GAL.

Os materiais utilizados para a realização das coletas foram:

- Aspirador;
- Sonda Nasal;
- Frasco coletor;
- Meio de cultura;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI).

O Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) comunica o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, concedendo o acompanhamento das etapas sobre resultados de exames para realização de estudos e análises epidemiológicas das redes estaduais de laboratórios de saúde pública (BRASIL, 2008).

As classificações e notificações foram realizadas através de busca ativa diária de crianças com Síndrome Gripal (SG) que sucederam à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Seguindo as definições de caso entre SG e SRAG preconizadas pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (2020):

- Síndrome Gripal (SG): indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e alguns dos sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia; com início dos sintomas nos últimos 07 dias.
- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): o indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

2.1 TÉCNICAS DA COLETA

O responsável pelo método de coleta deve fazer uso de EPI's para evitar qualquer contaminação. Em seguida, orientar ao acompanhante/responsável para auxiliar na imobilização do paciente, caso necessário, tendo em vista que algumas crianças não são colaborativas na hora de realizar a coleta. Por conseguinte, inserir-se a sonda nasal e coletar a amostra nasofaringe. Posteriormente, as amostras são transferidas para o meio de cultura para que o vírus seja isolado e acondicionado na geladeira em temperatura adequada de refrigeração (4°C a 8°C) para ser enviado ao laboratório de destino, o LACEN, e assim ser analisado.

Ocorrendo o encerramento das fichas individuais de notificações do SIVEP-gripe, após o recebimento do resultado laboratorial podendo este negativo ou positivo para algum tipo de vírus, e em seguida preencher com a data de alta hospitalar ou a data do óbito.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 IMPORTÂNCIA DOS MEIOS DE DIRETRIZES DISPONÍVEIS

Inicialmente, tendo em vista os meios de diretrizes para realizar a identificação e, conseqüentemente, a notificação, foi primordial o conhecimento sobre as normatizações e técnicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, os protocolos e notas Técnicas de alerta sobre o período sazonal por parte da Vigilância Sanitária Estadual e do município de Manaus. Instrumentos que foram seguidos e acondicionados para uma busca ativa e eficaz da SRAG.

Com as bases de informações colhidas e os meios de comunicações cruzados é realizado um processo mais peculiar ao ter dados essenciais para a monitorização da SRAG, e mais sólidas e transparentes tanto para sociedade como para as vigilâncias de saúde do Estado.

O aprendizado e o domínio da definição de caso e a diferença entre SG e SRAG adquirido através das diretrizes e ferramentas disponíveis, trazem para os futuros profissionais de saúde a aptidão para desenvolver um novo registro quando realizado às buscas ativas, com a identificação e permitindo notificação de casos novos na unidade hospitalar.

3.2 SIVEP GRIPE

O hospital onde foi realizada a experiência é uma Unidade Sentinela de Influenza com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), que atua na identificação, notificação, investigação e diagnóstico de casos suspeitos e confirmados (MS, 2020).

É um sistema de fácil acesso com uma ficha de registro individual esquematizada que contém parâmetro de dados do paciente, dados residenciais, critério clínico e epidemiológico, dados de atendimento, resultado laboratorial e conclusão.

Conforme a vivência, foram revelados pontos negativos no sistema pelo fato de ser computadorizado e dependente da rede de internet. Por hora parava de funcionar, e então, era necessário o preenchimento das fichas manualmente. E os dados preenchidos, somente eram inseridos no programa quando o mesmo voltava a funcionar normalmente, fato que colaborava para a ocorrência de atraso dos dados no sistema que não eram adicionados em tempo real, e sim horas ou dias depois do preenchimento das fichas.

3.3 BUSCA ATIVA NA UNIDADE HOSPITALAR

Com a orientação tanto pela médica infectologista quanto pela enfermeira epidemiologista da unidade, realizou-se diariamente a busca ativa nos prontuários referente às internações ou atendimento clínico por pneumonia e influenza seguindo o CID 10: J09 a J18, que ocorreram na unidade de saúde, incluindo os finais de semana. E posteriormente, a busca ativa nos setores de atendimento clínico e internações para averiguar possíveis casos de caráter notificador no presente momento.

Entende-se que o método da busca ativa venha a ser uma ferramenta de extrema importância, pois em muitos casos encontrados e identificados como notificáveis, foram não identificados por outros profissionais da saúde. O paciente com quadro gripal era visto de modo geral como uma infecção viral comum e sem muita influência.

E é por meio desse método, simples e prático que acaba auxiliando no encontro de novos casos e seu respectivo registro no SIVEP-gripe. Podendo então, como exemplifica o site Bio em Foco (2019), diligenciar com o médico-hospitalar a solicitação de exame laboratorial Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para detecção do vírus respiratório. Este teste molecular é a amplificação do material genético do vírus ou bactéria, multiplicando-

as e produzindo replicas até obter a quantidade suficiente de produto para análise e obtenção do resultado sobre agente causador da infecção.

Vale ressaltar que a busca ativa serve tanto para notificar novos casos como para descartar casos sem critérios de notificação. Realizando uma seleção dos indicadores avaliados nos processos para reconhecimento da SRAG e colaborando dessa forma para a solução de problemas e tomada de decisão por meio de dados epidemiológicos e estatísticos.

3.4 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SRAG

É por meio das investigações e registros enviados para o banco de dados que a Secretaria De Vigilância Em Saúde-SVS que se têm os boletins epidemiológicos que podem ser periodicamente semanais, mensais e anuais.

Este se configura como uma ferramenta de vigilância para promover informações relevantes qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em Saúde Pública no país. Da mesma maneira são publicadas descrições de monitoramento de eventos e doenças com potencial para desencadear emergência de Saúde Pública, análises da situação epidemiológica de doenças e agravos de responsabilidade da SVS, relatos de investigação de surtos e de outros temas de interesse da Vigilância em Saúde para o Brasil (MS, 2017).

4. CONCLUSÃO

Sendo assim, torna-se evidente a plena relevância de relatos de experiência para a vida acadêmica e profissional de graduandos em enfermagem, no sentido de colaborar com o ensino-aprendizado para o conhecimento, discernimento e compreensão da importância do estudo contínuo quando se já tem um alicerce formado, portanto, levando em consideração que há mudanças nos protocolos e recomendações em relação à SRAG e, que porventura, é causada por modificações nos vírus já existentes e por surgimento de novos vírus pelo mundo.

O estágio teve como característica o reconhecimento de dificuldades, esclarecimento de dúvidas e indagações, favorecendo para aumentar a gama e domínio de conhecimentos

das graduandas. Ressalta-se a relevância da busca ativa rotineira, da necessidade de discernir e conhecer os sintomas e definições dos casos de SRAG que auxiliam na prevenção de surtos, endemias e pandemias. Compreendido que os vírus são transmitidos com facilidade entre a sociedade, especialmente entre as crianças acometidas por vírus influenza A ou B, e por outros circulantes.

Depreende-se da importância da capacitação dos acadêmicos e futuros profissionais para possuírem aptidão e serem vigilantes e atentos aos casos de notificação da SRAG no ambiente hospitalar. Assegurando uso de EPIs para aqueles que entram em contato com casos suspeitos para a realização da coleta de amostra nasofaringe, evitando proliferação e adoecimento.

5. AGRADECIMENTOS

A todos àqueles que colaboraram indireta e diretamente para a realização do estágio e para o cumprimento deste artigo.

A nossa querida família, amáveis amigos e colegas de profissão que foram essenciais durante as dificuldades.

Ao incrível ser humano e estimado amigo, Alessandro Silva, que ofereceu todo o seu apoio e tempo quando solicitado para a concretização deste ideal.

E o mais importante agradecimento e reconhecimento são direcionados ao nosso Deus, Pai amoroso que nos sustenta em todos os momentos da vida. O ser Divino que nos deu a dádiva de viver e realizar sonhos ao prestar amor ao próximo através da nossa futura profissão.

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Apresentação do Sistema. **Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**, 2008. Disponível em: <<http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php>>. Acesso em: 28/08/2020.

BRASIL. SVS. Secretária de Vigilância Em Saúde. **Informe Epidemiológico**. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/01/Informe-Epidemiologico-Influenza-2018-SE-52.pdf>>. Acesso em 28/08/2020.

BRESSE, J.S.; FRY, A.M.; SAMBARA, S.; COX, N.J. Inactivated Influenza Vaccines. In: PLOTKIN, S.; ORENSTEIN, W.; OFFIT, P.; EDWARDS, K.M. **Plotkin's Vaccines**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2018.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVE. **Informe Epidemiológico nº14/2020 – Vigilância da influenza (Atualizado em 15 de junho de 2020)**. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/1200-informe-epidemiologico-n-14-2020-vigilancia-da-influenza-atualizado-em-15-de-junho-de-2020>>. Acesso em: 19/08/2020.

Bio em Foco. **É gripe ou resfriado? Conheça exame que faz a diferenciação da infecção respiratória**, 2019. Disponível em: <<http://bioemfoco.com.br/noticia/e-gripe-ou-resfriado-conheca-exame-que-faz-a-diferenciacao-da-infeccao-respiratoria/>>. Acesso em 20/08/2020.

FVS – Fundação de Vigilância em Saúde. **Publicações**. Disponível em: <<http://www.fvs.am.gov.br/publicacoes>>. Acesso em: 20/08/2020.

FVS. Fundação De Vigilância Em Saúde Do Amazonas. **Nota Técnica Nº 02/2020 – DVE/FVS – AM**. Disponível em: <http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/nota_tecnica_02_dve_srag.pdf>. Acesso em 20/08/2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Diretrizes para Organização dos Serviços de Assistência à Saúde e Vigilância aos Casos de Síndrome gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com Ênfase na Influenza no Estado de Minas Gerais**, 2016.

SILVEIRA, M.B.; OLIVEIRA, D.L.; SILVA, N.M; FINOTTI, A.; PEREIRA, L.A.; MANRIQUE, E.D.C. Perfil dos Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Obtidos por um Laboratório de Referência em Saúde Pública. **C&D-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 13, n. 2, p. 310-322, 2020.

SINAN INFLUENZA. **Sistemas de informações e Agravos de Notificação - SINAN**. Disponível em: <<https://portalsinan.saude.gov.br/sinan-influenza>>. Acesso em: 04/09/2020.

SINAN INFLUENZA. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**, 2016. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/sinan-influenza>>. Acesso em: 20/08/2020.

WHO. World Health Organization. **Infection prevention and control of epidemic- and pandemic- prone acute respiratory infections in health care**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/>>. Acesso em 20/08/2020.

WHO. World Health Organization. **Influenza (seasonal)**. Fact sheet. 2018; Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/>>. Acesso em: 22/08/2020.

SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Victor da Silva Barbosa¹ e Danúzia da Silva Rocha²

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

RESUMO

Introdução: Este trabalho é um relato de experiência da participação no projeto de extensão “Conversando sobre a Qualidade de Vida no Trabalho”. Verificou-se que havia entre alguns profissionais de saúde o sentimento de insatisfação em relação ao ambiente de trabalho. **Objetivo:** Apontar os fatores que levam a insatisfação no ambiente de trabalho pelos profissionais de saúde que participaram do projeto de extensão e as implicações no atendimento aos clientes da unidade básica de saúde. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, tendo como objeto de estudo o projeto de extensão acima mencionado. O mesmo foi desenvolvido com 35 profissionais de saúde, de vários setores de uma policlínica no município de Rio Branco, Acre. O projeto buscou examinar as percepções desses profissionais de saúde sobre a qualidade de vida no trabalho, para isso, foram utilizadas a técnica de entrevista e de grupo focal. Os dados coletados destas técnicas, foram analisados com a metodologia de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Após a análise temática das falas coletadas das entrevistas e grupo focal, foram identificadas quatro categorias temáticas: O sentimento de desvalorização no ambiente de trabalho, Condições de trabalho, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, atendimento ao cliente. **Conclusões:** Observou-se a existência de um sentimento de insatisfação entre alguns profissionais no ambiente de trabalho, associado a um déficit de comunicação entre os setores da unidade, que, por vezes, implica na falta de comunicação entre profissional e usuário, aumento da espera do atendimento ou até mesmo a falta dele.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho, Ambiente de trabalho e Comunicação.

ABSTRACT

Introduction: This work is an experience report of participation in the extension project “Talking about Life Quality at Work”. It was found that among some health professionals there was a feeling of dissatisfaction in relation to the work environment. **Objective:** To point out the factors that lead to dissatisfaction at the work environment by health professionals who participated in the extension project and the implications for serving clients in the basic health unit. **Methods:** This is an experience report, with a qualitative approach, with the extension

project mentioned above as the object of study. It was developed with 35 health professionals, from various sectors of a polyclinic in the county of Rio Branco, Acre. The project sought to examine the perceptions of these health professionals about the life quality at work, for this, the technique of interview and focus group was used. The data collected from these techniques were analyzed using the thematic content analysis methodology. Results: After the thematic analysis of the statements collected from the interviews and the focus group, four thematic categories were identified: The feeling of devaluation at work environment, Working conditions, interpersonal relationships at work environment, customer service. Conclusions: There was a feeling of dissatisfaction among some professionals in the work environment, associated with a deficit in communication between the sectors of the unit, which sometimes implies a lack of communication between professional and user, increased waiting or even the lack of it.

Keywords: Job satisfaction, Workplace e Communication.

1. INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, o trabalho nas diversas áreas do conhecimento vem sofrendo modificações, em suas formas de organização, bem como o surgimento de novas áreas de atuação profissional. Para Oliveira (2002) “toda atividade desenvolvida pelo ser humano, seja ela física ou mental é considerada trabalho. Dele resultam bens e serviços”. Contudo, Neves et al. (2018) afirma que a palavra trabalho é compreendida como “atividade profissional, remunerada ou não, produtiva ou criativa, exercida para determinado fim”. Além de tratar-se de uma atividade complexa, multiforme, multivoca, que permite e exige diferentes olhares para o seu completo entendimento.

A definição de trabalho em saúde de acordo com Cecilio e Lacaz (2012) pode ser sintetizada por uma única palavra que lhe confere individualidade e nobreza: Cuidar. Além de que esta modalidade de trabalho produz o cuidado que as pessoas precisam em algum momento da vida, independentemente do grau de complexidade, da instituição onde a assistência é prestada, de um modo ou de outro ela sempre resulta em cuidado.

O sentimento de satisfação e insatisfação do profissional de saúde no ambiente de trabalho vem sendo muito discutido, no meio científico brasileiro nos últimos anos, em sua pesquisa Soratto et al. (2017) afirma que “o trabalho em saúde pode ser fonte de satisfação, mas também de insatisfação, com reflexos diretos na assistência em saúde e na vida do profissional”.

Os fatores que levam ao sentimento de satisfação no ambiente de trabalho não são imutáveis e dependem de alguns fatores determinantes, de acordo com Tambasco et al. (2017) “a satisfação no trabalho pode ser apresentada como um estado emocional, pessoal,

subjetivo, dinâmico e constantemente modificável por condições intrínsecas e extrínsecas do trabalho e do trabalhador”.

Para Lima et al. (2014) o ambiente de trabalho envolve relações, que tanto colaboram para um ambiente satisfatório ou para um ambiente fatigante. Estes autores, dizem que o trabalho na saúde é “especial de cuidado humano e desenvolvido, majoritariamente, na forma de trabalho coletivo”. No entanto, o trabalho coletivo implica direto e indiretamente em relações entre profissionais e usuários dos serviços.

Segundo Martins et al. (2012), a formação e afirmação de vínculos profissionais têm por finalidade o desenvolvimento de relações interpessoais em equipes de trabalho favorecendo um ambiente de trabalho favorável ao bem-estar biopsicossocial. A falta de laços e relações interpessoais conflituosas entre o grupo de trabalho contribui para um ambiente de insatisfação.

Silva et al. (2016) afirmam que o ambiente de trabalho dos enfermeiros é propício para o desenvolvimento de fatores que favorecem o crescimento dos níveis de estresse no trabalho. Muito destes profissionais tem desenvolvido a Síndrome de Burnout, implicando negativamente na saúde mental e no bem-estar desses trabalhadores, além de interferir diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, no funcionamento e no comprometimento com a organização.

Tendo isso em vista, a questão central que se procurou responder ao longo desta pesquisa foi: Que implicações a insatisfação dos trabalhadores de saúde no ambiente de trabalho pode ocasionar na assistência prestada aos clientes de uma unidade básica de saúde?

Logo, esse relato pretende apontar os fatores que levam a insatisfação no ambiente de trabalho pelos profissionais de saúde que participaram do projeto de extensão acima citado e as implicações no atendimento aos clientes da unidade básica de saúde.

Esse trabalho é relevante para dar visibilidade a atividade desenvolvida no projeto de extensão, e enfatizar a importância da satisfação dos profissionais no ambiente de trabalho e conseqüentemente melhoria na qualidade do serviço prestado, bem como, ampliar os conhecimentos na temática em questão.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Este trabalho trata-se de um relato de experiência, analítico, de abordagem qualitativa. SCHOPKE (2010), define experiência como “o ato de experimentar algo, o que, por sua vez, nos leva a uma outra definição de experiência como conhecimento direto, imediato e intuitivo dos fatos e dos fenômenos do mundo”.

Teve como objeto de estudo o projeto de extensão das especialistas do em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre (Ufac), Gabriela Alves da Silva e Josiane de Oliveira, na qual foi desenvolvido com 35 profissionais de saúde de vários setores da policlínica Barral y Barral no município de Rio Branco, Acre, o projeto de extensão buscou examinar as percepções desses profissionais de saúde sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT).

A policlínica em que o projeto fôra realizado, é classificada como de médio porte, contando com um total de 105 funcionários, desses, 96 são profissionais de saúde de diversas áreas do conhecimento, realizando diariamente uma média de 1000 atendimentos ao público, a assistência divide-se em consultas médicas, atendimentos de enfermagem, exames laboratoriais, atendimentos odontológicos, serviços de psicologia, fisioterapia, ultrassonografia, vacinação, curativos, farmácia, aplicação de medicações, realização de testes rápidos e eletrocardiogramas. Funcionando todos os dias, exceto em fins de semana e feriados, das 07:00 às 18:00 horas.

No projeto acima citado foram realizadas entrevistas com aplicações de um questionário específico para gestores e outro para funcionários. Haguette (2010) define entrevista como o processo de interação entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador tem como objetivo obter informações do outro, o entrevistado. Após a análise desses questionários realizada pelas pesquisadoras, para a escolha das temáticas mais pertinentes, foram desenvolvidas três rodas de conversas, sendo elas: Comunicação no Processo de Trabalho, Humanização no Cotidiano do Trabalho, Avaliação da Ação, respectivamente. Cada roda de conversa contou com um encontro, tendo em média a participação de 27 profissionais para cada encontro, todo o conteúdo foi gravado em dispositivo de áudio, no formato “mp4” e depois para fins de análise todo o conteúdo foi transcrito em texto através do programa “Microsoft Word, 2013”, no formato “docx”.

Para a realização deste estudo, foram incluídos artigos indexados em bases de dados publicados no período de 2004 a 2018, com textos completos com consulta gratuita, na língua Portuguesa, atendendo a questão central.

A busca ocorreu no período de 07 de setembro a 16 de dezembro de 2018. As primeiras informações obtidas foram por meio das bases de dados de periódicos científicos, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), da Literatura Latino-Americana em Ciência e Saúde (LILACS) Google Acadêmico e livros. Após uma prévia leitura dos resumos das obras selecionadas foram arquivadas em pastas digitais, fichados e enumeradas de acordo com o prosseguimento da leitura para facilitar a organização do material.

Logo após essa seleção foi analisado o projeto de extensão das especialistas em Saúde Pública do programa de pós-graduação da Universidade Federal do Acre.

A utilização das informações do referido projeto foi autorizada pelas pesquisadoras coordenadoras do projeto em documento assinado por escrito.

Diante das narrativas dos participantes do projeto, pode-se analisar as falas conforme a técnica de análise de conteúdo temático de acordo com Turato (2008), a partir dessa análise, as falas foram agrupadas em categorias temáticas, e discutidas conforme o referencial teórico.

Laville (1999) apresenta dentre as técnicas de narrativa, o recorte dos conteúdos, afirmando que essa técnica tem a vantagem de ser clara, objetiva e bem delimitada. Para isso, afim de expor melhor os resultados obtidos, foram extraídas e manuseadas citações das falas dos entrevistados. Para preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram codificados com letras e números, por ex.: A1, A2...

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diante das análises, foram identificadas quatro categorias temáticas, que estão especificadas a seguir:

3.1 O SENTIMENTO DE DESVALORIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Parte dos entrevistados relatam que a desvalorização dos profissionais, juntamente com o excesso de trabalho acabam contribuindo diretamente para o sentimento de insatisfação. Fato esse expressado nas seguintes falas:

“... me sinto triste, pois não me sinto valorizada, trabalho muito, parece que isso não é reconhecido...” (A1).

“... Eles [chefes] exigem isso de nós com a população, com a nossa clientela. Mais quando eles se portam a gente, eles se esquecem disso e daí, então, não é que a gente copie o chefe, mas de repente eles [chefes] não tem essa importância se preocupar falar com os funcionários... Da forma que eles [chefes] passa, finda sendo passado também” (A2).

“É porque geralmente nós servidores, a gente faz aquilo que mandam... Eu (profissional) já passei por depressão, ele (chefe) tem que estar do lado do servidor para saber o que se passa com cada um, e saber se ali é o setor que ele está se sentindo bem” (A3).

Observa-se nas falas (A1, A2 e A3) que os profissionais identificam a existência de uma falta de sensibilidade por parte da gerência, afirmando que a mesma (gerente) é pouco empática com as situações por eles vivenciadas. Além disso, os sujeitos expõem a importância de um olhar diferenciado do gestor, chamando a atenção da gestão quanto ao apoio na assistência prestada ser insatisfatório. Ressaltam ainda, o não reconhecimento do seu esforço, reforçando assim, o sentimento de desvalorização.

Conforme o exposto acima, para Bernardes et al. (2011), os sistemas vigentes de gestão, em particular com seus componentes tayloristas, fayolistas e sua ênfase em estruturas formais e verticalizadas de mandatário e subordinado, não respondem mais às expectativas dos gerentes, trabalhadores e, especialmente, dos usuários. Novos modelos gerenciais exigem por parte do gestor mais flexibilidade e sensibilidade.

Segundo Bordignon et al. (2015), a satisfação e insatisfação do profissional está associada a fatores preponderantes na qualidade da atuação dos trabalhadores nos serviços de saúde, como a segurança do paciente e qualidade do cuidado. No estudo destaca-se fatores chaves, como a relação interpessoal entre a equipe de trabalho, horário de expediente e relacionamento com pacientes, além do mais refere que o apoio dos gerentes aos profissionais pode vir a facilitar ou dificultar a prestação da assistência de qualidade e a satisfação no trabalho.

Para Ferreira e Lucca (2015), através da resposta aos estresses do cotidiano de trabalho, juntamente com sentimentos de inadequação com o meio de trabalho e a falta de recursos para enfrentá-lo surge síndrome de burnout. Os autores apontam o excesso de trabalho, baixa remuneração, sentimento de não reconhecimento, desvalorização do profissional, falta de solidariedade da equipe e competitividade. Além disso, a valorização do trabalho contribui para o bem-estar dos indivíduos, influenciando o sofrimento e o adoecimento.

3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Nos sentidos abstraídos das falas a seguir, os profissionais indicam que a falta de comunicação, o sentimento de insatisfação, juntamente com o excesso de trabalho traz reflexos negativos tanto a assistência prestada quanto ao cotidiano de trabalho desses trabalhadores.

“...Nós servidores seguimos ordens. Às vezes você está no setor que você não gosta, aí é forçado a ficar naquele setor. Você ficar no setor que gosta, para atender bem tem que estar bem consigo mesmo para atender o próximo” (A4).

“...é o que acontece, você (profissional) fica sobrecarregado, cai uma faísca e você desaba (chora, fica triste)” (A5).

“...a verdade é que a gente (referindo-se a profissionais de saúde) tem excesso de trabalho, muito estresse, para completar, ainda ganhamos pouco (referindo-se ao salário), temos que acabar se submetendo ao excesso de trabalho para poder ganharmos um pouco melhor” (A6).

“...temos uma boa estrutura, porém somos poucos para tantos atendimentos, tem dias aqui que a gente não levanta nem para ir ao banheiro, nós ficamos sobrecarregados com tanto trabalho” (A7).

Conforme relatos dos entrevistados A4, A5, A6 e A7, principalmente na fala (A4) foi enfatizado pelo profissional que, o déficit no processo de comunicação e empatia entre a chefia e a equipe de trabalho gera um ambiente propício para a insatisfação do trabalhador, e o mesmo implica na qualidade dos atendimentos.

Nos trechos (A5, A6 e A7), segundo os entrevistados, existe um grande fluxo de atendimentos na unidade, sendo que, em alguns setores a falta de mão de obra ocasiona diretamente sobrecarga de trabalho e aumento dos níveis de estresse. Alguns entrevistados alegam também que a baixa remuneração dos profissionais de saúde força-os a ter uma dupla jornada de trabalho e assim contribuindo para o desgaste dos profissionais.

O surgimento de conflitos entre membros da equipe, segundo Lanzoni e Meirelles (2012), surgem da variedade de opiniões e posturas dos profissionais. Assim, alguns se acomodam não realizando corretamente as suas atribuições, outros são mais ativos. Dessa forma, as barreiras do processo interativo entre os profissionais, juntamente com a falta de solidariedade que, não dão suporte uns aos outros, gera um ambiente de trabalho propício ao surgimento de conflitos.

De acordo com Rocha (2014), condições de trabalho envolvem múltiplos fatores, como: execução, remuneração, ambiente de trabalho, exigências e organização, trazendo influência direta na resposta do indivíduo diante das situações impostas. Conseqüentemente,

as respostas a essas situações resultariam em satisfação, conforto, fadiga, estresse, doenças, acidentes.

A pesquisa realizada por Maciel et al. (2015) destacou que um profissional de saúde de uma unidade básica, em específico os de nível técnico, podem chegar a realizar cerca de 100 atendimentos por dia em situações, como por exemplo, as de campanhas de vacinação, planejadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde. De acordo com os achados da pesquisa, a carga de trabalho dos profissionais é um fardo pesado e o esforço despendido no trabalho pode levar a problemas de saúde, principalmente de saúde mental.

Contudo, Carvalho et al. (2017) compreendem que: expressão “carga de trabalho” está relacionada às condições de trabalho, as cargas de trabalho apresentam um impacto negativo para a capacidade fisiológica dos trabalhadores, demonstrado pelo índice elevado de depressão entre os entrevistados de sua pesquisa. Além disso, a pesquisa revela que também acarretam prejuízos na qualidade de vida e comprometimento na qualidade do cuidado e na segurança dos pacientes.

Tambasco et al. (2017) afirmam que, os baixos salários levam os profissionais de enfermagem a terem outros vínculos empregatícios, almejando uma remuneração melhor e também melhoria da condição socioeconômicas. Todavia, eles ressaltam em sua pesquisa que o duplo vínculo empregatício pode levar tanto ao desgaste físico e emocional.

3.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

Nos trechos a seguir, os profissionais relatam a existência de fragilidade no processo de comunicação, entre a gestão e a equipe, e entre eles próprios, alegando que, não são consultados ao mudarem de setor, nem sobre suas preferências, dificultando o relacionamento entre si, deixando claro, ainda, a existência da falta de empatia entre os profissionais nos setores.

“Vou fazer a minha parte, tenho essa competência, mas, eu sou só uma formiguinha tida como a “puxa saco”, então, seria bom que isso aqui criasse um leque e isso atingisse outras áreas (outras salas)” (A8).

“Gosto do meu setor de trabalho, se tivesse que mudar alguma coisa nele seria “algumas pessoas (outros profissionais), pois as vezes sinto que elas não estão totalmente comprometidas com o serviço, e isso acaba atrapalhando” (A9).

“Fulano (profissional) não está na sala dele, só ele pode resolver? Certamente se você soubesse poderia ter resolvido...” (A10).

“Aqui, teria algumas coisas que poderiam melhorar, por exemplo... As informações que podem ser compartilhadas, porque, em relação ao estresse que todo mundo está falando aqui, a sobrecarga sobre o colega os outros não se dispõem a ajudar, não porque não queira, mas porque tem informações que são exclusivas do colega” (A11).

“No Barral antigo, nos parávamos o serviço e fazíamos reuniões, para saber o que estava acontecendo com determinado setor, era tão bacana e gratificante, era o único momento que a gente via os colegas de trabalho, porque muitas das vezes você chega e vai para sua sala, faz seus atendimentos e depois vai embora, não sabe nem qual o colega está doente, qual está passando por alguma situação de necessidade, se precisa de ajuda, carona, eu sinto falta disso aqui (na unidade)” (A12).

“Eu vim com a obrigação de vir (na roda de conversa), quando cheguei aqui eu tive a oportunidade de brincar com meus colegas, isso para mim é gratificante, infelizmente tantos colegas não tiveram a oportunidade de estar aqui” (A13).

“Isso que ela falou aí é verdade (refere-se a fala A13). Trabalhamos tanto que, as vezes a gente nem se toca que precisamos disso, de momentos, encontros, e nunca nos encontramos para trocarmos ideias, então, foi muito boa essa reunião, se soltar e ter essa nova descoberta” (A14).

“Tivemos uma serie de perdas, colegas com AVC, infarto e etc... o pior é que nem conhecíamos direito, então a sobrecarga de trabalho, e realmente não temos esse momento para nos conhecermos, aí fica aquela cobrança, me cobram e eu cobro deles, assim fica muito difícil” (A15).

De acordo com as falas acima, nota-se uma relação conflituosa entre os profissionais. Sabe-se que, um relacionamento interpessoal ruim, gera tensões no ambiente de trabalho. Conforme exposto, pelos entrevistados, o não compartilhamento de informações e a falta de empatia entre a equipe gera transtornos no processo de trabalho.

Parte desses trabalhadores também relatam que sentem falta de momentos de interação entre a equipe, e abordam que isso poderia ser positivo para a melhoria nas relações interpessoais entre eles, fato expressado nos trechos (A12, A13, A14 e A15).

Em sua pesquisa, Fernandes et al. (2015) destacam que é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a relevância de lidar com as relações interpessoais, já que elas possuem relação direta no cuidado prestado aos clientes, podendo influenciar negativamente nesses atendimentos. Contudo, o trabalho em equipe não significa trabalhar sempre de forma harmoniosa. Para as autoras, o diferencial está na conversão de conflitos em crescimento, sabendo tratar com as diferentes formas de ideologias e condutas, agindo com profissionalismo na existência de conflitos.

Araújo et al. (2016) compreendem que a teoria da ação comunicativa, através da interação é a solução para as adversidades da coordenação que surgem quando atores distintos estão envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de ação conjunta, no cotidiano da enfermagem, entende-se, que através dessa atividade, a

equipe poderá então construir um projeto trabalho que favoreça a comunicação entre os profissionais e um bom relacionamento. Vê-se, dessa forma, que a fragilidade nas relações interpessoais repercute de maneira positiva ou negativa tanto nos trabalhadores quanto nos usuários, foi destacado pelos autores, que estas relações se relacionam a diversas situações, como: desgaste diário, excesso de trabalho, falta de recursos humanos e materiais, relacionamento com pacientes e familiares, falta de comunicação, relacionamento com a gerência, desunião, relação hierárquica e dificuldade no gerenciamento de pessoas.

Segundo Wagner et al. (2009), a comunicação no processo laboral passa a ser um instrumento utilizado pelos profissionais de enfermagem como um meio para realizar suas tarefas em equipe, fundamentando-se na interação coletiva entre os seus integrantes. Desse modo, destaca-se a solidariedade, como um grupo de habilidades formadas através da empatia com o outro, como parte da vida e na compreensão de imprevistos, nos quais todos estão sujeitos e na disposição permanente de ajuda ao outro, assim contribuindo para o bom relacionamento.

Para Formozo et al. (2011), a compreensão das relações interpessoais revela-se de suma importância para o trabalho em saúde, já que os profissionais se valem destas como ferramentas para execução do cuidado, destacando-se a necessidade constante de capacitação e aprimoramento da equipe multidisciplinar, dentre eles a equipe de enfermagem, envolvidos diretamente no processo de cuidar, não somente em procedimentos técnicos, mas principalmente para o desenvolvimento de relações interpessoais seguras, aprendidas como ferramentas profissionais de cuidado.

De acordo com Schreber et al. (2012), o foco no trabalho na atenção básica está na atuação em equipe multidisciplinar, configurando assim uma modalidade de trabalho coletiva baseada na relação de reciprocidade entre múltiplas intervenções técnicas e o relacionamento dos agentes de diferentes áreas de atuação. Para o trabalho em equipe, se faz necessário que cada profissional conheça os elementos do exercício de sua função, além de planejar objetivos comuns aos demais profissionais face às necessidades dos usuários.

3.4 ATENDIMENTO AO CLIENTE

Conforme exposto na categoria anterior, a falta de comunicação e o déficit nas relações interpessoais, tanto com a gerência, quanto com os próprios profissionais, é reproduzida da mesma forma na clientela, prejudicando assim, o atendimento ao usuário, de acordo com os relatos a seguir:

“...Nós servidores seguimos ordens. Às vezes você está no setor que você não gosta, aí é forçado a ficar naquele setor. Você ficar no setor que gosta, para atender bem tem que estar bem consigo mesmo para atender o próximo” (A16).

“...as vezes a gente percebe que poderia fazer mais, que não está atendendo da melhor forma, mas sempre tem um estresse, as pessoas não entendem que você é humana não uma máquina, não tem como agradar sempre, alguém sempre vai sair insatisfeito com alguma coisa” (A17)

“Deveria ter uma união maior em cima disso, certamente o colega pode fazer um cartão SUS, aferir uma PA, fazer uma vacina, mas isso não tem aqui, parece que as pessoas são donas da sala, se não tiver ninguém a pessoa (paciente) tem que esperar” (A18).

“Aqui teria algumas coisas que poderiam melhorar, por exemplo... Acho que deveria ter isso interação união, facilitaria o nosso trabalho e para as pessoas (pacientes) que precisam, tem pessoas que vem de ramal, municípios (interior do Estado) que precisam do atendimento, não conseguem ser atendidos, porque tem a pessoa, mas não tem a capacitação, falta o treinamento para fazer...Melhoraria muito o atendimento se todos fossem capacitados para atuar em todos os setores” (A19).

As falas dos entrevistados A16, A17, A18 e A19 denotam o sentimento de incapacidade e impotência diante dos entraves burocráticos, os conflitos entre a equipe e os pacientes da unidade e a falta de comunicação entre os profissionais, nos diversos setores, são apontados como fatores determinantes para que ocorra um déficit na qualidade dos atendimentos prestados, gerando assim transtornos, aumento da espera no atendimento, e por vezes, a falta do atendimento por ausência do profissional do setor.

Santos et al. (2014) ressaltam que, a atual Política Nacional de Atenção Básica, tem como atributos essenciais para a garantia da assistência de qualidade, as seguintes características: O acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Dessa forma, a existência de uma relação harmoniosa entre profissional e usuário é necessária para a efetividade desse cuidado, de modo a edificar e conservar um vínculo profissional.

Dias (2016) defende que, a manifestação de situações de sofrimento no trabalho, é por vezes, desencadeada através das relações interpessoais. Dentro desse contexto, torna-se necessário compreender a importância da socialização, do respeito, diálogo, responsabilidade e espírito de alegria. Assim sendo, a autora evidencia a relevância dessas relações dentro da organização do serviço, por tornar o trabalho mais prazeroso, permitindo uma melhor gestão dos conflitos. Assim como, aumento da motivação, incentivo ao crescimento institucional, profissional e dessa forma, relaciona-se diretamente com a qualidade de vida e o melhor estabelecimento do cuidado em saúde. Evidencia-se, portanto, a importância do relacionamento interpessoal dentro da organização por ser parte fundamental da convivência, que torna o trabalho mais prazeroso, e permite uma melhor

desenvoltura quanto aos aspectos que determinam os conflitos interpessoais. Bem como, aumenta a motivação, estímulo ao crescimento tanto profissional quanto institucional, e está relacionado com a qualidade de vida e o aprimoramento do cuidado em saúde.

Bonato (2011) refere-se à qualidade em saúde como um conceito multifacetado, destacando que a gestão de qualidade na área da saúde, na medida em que se organizam, esses serviços geram benefícios aos clientes sejam no setor público ou privado. Ressalta, que, instituições com processos mais elaborados, certamente irão garantir a seus usuários um melhor cuidado. Portanto, uma restauração de saúde com práticas definidas e difundidas na instituição, implicando também no treinamento de seus profissionais, por intermédio de capacitação e desenvolvimentos contínuos, humanização no trato com a clientela, competência técnica a contento em fazer parte da equipe. Além disso, ao apropriar o profissional da visão sistêmica do trabalho, interliga os setores, que atuam, estimulando a integração de pessoas e áreas, gerando satisfação aos servidores e sucesso a organização.

4. CONCLUSÃO

Quando se iniciou o trabalho de pesquisa, constatou-se que havia uma fragilidade no processo de comunicação entre os profissionais, e dessa forma, refletindo de maneira negativa na assistência prestada. Mediante isso, era relevante pesquisar sobre quais as implicações da insatisfação dos profissionais de saúde, no ambiente de trabalho, que podem interferir na assistência prestada aos usuários. Assim, observou-se a existência de um sentimento de insatisfação entre alguns profissionais no ambiente de trabalho, associado a um déficit de comunicação entre os setores da unidade, que, por vezes, implica na falta de comunicação entre profissional e paciente, aumento da espera do atendimento ou até mesmo a falta dele. Foi verificado também que, em alguns casos a dificuldade de comunicação entre gestão e os profissionais, a desvalorização profissional, o excesso de trabalho, a baixa remuneração, a falta de momentos de interação entre trabalhadores, as relações interpessoais conflituosas entre a equipe e os usuários e entre eles próprios, influenciam diretamente na satisfação profissional atuando com contributos para o sentimento de insatisfação entre os profissionais. Além disso, nota-se que isso implica de maneira negativa a assistência prestada, pois gera relações de conflito entre profissionais e usuários, aumento da espera nos atendimentos, processo de comunicação insatisfatório, e

até a falta do atendimento em decorrência de sobrecarga ou ausência do profissional no setor.

Esta pesquisa teve a limitação de ser realizada apenas com os profissionais, se faz necessário a realização de estudos posteriores que envolvam as percepções dos usuários dos serviços de saúde sobre a qualidade dos atendimentos a eles oferecidos, assuntos que corroborem também com a visão de insatisfação ou de satisfação dos usuários com os serviços de saúde, em especial os de atenção básica. Por fim, há que se propor a gestão da unidade de saúde e aos profissionais participantes da pesquisa, que procurem se relacionar de maneira mais empática, solidária com as situações vivenciadas pelos colegas de trabalho e dessa forma, através de um processo de comunicação mais efetivo, visando à melhoria das relações interpessoais, resolutividade de conflitos e melhoria da qualidade de vida no trabalho, para então, prestar uma assistência de melhor qualidade a população rio-branquense.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. P. S; MEDEIROS, S. M; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. e7657, 2016.

BERNARDES, A; CECILIO, L. C. O; ÉVORA, Y.D. M; GABRIEL, C. S; CARVALHO, M. B. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-8, 2011.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BORDIGNON, M; MONTEIRO, M. I; MAI, S; MARTINS, M. F. S. V; RECH, C. R. A; TRINDADE, L. L. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, 2015.

CARVALHO, D. P; ROCHA, L. P; BARLEM, J. G. T; DIAS, J. S; SCHALLENBERGER, C. D. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2017.

CECILIO, L. C. O; LACAZ, F. A. C. **O Trabalho em Saúde. Cidadania para a Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

DIAS, J. S. **Relações interpessoais e a influência na saúde dos trabalhadores de enfermagem**. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem – Universidade do Rio Grande, 2016.

- FERNANDES, H. N; THOFEHRN, M. B; PORTO, A. R; AMESTOY, S. C; JACONDINO, M. B; SOARES, M. R. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J Res Fundam Care**, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015.
- FERREIRA, N. N; LUCCA, S. R. Síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p.68-79, 2015.
- SCHOPKE, R. **Dicionário filosófico: Conceitos fundamentais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FORMOZO, G. A; OLIVEIRA, D. C; COSTA, T. L; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012.
- LAVILLE, C. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- LIMA, L; PIRES, D. E. P; FORTE, E. C. N; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.
- MACIEL, R. H. M. O; SANTOS, J. B. F; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 40, n. 131, p. p.75-87, 2015.
- MARTINS, A. R; PEREIRA, D. B; NOGUEIRA, M. L. S. N; PEREIRA, C. S; SCHRADER, G. S; THOFERHN, M. B. Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, supl. 2, p.6-12, 2012.
- NEVES, D. R; NASCIMENTO, R, P; JUNIOR, M. S. F; SILVA, F. A; ANDRADE, R. O. B. A. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. 330 **Cad EBAPE.BR**, v. 16, n. 2, p. 318-330, 2018.
- OLIVEIRA, P. S. **Introdução à Sociologia**. 24ª ed. São Paulo: Àtica, 2002.
- ROCHA, A. L. A. **Condições de saúde e de trabalho de profissionais que atuam na atenção básica**. Diamantina: UFVJM, 2015.
- SANTOS, L. N. M; PEDROSA, J. I. S; RODRIGUES, I. D. C. V; FREIRE, M. S. S; SILVA, G. R. F; LUZ, M. H. B. A. Relações interpessoais na estratégia saúde da família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev Enferm UFPE**, v. 8, n. 1, p. 155-159, 2014.
- SCHRADER, G; PALAGI, S; PADILHA, M. A. S; NOGUEZ, P. T; THOFEHRN, M. B; PAI, D. D. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 222-228, 2012.

SILVA, S. M; BORGES, E; ABREU, M; QUEIRÓS, C; BAPTISTA, P; FELLI, V. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.16, pp.41-48, 2016.

SORATTO, J; PIRES, D. E. P, TRINDADE, L. L; OLIVEIRA, J. S. A; FORTE, E. C. N; MELO, T. P. Insatisfação no Trabalho de Profissionais da Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017.

TAMBASCO, C. SILVA, H. PINHEIRO, K. GUTIERREZ, A. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. esp., p. 140-151, 2017.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WAGNER, L. R; THOFEHRN, M. B; AMESTOY, S. C; PORTO, A. R; ARRIEIRA, I. C. O. Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, 107-113, 2009.

PERFIL DA COINFECÇÃO HIV- TUBERCULOSE NOTIFICADA EM 4 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS NOS ANOS DE 2016 À 2018

**Antonio Sávio Lázaro Barbosa¹, Railton da Silva Miranda², Ana Paula de Melo Lima²,
Bruna Azedo Guimarães², Giovanna Ribas Chicre², Kamila Araújo Pereira Cordovil²,
Mailla Brenda Maia da Silva Reis²**

1. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Nilton Lins, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Curso de Graduação em Medicina da Universidade Nilton Lins, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos casos de coinfeção do Vírus da Imunodeficiência Humana - tuberculose notificados em quatro municípios da região metropolitana de Manaus, no período de 2016 a 2018. **Métodos:** Estudo quantitativo descritivo epidemiológico, de corte transversal, baseado no registro de notificações de todos os casos de tuberculose nos municípios de Manaus, Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória, disponibilizado pelo DATASUS. **Resultados:** Houve um predomínio de acometimento em homens em idade economicamente ativa, na faixa etária de 20 a 49 anos, de raça parda e baixa escolaridade, sendo a forma pulmonar a mais prevalente nos quatro municípios avaliados. Frequências importantes de não realização de testagem para HIV e uso e Terapia Antirretroviral (TARV) também chamaram atenção, assim como a baixa cobertura de realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Além disso, pontuam-se as frequências de abandono superiores à média nacional. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de estratégias e orientações ao profissional de saúde notificante quanto à necessidade de completude de informações na ficha de notificação, uma vez que não foram incluídas algumas variáveis pelo fato de terem sido preenchidas como ignoradas ou deixadas em branco.

Palavras-chave: Tuberculose, Vigilância em saúde pública, Notificação de doenças e Urbanização

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of Human Immunodeficiency Virus-tuberculosis cases reported in four cities in the metropolitan region of Manaus, in the period from 2016 to 2018. **Methods:** This is a cross-sectional epidemiological descriptive quantitative study, based on the registration of notifications of all cases of tuberculosis in the municipalities Manaus, Manacapuru, Itacoatiara and Iranduba reported in the Information System for Notifiable Diseases, made available by DATASUS. **Results:** There was a predominance of involvement

in men of economically active age, aged 20 to 49 years, of mixed race and low education, with pulmonary form being the most prevalent in the four municipalities evaluated. Important frequencies of non-testing for HIV and use and ART have also attracted attention, as well as the low coverage of the DOT. In addition, dropout rates higher than the national average are scored. Conclusion: It stands out the necessity for strategies and guidance to the notifying health professional is emphasized regarding the need for completeness of information in the notification form, since some variables were not included because they were filled in as ignored or left blank.

Keywords: Tuberculosis, Public Health Surveillance, Disease Notification and Urbanization

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose constitui um grave problema de saúde pública, sendo responsável anualmente por cerca de 1,5 milhões de óbitos em todo o mundo. Muitos desses óbitos ocorrem em indivíduos coinfectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) principalmente nos estágios da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), cujo manejo ainda é um desafio para os sistemas de saúde (KRISTSKI et al. 2018).

A carga da tuberculose é comprovadamente maior em pessoas que vivem com o HIV, principalmente quando associadas a outros fatores como as carências nutricionais individuais, bem como o comportamento da própria história natural da doença frente aos mecanismos imunológicos em cada organismo, assim como a resposta às drogas tuberculostáticas instituídas para tratamento, bem como a adesão e não abandono do mesmo (TORNHEIM et al., 2017).

Estudos apontam que as grandes transformações nos espaços urbanos, como aquelas que incetivam o desenvolvimento econômico em áreas territoriais como as regiões metropolitanas, aumentam a carga de inúmeras doenças, uma vez que limitam a abrangência dos programas de saúde governamentais como é o casos dos programas de controle e busca ativas de doenças como a tuberculose (PEDRO et al., 2017).

As aglomerações populacionais, somadas à urbanização desordenada, favorecem as altas taxas de desemprego, diminuição do nível salarial e conseqüentemente a pobreza, que somadas às más condições habitacionais e de nutrição, propiciam condições favoráveis para a dispersão da tuberculose (BARBOSA et al., 2013).

O desafio de tratamento é maior em indivíduos coinfectados pelo HIV. Os efeitos adversos das medicações, bem como a quantidade de comprimidos, horários e o período longo de tratamento, são os principais fatores apontados por pacientes coinfectados para o

abandono de tratamento de ambas as doenças (SOUSA FILHO et al., 2012). O boletim epidemiológico da coinfeção TB/HIV aponta a prevalência de abandono de 9.3% entre as pessoas sem coinfeção e de 14.4% nas pessoas coinfectadas (BRASIL MS, 2018).

A oferta da TARV bem como o acesso integral para tratamento do HIV é disponibilizado gratuitamente no Brasil desde o ano de 1996. O Programa de diagnóstico e tratamento de HIV do Brasil é referência mundial, uma vez que além de gratuito, já reduziu e ainda reduz da morbimortalidade, além de aumentar o tempo de sobrevivência de pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) (CARVALHO et al., 2019).

O objetivo do uso da TARV é estabilizar a carga viral plasmática ao nível inferior a 50 cópias/ML, a chamada carga viral indetectável, além de promover o aumento dos linfócitos TDC4+ com valores superiores a 500 céls/mm o que diminui as chances de adoecimento desse grupo populacional por doenças oportunistas relacionadas ao HIV (COSTA RR et al., 2018).

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos casos de coinfeção HIV-tuberculose notificados em quatro municípios da região metropolitana de Manaus, no período de 2016 a 2018.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo epidemiológico, de corte transversal. Os estudos transversais preveem a mensuração de variáveis preestabelecidas mediante a análise de frequência de incidências e correlações estatísticas cuja exposição e o desfecho são avaliados no mesmo momento (DYNIEWICZ, 2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2010) define como região metropolitana o agrupamento de municípios limítrofes, com a finalidade de cooperação entre os mesmos para a solução de problemas comuns, como saneamento, transporte bem como facilitação econômica.

Os dados utilizados no presente estudo foram coletados da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) através do site governamental de domínio público DATA-SUS. As informações e variáveis que constituíram e nortearam a estruturação do banco de dados deste estudo foram baseadas na Ficha de notificação de Tuberculose padronizada pelo Ministério de Saúde do Brasil.

Nesse sentido, as variáveis analisadas da ficha foram: município de notificação, sexo, faixa etária, raça, escolaridade, status HIV, uso de TARV, diagnóstico laboratorial por BAAR, cultura de escarro, realização de teste de sensibilidade aos tuberculostáticos, forma da TB (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar), assim como a situação de encerramento (cura, abandono, abandono primário, óbito por tuberculose, transferência e mudança de esquema no período analisado).

Os dados foram tabulados e analisados no programa Microsoft Office Excel. Na análise descritiva dos dados, foram calculadas frequências relativas simples, cujos valores estão apresentados nas tabelas da seção resultados e discussão deste trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários e de domínio público, cujas informações estão disponíveis nas bases dos sistemas de informação disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde do Brasil e cujo banco de dados gerado após a filtração das informações nestas bases não possuía qualquer informação de identificação dos casos (nome, telefone e endereço residencial, por exemplo), entende-se não haver necessidade de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mesmo, assim os autores desta pesquisa destacam a garantia e privacidade das informações filtradas dos sites de domínio público, atendendo as disposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Além disso, garante-se o comprometimento de citar os autores mencionados neste trabalho respeitando as fontes originais utilizadas no estudo, regulamentada pela (NBR6023).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018, foram notificados 10.714 casos de tuberculose no estado do Amazonas. O ano com maior número de casos notificados foi ano de 2018, com 3.791 casos, seguido por 2017 com 3.682 e 2016 com 3.241 casos, demonstrando assim, uma ascensão no número de casos.

Nos resultados desse trabalho, chama-se atenção à positividade de casos em indígenas em Manaus e ausência de casos nos outros municípios também investigados nesse trabalho. Isso leva a reflexão sobre as diferentes realidades de distribuição da TB na

região e o questionamento sobre a possível subnotificação de casos em indígenas nesses municípios que não registraram casos entre os anos de 2016 e 2018.

A seguir a tabela 1 com as características do perfil sociodemográfico de pacientes com tuberculose.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos casos de Tuberculose notificados nos municípios de Manaus, Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, no período de 2016 a 2018.

Variáveis	Manaus (N= 8.562)		Manacapuru (N=162)		Itacoatiara (N=92)		Iranduba (N=37)		Total (N=8853)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero										
Masculino	5424	63.35	114	70.37	65	70.65	26	70.27	5629	63.58
Feminino	3138	36.65	48	29.63	27	29.35	11	29.73	3.224	36.42
Faixa etária (anos)										
< que 1 ano	28	0.32	0	0.0	1	1.08	0	0.0	29	0.32
1 a 4	88	1.02	1	0.61	1	1.08	1	2.70	91	1.02
5 a 9	80	0.93	3	1.85	1	1.08	0	0.0	84	0.94
10 a 14	164	1.89	1	0.61	2	2.16	0	0.0	167	1.88
15 a 19	635	7.41	20	12.34	12	13.04	4	10.8	671	7.57
20 a 39	3853	45.0	69	42.59	29	31.52	18	48.64	3969	44.83
40 a 59	2445	28.55	39	24.07	28	30.43	9	24.32	2521	28.47
60 a 69	714	8.33	14	8.64	13	14.13	2	5.40	743	8.39
> ou igual a 70	555	6.48	15	9.25	5	5.43	3	8.10	578	6.52
Raça										
Branca	988	12.0	0	0.0	7	7.60	1	2.70	996	11.25
Preta	242	2.90	0	0.0	6	6.52	1	2.70	249	2.81
Parda	6906	83.50	162	100.0	79	85.86	35	94.6	7182	81.12
Indígena	93	1.12	0	0.0	0	0.0	0	0.0	93	1.05
Amarela	42	0.50	0	0.0	0	0.0	0	0.0	42	0.47
Total	8271*	100.0	162	100.0	92	100.0	37	100.0	8562*	100.0
	242	3.50	7	5.40	5	6.00	0	0.0	254	3.56

Escolaridade

Analfabeto

1ª à 4ª série incompleta	885	12.85	15	11.50	18	21.40	7	35.00	925	13.00
1ª à 4ª série completa	369	5.35	9	7.00	12	14.2	0	0.0	390	5.47
5ª à 8ª série incompleta	1439	20.90	69	53.1	12	14.2	6	30.00	1526	21.42
5ª à 8ª série completa	688	10.0	5	3.80	8	9.52	1	5.000	702	9.85
Ensino médio incompleto	891	13.0	9	7.00	13	15.50	2	10.00	915	12.84
Ensino médio completo	1820	26.42	13	10.0	9	10.70	3	15.00	1845	25.90
Ensino superior incompleto	249	3.61	2	1.50	3	3.60	1	5.00	255	3.58
Ensino superior completo	304	4.42	1	0.80	4	4.80	0	0.0	309	4.33
Total	6887*	100.0	130	100.0	84*	100.0	20*	100.0	7121	100.0

Zona de residência

Rural	321	3.82	31	19.5	14	15.20	10	28.60	376	4.32
Urbana	8080	96.0	128	80.5	77	83.70	25	71.40	8310	95.52
Periurbana	12	0.14	0	0.0	1	1.10	0	0.0	13	0.14
Total	8413*	100.0	159*	100.0	92*	100.	35*	100.0	8.699	100.0

Fonte: SINAN, 2020. *Não foram incluídos os casos notificados como ignorados ou deixados em branco no ato de notificação. Por isso as variáveis com asterisco não convergem com o total de casos notificados nos respectivos municípios.

A tabela 2 evidencia o perfil clínico dos casos de tuberculose notificados o período de 2016 a 2018 nos municípios mencionados previamente. É possível observar que a tuberculose pulmonar liderou o número de casos nos quatro municípios, com destaque para Iranduba com 97.3% dos casos (36/37), seguidos por Itacoatiara, 96.73% (89/92), Manacapuru, 93.8% (152/162) e Manaus com 80.76% (6915/8562).

Quanto à realização de teste de sensibilidade aos tuberculostáticos, exposto nas últimas linhas da tabela 2 verificou-se as altas taxas de não realização. Em Iranduba, essa metodologia não foi realizada em 100% dos casos notificados (162/162), assim como em Itacoatiara e Iranduba, onde nenhum dos casos realizou esse teste. Em Manaus, as taxas de não realização foram de 91.0% (7780/8562).

Tabela 2. Perfil clínico dos casos de Tuberculose notificados nos municípios de Manaus, Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, no período de 2016 à 2018.

Variáveis	Manaus (N=8562)		Manacapuru (N=162)		Itacoatiara (N=92)		Iranduba (N=37)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Forma clínica										
Pulmonar	6915	80.76	152	93.8	89	96.73	36	97.3	7192	81.2
Extrapulmonar	1194	13.94	10	6.2	3	3.26	1	2.7	1208	13.6
Plumonar/ Extrapulmonar	453	5.3	0	0	0	0	0	0	453	5.2
Total	8562	100.0	162	100.0	92	100.0	37	100.0	8853	100.0
Baciloscopia de escarro										
Positivo	2913	36.9	107	67.3	76	82.6	30	81.1	3126	38.2
Negativo	1823	23.1	41	25.8	13	13.1	2	5.4	1879	23.0
Não realizado	3162	40.0	11	6.9	3	3.3	5	13.5	3181	38.8
Total	7898*	10.0	159*	100.0	92	100.0	37	100.0	8186	100.0
Cultura de escarro										
Positiva	2034	24.8	2	1.2	6	6.5	3	8.3	2045	24.1
Negativa	1730	21.1	1	0.6	1	1.1	33	91.7	1765	20.8
Não realizada	4435	54.1	159	98.2	85	92.4	0	0	4679	55.1
Total	8199*	100.0	162	100.0	92	100.0	36*	100.0	8489	100.0

A tabela 3 expressa a situação de encerramento dos casos de tuberculose notificados nos municípios alvo do trabalho no período de 2016 a 2018. Uma vez que os dados deste trabalho correspondem ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018, lembra-se que os casos notificados em dezembro de 2018 tiveram encerramento registrado apenas em 2019 e por isso não entraram neste trabalho, uma vez que o tratamento de TB é no mínimo de seis meses, para os casos não resistentes.

Assim sendo, é possível observar frequências de cura de 82% (27/33) em Iranduba, 81.0% (128/158) em Manacapuru, 80.5% (70/87) em Itacoatiara e 74.4% (5774/7761) em Manaus.

Tabela 3. Situação de encerramento dos casos de Tuberculose notificados nos municípios de Manaus, Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, no período de 2016 à 2018.

Variáveis	Manaus (N=7761)		Manacapuru (N=158)		Itacoatiara (N=87)		Iranduba (N=33)		Total (N=8039)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cura	5774	74,4	128	81.0	70	80.5	27	82.0	5999	74.70
Abandono	1272	16.4	23	14.6	10	11.5	5	15.0	1310	16.30
Abandono primário	72	0.93	0	0	1	1.15	0	0	73	0.80
Transferência	190	2.49	3	1.88	2	2.3	0	0	195	2.40
Mudança de esquema	157	2.02	2	1.26	1	1.15	0	0	160	2.00
Óbito por Tuberculose	296	3.81	2	1.26	3	3.4	1	3.0	302	3.80
Total	7761	100.0	158	100.0	87	100.0	33	100.0	8039	100.0

Fonte: SINAN, 2020.

Estudos demonstram que a caracterização de distribuição da TB no Brasil ocorre predominantemente no gênero masculino há alguns anos (MIRANDA et al., 2017). Em Manaus, por exemplo, um estudo realizado no ano de 2014, demonstrou que maior frequência de acometimento da TB também foi em indivíduos do gênero masculino (63.2%) (SACRAMENTO et al., 2019). Esta frequência observada no ano de 2014 foi semelhante às observadas na cidade de Manaus nos anos avaliados neste trabalho, 2016 a 2018.

Os resultados observados quanto à faixa etária nos quatro municípios avaliados convergem com os registrados em outras regiões metropolitanas do país, como o Vale do Ribeira em São Paulo, onde os resultados de um estudo do ano de 2017 demonstraram a mesma faixa etária (PEREIRA, 2017). Em se tratando do estado do Amazonas, um trabalho com dados referentes às notificações dos casos de TB entre 2001 e 2012, também demonstraram distribuição de faixa etária semelhante (MAGNO et al., 2017).

No estado do Pará a distribuição dos casos de TB quanto à raça também foi maior na população parda, com 71.5% (NEVES et al., 2018). Os casos notificados em Manaus no ano de 2014, também demonstraram padrão de distribuição na raça parda 73% (SACRAMENTO et al., 2019).

Por outro lado, outras localidades do país mostram outra realidade. Um estudo realizado no Mato Grosso do Sul demonstrou que no período de 2001 a 2009 houve uma frequência de 15.6% de casos de TB entre indígenas. Nesse sentido, a maior taxa de incidência de TB também foi nesse grupo populacional, com taxas que variaram de 115.1 a

241.9 casos por 100.000 habitantes, muito superior às taxas nas pessoas de raça parda que foram de 3.6 a 29.7 casos a cada 100.00 habitantes (BASTA et al., 2013).

Diversos estudos descrevem a dinâmica de ocorrência da TB em pessoas de com níveis baixos de escolaridade. Em uma revisão sistemática de literatura do ano de 2013, essa característica sociodemográfica é mais uma vez bem descrita, enfatizando que a baixa escolaridade e acesso a informação contribui veemente para a demora na busca por atendimento no início da doença, assim como no abandono de tratamento, evolução para formas resistentes e potencialmente causadoras de maiores números de óbitos (PEDRO; DE OLIVEIRA, 2013).

A ocorrência da TB tem sido descrita ao longo da história com a organização das cidades. Com surgimento de grandes aglomerados urbanos, aumentam-se também os chamados bolsões de pobreza, e com isso há um aumento no número de casos de doenças associadas a desorganização desses espaços, fome, falta de saneamento e a pobreza propriamente em si (PEDRO et al., 2017).

A baciloscopia de escarro é o método mais utilizado para o diagnóstico da TB, principalmente em localidades com pouco aparato laboratorial, pelo fato de ser um método de baixo custo, sendo muito utilizado nas unidades básicas de saúde. Sendo assim, é o método mais acessível para o diagnóstico da doença (BRASIL., 2011). As frequências de não realização da baciloscopia em Manaus chamam atenção e abrem espaço para os questionamentos sobre o motivo da não realização desse teste.

A cultura de escarro é o método diagnóstico padrão ouro para a TB, permitindo no caso de uma baciloscopia negativa um aumento em até 30% a positividade de novos casos da doença (COSTA; SILVA; GONÇALVES, 2018).

Uma vez que inúmeros casos de TB notificados não realizaram testagem para HIV, notam-se também inúmeros casos onde pacientes não estavam em uso de TARV quando notificados. Em Iranduba, o único paciente com testagem reagente para HIV não estava em uso de TARV, por exemplo. Em Itacoatiara, 92.9% (39/42) também não faziam uso desse esquema de medicação e em Manaus, 56.0% (1082/1932). Esses resultados demonstram o alto índice de não uso de TARV e causam preocupação, uma vez que esse esquema de medicações deve ser utilizado por todas as PVHIV.

Estudos demonstram que a TARV reduz em 44% a 75% a mortalidade de pacientes com HIV durante o tratamento da TB. No entanto, admite-se a complexidade do manejo da coinfeção TB/HIV principalmente pelo uso simultâneo de muitas medicações, o que dificulta a adesão ao tratamento. Por outro lado, os benefícios do uso da TARV superam dificuldades

e riscos principalmente por garantirem uma boa qualidade de vida para as PVHIV (COELHO et al., 2014).

No que se refere à realização do Tratamento Diretamente Observado, TDO, foi observado diferentes realidades entre os municípios. A taxa brasileira de realização do TDO no ano de 2018 foi de 33.8% e na região norte de 22% (BRASIL, 2020). Apesar das dificuldades e baixa cobertura na realização do TDO, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza que ele seja veemente realizado, uma vez que é uma das medidas mais eficazes para o bom tratamento e a cura da doença (BRASIL, 2004).

O estado do Amazonas configura como um dos líderes em números de óbitos por tuberculose. As taxas de óbito do estado do ano de 2018, por exemplo, foi próxima a média nacional (2.2 óbitos a cada 100.000 habitantes), sendo o município de Manaus um dos maiores coeficientes de mortalidade por TB dentre as capitais brasileiras (BRASIL, 2020). Diversos fatores contribuem para a evolução dos casos de TB para o óbito. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, um estudo demonstrou que a demora do diagnóstico da doença, que nem sempre é fácil, foi um dos fatores que mais contribuiu para evolução a esse desfecho (COSTA et al., 2010).

Outros trabalhos comprovam os determinantes sociodemográficos, como a pobreza, baixa escolaridade, dificuldade aos sistemas de saúde como fatores de risco para o óbito (PEDRO; DE OLIVEIRA, 2013). Quando se volta ao comportamento da TB em regiões metropolitanas. Verifica-se que poucos trabalhos descrevem o comportamento epidemiológico da TB nessas áreas tão densamente habitadas. (BARBOSA et al., 2010).

O ato de notificação é extremamente importante em qualquer agravo ou doença notificável. Dessa forma, é importante citar que existe a necessidade de preencher todos os campos da ficha de notificação de forma correta e evitar informações em branco, garantido assim uma boa completude de informações principalmente no caso de doenças como a TB.

4. CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar o perfil dos casos de tuberculose notificados nos municípios de Manaus, Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, pertencentes à região metropolitana de Manaus, no período de 2016 a 2018.

Notou-se um predomínio de acometimento em homens em idade economicamente ativa, na faixa etária de 20 a 49 anos, de raça parda e baixa escolaridade, sendo a forma pulmonar a mais prevalente nos quatro municípios avaliados. O diagnóstico laboratorial mais utilizado foi a baciloscopia de escarro nos quatro municípios. Em Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, verificaram-se as altas frequências de realização da cultura de escarro, método padrão ouro para o diagnóstico da doença.

Frequências importantes de não realização de testagem para HIV e uso e TARV também chamaram atenção, assim como a baixa cobertura de realização do TDO. Além disso, pontuam-se as frequências de abandono superiores à média nacional e aos 5% recomendados pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, a maior parte dos casos notificados teve como encerramento a cura.

Ressalta-se a necessidade de estratégias e orientações ao profissional de saúde notificante quanto à necessidade de completude de informações na ficha de notificação, uma vez que não foram incluídas algumas variáveis pelo fato de terem sido preenchidas como ignoradas ou deixadas em branco. A ausência dessas informações pode comprometer estudos de vigilância e consequente estruturação de medidas para agravos e doenças de notificação compulsória.

Os resultados do estudo poderão contribuir com o trabalho dos setores responsáveis pela saúde nos municípios alvo do estudo, bem como subsidiar medidas de avaliação e gestão em saúde.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2006; p. 228.
2. KRITSKI, A. et al. Tuberculosis: Renewed challenge in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 1, p. 2–6, 2018.
3. SANTOS, M.L. et al. Tuberculose Factors associated with underreporting of tuberculosis based on data from Sinan Aids and Sinan. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, p. e180019, 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n. 26, p. 1–23, 2018.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.
6. TORNHEIM, J.A.; DOOLEY, K.E. Tuberculosis Associated with HIV Infection. **Microbiol Spectr**, v.5, p. 1-16, 2017.
7. PEDRO, A.S. et al. Tuberculosis as a marker of inequities in the context of socio-spatial transformation. **Revista de saude publica**, v. 51, p. 9, 2017.
8. BARBOSA, I.R. et al. Análise da distribuição espacial da tuberculose na região Nordeste do Brasil , 2005-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 4, p. 687–695, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Aprova as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, 2012a.
10. MIRANDA, L.O. et al. Aspectos epidemiológicos da coinfeção Tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 59–70, 2017.
11. SACRAMENTO, D.S. et al. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. Epidemiologia e serviços de saude : **Revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 28, n. 2, p. e2017500, 2019.
12. PEREIRA, V. A. Incidencia de tuberculose no Vale do Ribeira. **Revista Gestão em Foco**, v. 9, n. 1, p. 90–102, 2017.
13. MAGNO, E.S. et al. Factors associated with TB/HIV coinfection: evidence from notification data in the State of Amazonas, Brazil, 2001-2012. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. e00019315, 2017.
14. BASTA, P.C. et al. Social inequalities and tuberculosis: An analysis by race/color in mato grosso do sul, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 5, p. 854–864, 2013.
15. RIOS, D.P.G. et al. Tuberculose em indígenas da Amazônia Brasileira: Estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 22–29, 2013.
16. Pedro AS, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: Revisão sistemática da literature. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 4, p. 294–301, 2013.
17. NEVES DCO, et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose nas Regiões de Integração do estado do Pará, Brasil, no período entre 2005 e 2014. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 21–29, 2018.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

19. SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2020.
20. COELHO, L.E. et al. O tratamento da coinfeção TB/HIV. **Educação Médica**, v.2, n.5, p. 134-148, 2014.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose**. Secretaria de vigilância em saúde, 2004.
22. COSTA, R.R.; SILVA, M.R.; GONÇALVES, I.C. Diagnóstico laboratorial da tuberculose : Revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. supl 5, p. 197–206, 2018.
23. COSTA, P.V. et al. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro , Brasil , 2009 – 2010. **Cad.Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 195–202, 2010.
24. CASTRIGHINI, C.C. et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos da coinfeção HIV/tuberculose. **Revista Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1–6, 2017.
25. SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde. Mudanças no Tratamento da Tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 197-199, 2010.
26. BELO, E.N. et al. [Tuberculosis in Amazonian municipalities of the Brazil- Colombia-Peru-Venezuela border: epidemiological situation and risk factors associated with treatment default]. **Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health**, v. 34, n. 5, p. 321–329, 2013.

OS DESAFIOS NA AVALIAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS PARA O PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO DO AMAZONAS EM 2020

Josy Lira Dias¹, Mitsi Moisés¹, Maria Izabel Nogueira do Nascimento¹ e Edson Pereira do Nascimento Júnior²

1. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, Programa Estadual de Imunização do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Unidade Básica de Saúde Cacilda Martins de Freitas, Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Na região amazônica por apresentar grandes distâncias e uma bacia hidrográfica que liga a maioria dos municípios e estados, os rios são utilizados para o transporte, no Amazonas são utilizados o transporte terrestre, aquático e aéreo para que as vacinas cheguem ao seu destino. Objetivo: descrever a experiência da gerência do Programa Estadual de Imunização quanto a distribuição de vacina para os municípios do estado do Amazonas em 2020. Relato de experiência: Devido as grandes distâncias existentes no estado do Amazonas, há um grande desafio em conseguir realizar a logística para que todos os municípios possam ser atendidos com a vacina para toda a população local. A gestão da cadeia de frio, deve buscar melhorias para que não falte insumos e vacinas para os níveis locais, municipais e regionais. Trabalhando as boas práticas durante o transporte, armazenamento desde o laboratório até o momento da aplicação das vacinas. Conclusões: O transporte de imunobiológicos no período de pandemia apresentou dificuldades com o fechamento de portos e cancelamento de voos assim como o clima e as distâncias para acessar as localidades de difícil acesso. Mesmo com tantas adversidades, o Programa Estadual de Imunização do Amazonas tem trabalhado em estratégias específicas conseguindo manter os estoques de vacinas e insumos para todos os municípios do estado.

Palavras-chave: Distribuição de Produtos, Vacinas e Programas de Imunização.

ABSTRACT

In the Amazon region, as it has great distances and a hydrographic basin that connects most municipalities and states, rivers are used for transportation, in Amazonas, land, water and air transportation are used for the vaccines to reach their destination. Objective: to describe the management experience of the State Immunization Program regarding the distribution of vaccine to municipalities in the state of Amazonas in 2020. Experience report: Due to the great distances existing in the state of Amazonas, there is a great challenge in being able to

carry out the logistics so that all municipalities can be served with the vaccine for the entire local population. The management of the cold chain must seek improvements so that inputs and vaccines are not lacking for local, municipal and regional levels. Working with good practices during transport, storage from the laboratory to the moment of vaccine application. Conclusions: The transport of immunobiologicals during the pandemic period presented difficulties with the closing of ports and cancellation of flights as well as the climate and distances to access difficult to reach locations. Even with so many adversities, the Amazonas State Immunization Program has been working on specific strategies, managing to maintain the stocks of vaccines and supplies for all municipalities in the state.

Keywords: Products Distribution, Vaccines and Immunization Programs.

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) implantado em 1973 tem relevância como sendo um dos conceituados e completos programas de imunização no que se refere aos países em desenvolvimento. Atuando com grande aptidão e domínio na parte técnica ao longo dos anos para superar principalmente as demandas relacionadas a logística dos imunobiológicos (HOMMA et al., 2011). Para cada uma das instâncias (nacional, regional, estadual, municipal e local) apresentando uma organização técnica e administrativa para gerir esta logística de transporte, armazenagem, na distribuição atendendo as especificações exigidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Com relação as instancias estaduais, são 27 centrais que fazem o armazenamento e a distribuição dos imunobiológicos e estão normalmente nas capitais de cada estado brasileiro e no Distrito Federal. Essas centrais têm atribuição de fazer a distribuição das vacinas de maneira coerente e coordenadas para cada município do estado, realizando uma avaliação das capacidades de armazenamento e a necessidade de cada estância para que não haja desabastecimento (BRASIL, 2017).

Quanto as instâncias regionais, estão sujeitas a instancia estadual ao qual faz parte, sua responsabilidade é de armazenamento e distribuição das vacinas para os municípios pertencentes a regional. A instância municipal fica subordinada à Secretaria Municipal de Saúde do município, tendo como função o armazenamento e distribuição das vacinas para as instâncias locais que são as salas de vacina para realizar o atendimento à população para a vacinação. O tipo de transporte mais utilizado é por meio de vias terrestres entre as instâncias em todo o país (BRASIL, 2017). Na região amazônica por apresentar grandes distancias e uma bacia hidrográfica que liga a maioria dos municípios e estados, os rios são

utilizados para o transporte, no Amazonas são utilizados o transporte terrestre, aquático e aéreo para que as vacinas cheguem ao seu destino.

Na Amazônia há um ciclo hidrológico que normalmente é subdividido em quatro períodos, de (chuvas), são elas: a enchente (subida das águas), a cheia (nível máximo das águas), a vazante (descida das águas) e a seca (nível mais baixo das águas). (BITTENCOURT; AMADIO, 2007; PERREIRA, 2007). No estado do Amazonas, existe uma peculiaridade quanto a sazonalidade entre o período de cheia e seca dos rios, esta situação deve ser considerada pois as áreas rurais no período principalmente de seca tornam-se de difícil acesso para as equipes de vacinação e assim demorando ou atrasando a realização da vacinação na população local.

Para a Sociedade Brasileira de Imunização (SBIM), destaca que pode ocorrer perda da eficácia das vacinas caso não sejam conservadas em temperatura entre +2°C e +8°C. É essencial que a cadeia de frio seja feita de maneira a que as temperaturas das vacinas sejam mantidas dentro deste intervalo do momento da fabricação até a aplicação das mesmas nas salas de vacina. O transporte faz parte do processo de conservação das vacinas, onde os elos da cadeia de frio precisam ser mantidos mantendo a qualidade das vacinas (BALLALAI; BRAVO, 2016).

É preconizado que as vacinas sejam produzidas, acondicionadas, transportadas e recebidas em cada instancia de forma adequada, caso não sejam cumpridas as normas, além de afetar a qualidade e eficácia, podem causar danos ao indivíduo que irão usar as vacinas (FRANCO; SANTOS; PEREIRA, 2011). Quando ocorrem problemas em conservar as vacinas são capazes de gerar um aumento nos custos para o PNI devido os prejuízos indevidos por meio de problemas com a manutenção da cadeia de frio e assim levando a um comprometimento da efetividade do programa (OLIVEIRA et al., 2014).

O custo para o transporte aumento quando há a necessidade de manter temperatura controlada, de acordo com Netto (2008) todo o fluxo que faz parte da cadeia para suprir as necessidades para um país como o Brasil, precisa de um gerenciamento de logística para que seja realizado com precisão. Quando se trata da cadeia de frio, a sua logística deve englobar estratégias e projetos fazendo uso de tecnologias para diminuir o tempo em trânsito dos imunobiológicos, mantendo a temperatura controlada, realizando agendamentos com prazos estipulados de recebimento e entrega, garantindo assim a sua eficiência e eficácia.

Nas instancias locais precisam ter tamanho adequado, equipamentos e mobiliário para realizar um serviço de qualidade, necessitando ser capaz de realizar o armazenamento de vacinas para um mês, avaliando a demanda da área de abrangência e a rotina de

reposição do município para evitar a falta de insumos. É preciso que todo o suprimento faça o caminho desde o laboratório produtor até a sala de vacina para que possa ser utilizada pela população.

Este trabalho teve como objetivo descrever a experiência da gerência do Programa Estadual de Imunização quanto a distribuição de vacina para os municípios do estado do Amazonas em 2020.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Um dos objetivos do relato de experiência dispõem sobre a mistura de processos, tendo relação em vários contextos como o teórico, o histórico e o temporal onde está inserido e gera dessa forma outros pontos de vista sobre o acontecimento (DALTRO; FARIAS, 2019). Devido as grandes distâncias existentes no estado do Amazonas, há um grande desafio em conseguir realizar a logística para que todos os municípios possam ser atendidos com a vacina para toda a população local.

A gestão da cadeia de frio, deve buscar melhorias para que não falte insumos e vacinas para os níveis locais, municipais e regionais. O PNI tem priorizado uma ação que incorpore a informação do cumprimento das normas do armazenamento dos imunobiológicos no decorrer do transporte, dos custos da cadeia de frio em todas as instancias com o objetivo de que a vacina possa chegar com baixo custo e mantendo a qualidade do produto. O transporte é considerado o período mais crítico devido a necessidade de manter a temperatura ideal e a integridade dos imunobiológicos, principalmente para longas distancias (COSTA et al., 2017).

As boas práticas têm sido modelos para um funcionamento dos serviços de saúde com qualidade e são embasadas na descrição da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 63, de 25 de novembro de 2011. Este termo é considerado como direcionamento para que todas as ações a serem realizadas de forma segura e mantendo um padrão de qualidade no decorrer de todo trabalho realizado. Com relação aos imunobiológicos, o objetivo é que as vacinas possam manter em todo percurso desde a sua produção até a aplicação, alcançando a completa eficácia para que a população a ser vacinada não sofra dano algum (MS, 2011).

No armazenamento das vacinas é fundamental que sejam realizadas as boas práticas estipuladas pelo Ministério da Saúde, devendo avaliar o fluxo regular conforme o local que está sendo transportado e entre as instâncias (OLIVEIRA et al., 2009). Tem sido observado que com a pandemia do Coronavírus que foi comunicada em 11 de março, pelo Diretor-Geral da OMS que caracterizou o COVID-19 como uma pandemia e assim modificando todo o quadro epidemiológico mundial (QUINTELLA et al., 2020). Devido a pandemia em 2020, o estado do Amazonas realizou várias adaptações para que todos os municípios conseguissem entregar a estatística mensal que serve como base para o pedido necessário do mês de vacinas e insumos.

2.1 TRANSPORTE DOS IMUNOBIOLÓGICOS

A maioria dos municípios que estavam com dificuldade de transporte aéreo e fluvial, enviavam por e-mail as estatísticas mensais o que mantemos até o momento, os demais que tinham mais facilidade de transporte mantiveram a rotina de entregar a estatística no Programa Estadual de Imunização do Amazonas (PEI-AM). As avaliações das estatísticas mensais têm sido prorrogadas até a penúltima semana de cada mês, assim a maioria dos municípios tem conseguido enviar e ter a avaliação do quantitativo a ser liberado junto com as seringas e agulhas.

Foram liberadas vacinas em voos fretados pela Secretaria de Saúde do Estado como apoio aos municípios que estavam sem transporte, assim como alguns municípios tiveram apoio das forças armadas para que as vacinas e os insumos necessários chegassem ao seu destino. Essa contribuição ajudou a manter os estoques dos municípios mesmo no período mais crítico da pandemia.

Mesmo no mês de agosto de 2020 o Amazonas sendo considerado liberado para todo o comércio e retorno a todas as atividades, ainda existem municípios com dificuldades de transporte. Para que não haja um desabastecimento de vacinas e insumos, tem-se mobilizado para atender as peculiaridades de cada município, realizando liberações de vacinas para que viagem no final de semana quando necessário, mantendo todo o contato para o traslado e o recebimento ocorram de dentro das normas.

No Ofício Circular nº 105 de 29 de maio de 2020 que descreve a necessidade da importância de manter o serviço de vacinação funcionando durante a pandemia de COVID-19, na busca de incentivar os profissionais das salas de vacinação a buscarem novas estratégias para conseguir alcançar a população suscetível. O Estado e todos os municípios

tem buscado estratégias para que a população seja vacinada, porém ainda está sendo difícil a adesão em retornar as salas de vacinas e até mesmo a aceitação em receber os vacinadores nas residências.

O período de seca no estado é um outro agravante, pois as comunidades ribeirinhas que são atendidas como zonas rurais e algumas comunidades indígenas ficam em sua maioria inacessíveis. Alguns municípios fazem opção de antecipar campanhas devido à seca dos rios e assim limitando o acesso de barcos e pequenas lanchas para chegar a essas comunidades.

Na região amazônica existem em torno de 180 povos indígenas, apresentando uma quantidade populacional com 208 mil indígenas, como 357 comunidades ribeirinhas alguns deles procedentes de quilombos, seringueiros (HECK; LOEBENS; CARVALHO, 2005). Outro ponto importante, é que o Amazonas é o estado com maior população indígena do país, onde a área indígena tem sofrido com casos de Covid-19, a pouca quantidade de alguns imunobiológicos, pois como chegam em pequena quantidade para o município.

Além das zonas urbanas, a zona rural e áreas indígenas somam um grande quantitativo populacional do município, que apresentam dificuldade de transporte, energia elétrica e outros. Essas dificuldades são estendidas as equipes de vacinação, devido à preocupação no transporte, conservação e armazenamento para que chegue este acesso as vacinas a toda a população do estado.

Destacam que o transporte dos imunobiológicos deve ser realizado com atenção e cautela, evitando assim que as doses sejam perdidas por má conservação, levando a custos elevados, podendo ocorrer reações adversas, perda de lotes causando um prejuízo para a população com o desabastecimento dos imunobiológicos e caso haja perda da eficácia pode levar a ocorrer surtos, pois houve a vacinação e pode não conseguir a proteção total para as doenças imunopreveníveis, sobretudo em locais endêmicos e com acesso difícil. Os profissionais envolvidos devem conhecer todas as boas práticas para que em cada etapa do transporte seja realizado de maneira correta, garantindo a qualidade (MAIA et al., 2019).

Devido ao atraso no transporte da chegada da rotina das vacinas estaduais durante alguns meses, levou a uma adaptação na liberação das vacinas e da retirada pelos municípios, alguns tendo que fazer duas retiradas no mês, aumentando assim a preocupação no transporte. Tem sido um desafio para ser superado pelo estado e pelos municípios devido a logística dos imunobiológicos e dos insumos.

3. CONCLUSÃO

Foram identificados que em 2020 devido a mudança do cenário epidemiológico com a pandemia, surgiram dificuldades quanto a avaliação das estatísticas dos municípios para avaliar as necessidades dos imunobiológicos. Um ponto principal foi o transporte, pois teve um período de fechamento de portos e cancelamento de voos sendo uma adversidade a ser superada com estratégias e apoio de órgãos estaduais, municipais e das forças armadas que garantiram o abastecimento das vacinas para todo o estado.

Além da questão epidemiológica, tem o clima característico da região amazônica que é o período de seca e para que não haja o desabastecimento, o quantitativo foi enviado antecipando assim a ida para as comunidades ribeirinhas, rurais e algumas áreas indígenas de difícil. Mesmo com tantas adversidades, o PEI-AM tem trabalhado em estratégias específicas conseguindo manter os estoques de vacinas e insumos para todos os municípios do estado.

4. AGRADECIMENTOS

Para ao Programa Nacional de Imunização por suprir o estado com imunobiológicos e insumos para as rotinas e campanhas, a todos os coordenadores municipais do programa de imunização, suas equipes de vacinação. A todos que tem trabalhado para garantir que o transporte das vacinas cheguem até a população e em especial a equipe da rede de frio do estado do Amazonas pelo empenho e dedicação durante tantos desafios enfrentados durante o período de pandemia.

5. REFERÊNCIAS

BALLALAI, I.; BRAVO, F. **Imunização: Tudo o que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016, 277.

BITTENCOURT, M. M.; AMADIO, S. A. Proposta para identificação rápida dos períodos hidrológicos em áreas de várzea do rio Solimões-Amazonas nas proximidades de Manaus. **Acta da Amazônia**, v. 37, n. 2, p. 303–308, 2007.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ofício Circular nº 105 de 29 de maio de 2020.** Esclarecimentos sobre a importância da manutenção dos serviços de vacinação durante a pandemia de COVID-19. Brasília – DF, 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília – DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações.** Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações.** Brasília: 2017.
- COSTA, C. G. F.; TEIXEIRA, C. R.; SOUZA, C. M. V.; FONTAINHA, T. C.; LEIRAS, A. Análise da cadeia de suprimento de vacinas no Brasil. **I Congresso Brasileiro de Redução de Riscos e Desastres: Rio de Janeiro, 2017.**
- DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Psicologia clínica e psicanálise**, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.
- FRANCO, E.G.; SANTOS, A.A.S.; PEREIRA, V.L. Supply Chain: Uma Abordagem de Gestão para a Cadeia de Suprimentos de Vacinas. **Revista da Universidade Ibirapuera**, n. 2, p. 39-43, 2011.
- HECK, E.; LOEBENS, F.; CARVALHO, P. D. Amazônia indígena: conquistas e desafios. **Estudos Avançados** v. 19, n. 53, p. 237-255, 2005.
- HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 445-458, 2011.
- MAIA, J. A.; GARAJAU, E.; SILVA, N. M.; ARAÚJO, D. M. P. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a logística de transporte e armazenamento dos imunobiológicos. **DêCiência em Foco**, v. 3, n. 1, p. 105–117, 2019.
- NETTO, G.C. **Contribuição para Melhorar o Gerenciamento Logístico da Cadeia de Frio de Imunobiológicos no Programa de Imunização do Brasil.** (Dissertação) Mestrado - Departamento de Engenharia Civil e Ambiental, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- OLIVEIRA, V. C. de et al. Prática da enfermagem na conservação de vacinas. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 814-818, 2009.
- OLIVEIRA, V. C. et al. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3889-3898, 2014.
- PEREIRA, H. S. A dinâmica da paisagem Socioambiental das várzeas do rio Solimões-Amazonas. In: FRAXE, T. J. P.; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C (Orgs). **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais.** Manaus: EDUA, 2007.
- QUINTELLA, C. M.; MATA, A. M. T.; GHESTI, G. F; MATA, P. M. A. L. T. Vacinas para Coronavírus (COVID-19; SARS-CoV-2): mapeamento preliminar de artigos, patentes, testes clínicos e mercado. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 1, p. 3-12, 2020.

O USO DO SOFA COMO PREDITOR DE DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nayana Lobato Azevedo¹, Ana Flávia Chaves de Souza¹, Antenor Matos de Carvalho Junior² e Antonia Regiane Pereira Duarte Valente¹

1. Centro Universitário da Amazônia (UNAMA), Santarém, Pará, Brasil;
2. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará, Brasil.

RESUMO

Sequential Organ Failure Assessment - SOFA score, um indicador evolutivo geralmente aplicado na admissão do paciente, afim de identificar falência e/ou disfunção orgânica usando variáveis medidas nas primeiras 24 horas de internação. Objetivo: determinar os resultados do SOFA score correlacionando este com a evolução clínica dos pacientes, sua aplicabilidade na realidade amazônica. Metodologia: Estudo descritivo, qualitativo e quantitativo; resultado de um trabalho de conclusão de curso. O instrumento de coleta construído, com base nos parâmetros reais do SOFA score, aplicado nas primeiras 72 horas após admissão. Aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultado: 55,17% do sexo feminino; segundo o score SOFA a faixa etária com mais disfunções foi de 51 a 80 anos; quanto aos achados de disfunções orgânicas foram: neurológico, respiratório e renal, cada um com 21% em relação aos demais sistemas, seguidos do cardíaco 15%, hepático 13% e hematológico com 10%; 56% do público em questão apresentou falência múltipla de órgãos, 29% falência de apenas 1 órgão e 18% não apresentaram disfunções; uma parcela dos pacientes que pontuaram scores maiores que 9 cursaram com óbito em seu desfecho real durante a pesquisa, somando o total de 28,57%. Conclusão: Confirma-se a efetividade do SOFA como preditor de desfecho clínico e de sua aplicabilidade. Destaca-se a falta de conhecimento dos parâmetros para a aplicação do score, a não solicitação de exames primordiais para avaliação do mesmo, bem como a distribuição de tempo com a lotação e rotatividade dos leitos de UTI colaborando para a deficiência na avaliação do instrumento.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Escore de disfunção orgânica e Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Sequential Organ Failure Assessment - SOFA score, an evolutionary indicator commonly applied at patient admission to identify failure and / or organ dysfunction using of measured variables within the first 24 hours. Objective: To determine the results of the SOFA score correlating this with the clinical evolution of the patients, its applicability in the Amazon reality. Methodology: Descriptive, qualitative and quantitative study; result of a course completion

work. The collection instrument constructed, based on the actual SOFA score parameters, applied to the medical record to the patient within the first 72 hours after admission. Accepted by the Research Ethics Committee. Result: 55.17% female; According to the SOFA score, the age group with the most dysfunctions was 51 to 80 years old; Regarding the findings of organic dysfunctions were: neurological, respiratory and renal, each with 21% in relation to the other systems, followed by cardiac 15%, hepatic 13% and hematological 10%; 56% of the public concerned had multiple organ failure, 29% had only 1 organ failure and 18% had no dysfunction; A portion of the patients who scored higher than 9 had died in their actual outcome during the study, totaling 28.57%. Conclusion: The effectiveness of SOFA is confirmed as a predictor of clinical outcome and also its applicability. Noteworthy is the lack of knowledge of the parameters for the application of the score, the non-request of primordial exams for evaluation, as well as the distribution of time with the capacity and rotation of ICU beds, contributing to instrument deficiency.

Keywords: Health management, Organic dysfunction score and Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

O conceito, entendido por sepse atualmente, segundo Rhodes et al. (2017), a partir da diretriz internacional para a gestão de sepse e choque séptico, publicada em 2016, parte do preceito: “sepse agora é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta de hospedeiro desregulada à infecção”. A partir de questionamentos referentes a SIRS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, em razão da baixa especificidade de critérios para definir sepse, a Sociedade de Medicina Intensiva, juntamente com a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva convocou um consenso internacional, para reavaliar as definições do manejo de sepse ou choque séptico precocemente, para as novas definições agora têm-se o SEPSE 3.

Seymour et al. (2016), afirmam que com a nova atualização os responsáveis pela mesma, não buscavam redefinir a infecção, mais gerar recomendações cabíveis aos critérios clínicos na identificação de pacientes com sepse suspeita ou confirmada.

Para atender aos parâmetros apresentados pelos paciente um consenso fora convocado para discussão dos critérios que envolvem a sepse, originando o documento Sepse 3, contendo as novas definições e critérios estabelecidos, no que tange sepse e choque séptico, sendo observado a simplificação da nomenclatura, haja vista que toda sepse é grave, no atual documento, fora extinto o termo sepse grave, a infecção passou a ser vista como sinônimo de disfunção orgânica, não necessitando de critérios de SIRS para definir a presença da infecção, utilizando-se o SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) como requisito para definição de sepse (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018).

De Grooth et al. (2017), referem-se ao SOFA como o indicador evolutivo no transcorrer do tempo da disfunção múltipla dos órgãos usando um número limitado de variáveis rotineiramente medidas, nas primeiras 24 horas de uma internação hospitalar.

O escore SOFA, é baseado nos elementos fisiológicos do paciente e nas disfunções orgânicas acometidas durante a internação, o diagnóstico é um desafio, assim como a assistência, o olhar apurado e aguçado é o que influencia diretamente na condição clínica posterior (EILEEN et al., 2018).

O SOFA inicialmente foi criado para uso de pacientes em sepse na terapia intensiva, entretanto, hoje é utilizado em todos os pacientes. As pontuações atribuídas nesta escala variam entre 0 (zero) e 4 (quatro), sendo avaliados 6 sistemas do corpo humano, onde zero significa que o paciente não apresenta disfunção orgânica, um, aponta um estado já de alerta, a pontuação igual ou superior a 2 representa disfunção orgânica existente, as contagens de cada órgão se dão de maneira individuais então adicionadas a uma pontuação total variando entre 0 e 24 pontos (KEEGAN; SOARES, 2016).

Vários sistemas que potencialmente podem mensurar o prognóstico de pacientes, estão sendo desenvolvidos e implantados desde a década de 80, com a finalidade de descrever as patologias e o grau de severidade das mesmas de maneira uniforme e quantitativa, alguns modelos auxiliam na comparação de resultados entre os escores, o SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), é um exemplo de escala/escore aplicados em unidade de terapia intensiva (RAMAZANI; HOSSEINI, 2018). Rebello (2018), reitera que existem vários estudos que mostram a forte associação dos valores do SOFA e as altas taxas de mortalidade em grupos de pessoas internadas em unidades de terapia intensiva.

Wang et al. (2019), destacam os parâmetros inseridos na avaliação do escore: função respiratória (oxigenação), função hepática (bilirrubina), sistema neurológico (escala de coma de Glasgow), sistema cardiovascular (pressão arterial e uso drogas vasoativas), hematológico (plaquetas) e rins (creatinina).

De acordo com Siti et al. (2019), os pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI), necessitam de monitoramento constante e triagem específica, para auxiliar nessa monitorização conta-se com um instrumento: o escore SOFA uma escala utilizada para avaliar a gravidade e o prognóstico dos pacientes, sendo imprescindível os profissionais da equipe de enfermagem, conhecerem e aplicá-la de maneira a proporcionar os cuidados necessários aos pacientes.

A integralidade nas ações do cuidado traz implicações e desafios nos processos de trabalho em saúde e ampliação de ações voltadas para as múltiplas dimensões do ser

humano, que precisam ser percebidas e compreendidas a partir das inter-relações dos componentes que integram a realidade do doente, o que possibilita, aos profissionais de saúde, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e da necessidade de intervenções por considerar o contexto no qual o evento acontece (MEDEIROS et al., 2016).

Considerando as premissas acima elencadas, o presente estudo traz como tema central o uso do SOFA como preditor de desfecho clínico de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva, buscando popularizar a nova atualização de sepse, aliado aos benefícios e possíveis entraves para a aplicabilidade do escore SOFA em uma unidade de terapia intensiva.

Para tanto, pretendeu-se descrever a relação entre a pontuação do escore e o desfecho clínico do cliente, buscando apresentá-lo na prática, como ferramenta de apoio a equipe multiprofissional na avaliação da gravidade e prognóstico, afim de prover uma melhor assistência ao paciente, avaliando uso do SOFA escore na realidade amazônica, identificando sua efetividade e reveses, durante este processo.

Baseado na afirmativa de Machado (2016), o qual afirma em seu estudo que o referido instrumento se mostra complexo para sua aplicabilidade e, que tal ferramenta é bastante desconhecida entre os profissionais de saúde, acredita-se que o estudo em pauta seja de grande relevância, visto que o mesmo possibilitará a equipe de saúde que desenvolve assistência ao paciente crítico, bem como os acadêmicos e demais interessados na temática, conhecer e/ou tornar mais denso seu conhecimento sobre a aplicabilidade do SOFA score para a monitorização e predição do desfecho clínico do usuário de terapia intensiva.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e de caráter transversal, com abordagem analítica, realizada com os pacientes adultos admitidos no setor da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna, situado a Avenida Sergio Henn, nº 1100, bairro do Diamantino, CEP: 68.025-000, no município de Santarém, Oeste do Pará.

De acordo com Aragão (2011), “Parte-se de um fator de exposição em busca de uma associação a um evento denominado desfecho”.

Caracterizando-se ainda como quali-quantitativo. Quantitativo, uma vez que os dados serão comparados em gráficos ressaltando sua estatística e generalizando a ação do coletivo (ARAGÃO, 2011). E qualitativo, pois para Bauer (2017), não há análise de dados, sem que ocorra a interpretação dos mesmos, deste modo quando se qualifica um estudo, desenvolve-se mensurações para a sensibilidade do campo de pesquisa.

Para a amostragem foram recebidos todos responsáveis legais dos pacientes admitidos na UTI, os quais após a explanação dos objetivos da pesquisa concordaram participar da mesma, conforme os critérios de inclusão que foram: todos os pacientes com idade entre 18 e 100 anos, de ambos os sexos, admitidos na unidade de terapia intensiva, durante o período da segunda quinzena de outubro a primeira quinzena de novembro de 2019; entre os critérios de exclusão estavam pacientes com idade inferior a 18 anos e superior a 100 anos, pacientes que quando conscientes recusarem-se a participar do estudo e ainda pacientes cujo representante legal não permitissem a análise clínica individual e consulta ao prontuário de seu ente, recusando-se assinar o TALE (termo de Assentimento Livre e esclarecido) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a coleta de dados foi feita uma escala pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital que contemplava apenas 3 dias intercalados durante a semana, devido a grande demanda de pesquisas sendo realizada no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. Houve a apresentação do tema e do conteúdo da coleta de dados ao enfermeiro do setor, foi observado que havia pouco conhecimento a respeito do SOFA entre os 4 enfermeiros presentes durante os dias em que houve coleta de dados, sendo necessária uma breve introdução por parte das pesquisadoras.

O acompanhamento dia a dia de cada paciente durante as primeiras 72 horas de internação não fora possível, sendo necessário buscar os dados diários do prontuário descritos nos diversos impressos padronizados e disponibilizados pela instituição, preenchidos pela equipe multiprofissional durante os plantões. Alguns achados descritos pela equipe estavam incompletos, tais como: resultados de exames, parâmetros do ventilador mecânico, e nível de consciência.

Foi identificado que os exames diários solicitados pela equipe médica, se tratando de um ato médico, não incluíam a concentração de bilirrubina sérica para todos os pacientes, vale ressaltar que além do referido exame ser importante para apontar disfunções hepáticas, o mesmo também faz parte dos critérios analisados pelo SOFA score e está presente no Consenso Sepsis 3 (Singer, 2016) e adotado pelo ILAS – Instituto Latino Americano da Sepse (2018).

Foram abordadas 36 pacientes e familiares, na incapacidade de o paciente responder por si, o acompanhante que em geral era o familiar mais próximo assinava o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Dessa forma, dos 36 pacientes abordados em 13 dias entre o início da coleta no dia 15 de outubro de 2019 e o fim no dia 10 de novembro de 2019, apenas 32 pacientes aceitaram fazer parte da pesquisa mediante a assinatura do TALE, e apenas 28 se encaixaram nos critérios deste estudo (Figura 1).

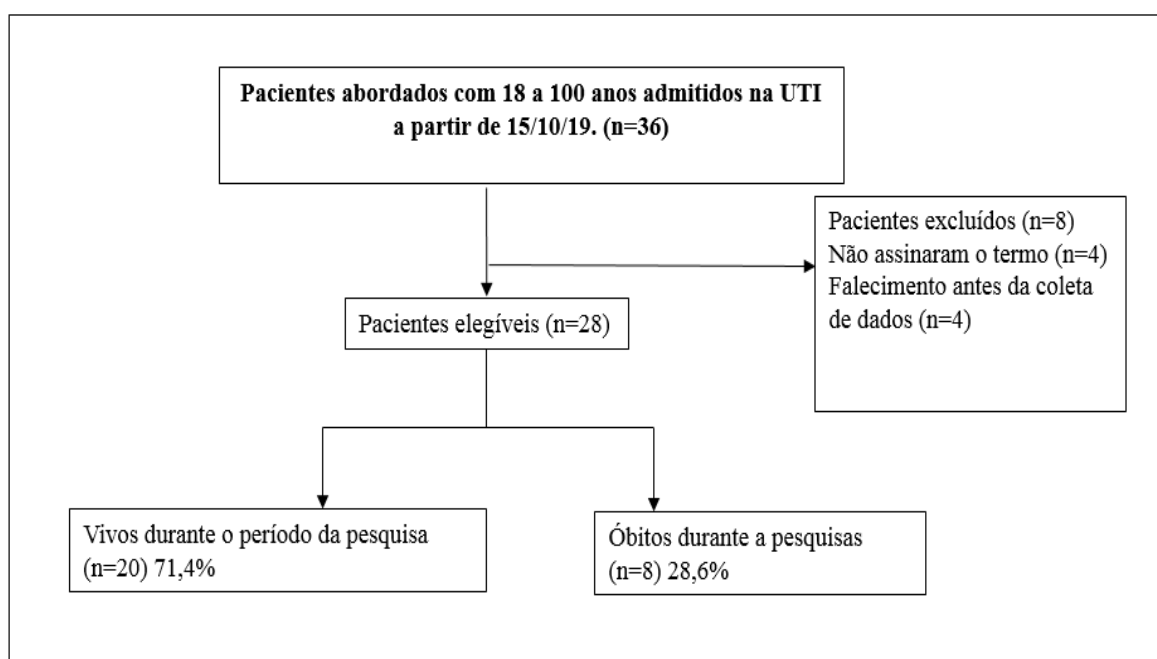


Figura 1. Fluxograma dos pacientes.

As características demográficas da população usuária do serviço em estudo serão aqui representadas através do sexo e da faixa etária (Figuras 1 e 2).

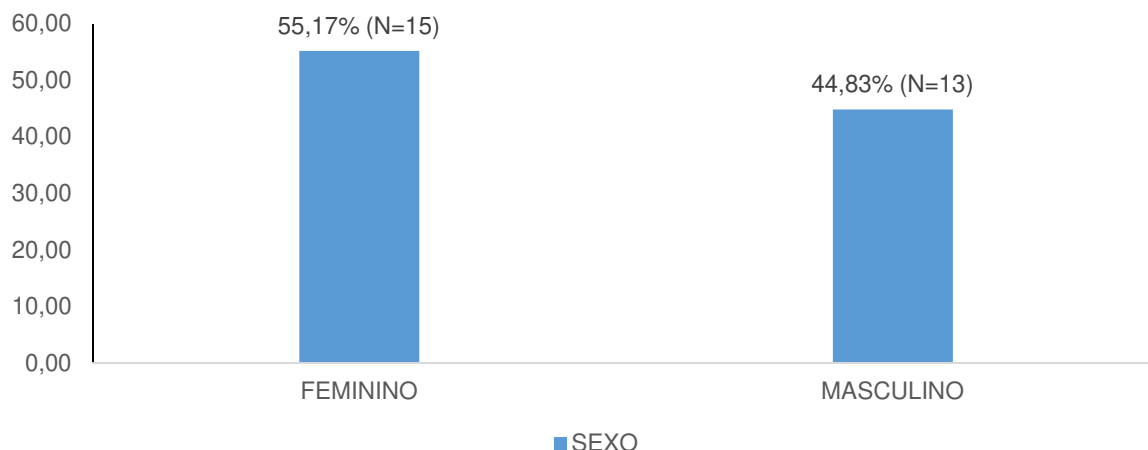


Figura 1. Pacientes em relação ao sexo.

Fonte: Prontuário do paciente.

Na comparação em relação ao sexo dos pacientes, Fernandes (2017), corrobora em um estudo sobre a “avaliação da mortalidade na unidade de terapia intensiva do hospital governador Flávio Ribeiro em Santa Rita-PB (HGFRC), segundo o Escore SOFA”, que a maior percentagem em relação as disfunções orgânicas estão associadas ao sexo masculino, contrapondo tal afirmativa, Rodrigues-Filho, Fernandes e Garcez (2018), em “SOFA nas primeiras 24horas como preditor de desfecho em insuficiência hepática aguda, apontam o predomínio do sexo feminino.

Na população geral 3 faixas etárias se destacaram neste estudo, conforme se evidencia no figura 2.

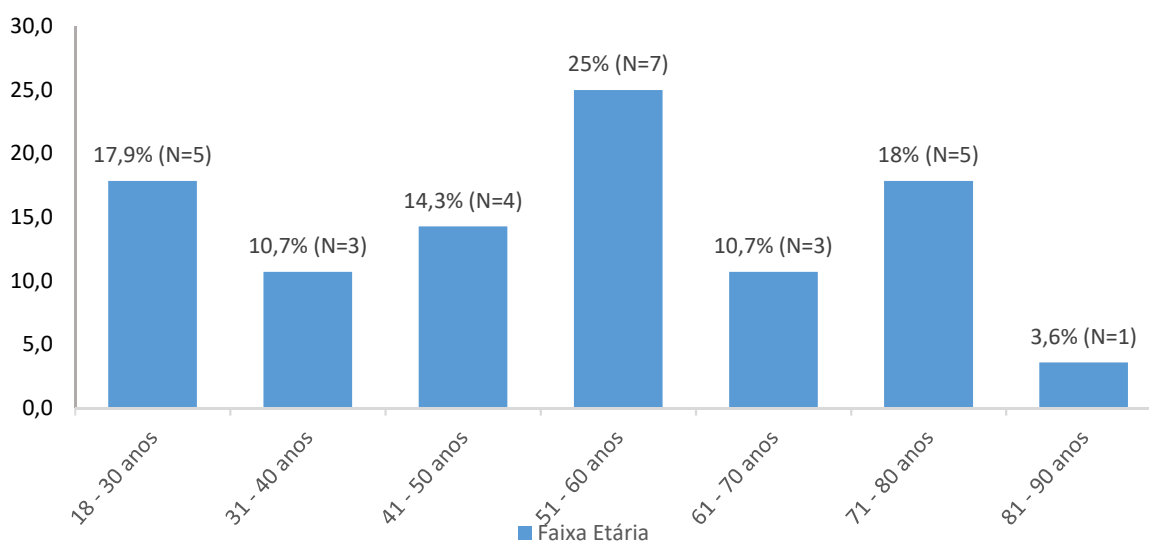


Figura 2. Perfil de pacientes quanto a faixa etária.

Fonte: Prontuário do paciente.

Ao abordar sobre essa temática, Mendes et al. (2015) confirmam o envelhecimento humano como uma modificação morfofisiológica, resultando em declínios no organismo, o que pode ser confirmada nos dados apresentados neste estudo, uma vez que a faixa etária mais acometida apresenta-se entre 51 a 80 anos.

A aplicação do instrumento de coleta foi feita levando em consideração os dados disponíveis para as primeiras 72 horas desde a entrada do paciente no Unidade de Terapia Intensiva, sendo, portanto, avaliados os seguintes sistemas acometidos pela disfunção (Figura 3).

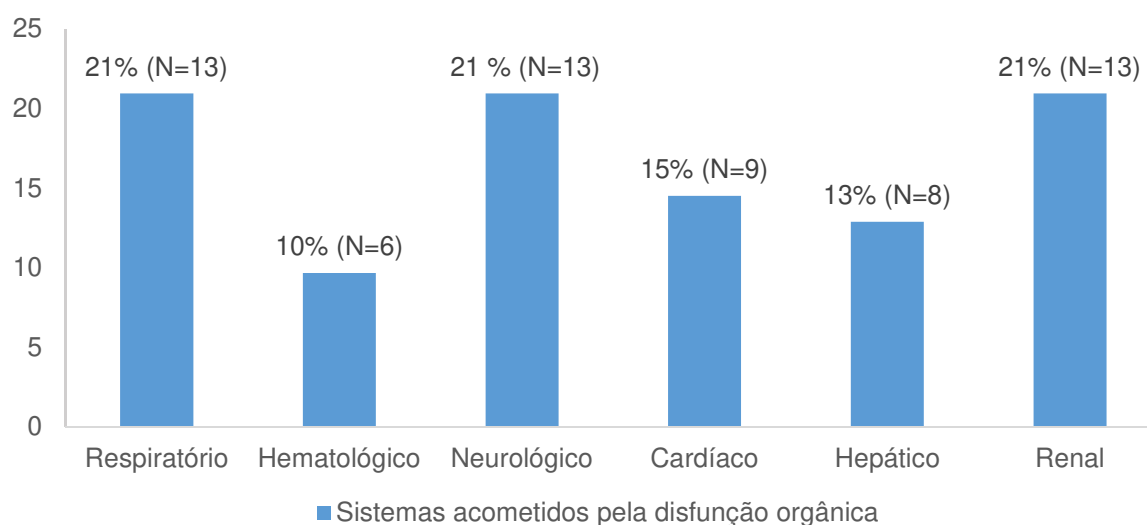


Figura 3. Sistemas acometidos pela disfunção.

Churpek (2015), caracteriza a disfunção pulmonar associada a maior risco de morte, acompanhada de déficit neurológico após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar, apreendendo que os pacientes possuem um mau prognóstico. Corroborando os dados do presente estudo.

Nakashima et al. (2018), afirmam a forte relação de disfunção respiratória e neurológica com a mortalidade dentro das UTIs atrelada a disfunção renal. Níveis elevados de SOFA indicam uma disfunção do aparelho respiratório e do sistema neurológico, o que reforça os resultados apresentados por esta pesquisa na Amazônia. Evangelista et al. (2018), marca a ausência de resultados de exames relacionados ao sistema hepático em seu estudo acerca da “aplicabilidade do Índice SOFA em pacientes com Sepse em uma unidade de terapia intensiva de um hospital na cidade de Fortaleza/CE”. Nesta pesquisa, um dos

desafios evidenciados, a partir da ausência de dados nos prontuários relacionados a função hepática, comprometendo a avaliação das disfunções orgânicas.

Nos resultados e solicitações de exames a bilirrubina sérica, os pacientes participantes da presente pesquisa apresentavam diagnósticos e comorbidades relacionados ao sistema hepático, a esses foi atribuído ao SOFA score a pontuação de acordo com o resultado descrito no exame, quanto aos demais foi atribuída a pontuação “0” que indica que o paciente não apresentava alterações. Vale ressaltar que nesta UTI é responsabilidade do profissional médico fazer a transcrição dos resultados dos exames para um impresso padronizado pela instituição.

Uma das explicações para a falência hematológica e cardiovascular segundo Lima e Franco (2010), está relacionada a hipoperfusão e diversas alterações na micro e macro circulação, causada pela síndrome da resposta inflamatória sistêmica, desregulada do organismo ou mesmo por comorbidades já instaladas antes da internação.

Casos em que as informações descritas no prontuário sobre funções como: parâmetros do ventilador mecânico ou escala de coma de Glasgow estavam incompletos, ou não condiziam com a situação real e atual do paciente, os dados eram coletados diretamente do monitor do ventilador e através da aplicação do escore de Glasgow ao paciente, respectivamente, com o auxílio do profissional fisioterapeuta e profissional Enfermeiro.

Para demonstrar o desfecho SOFA nas 72h após a admissão do paciente na UTI em estudo apresenta-se o figura 4, seguido de uma Tabela, a qual evidencia além da pontuação adquirida no SOFA o desfecho clínico do usuário (Tabela 1).

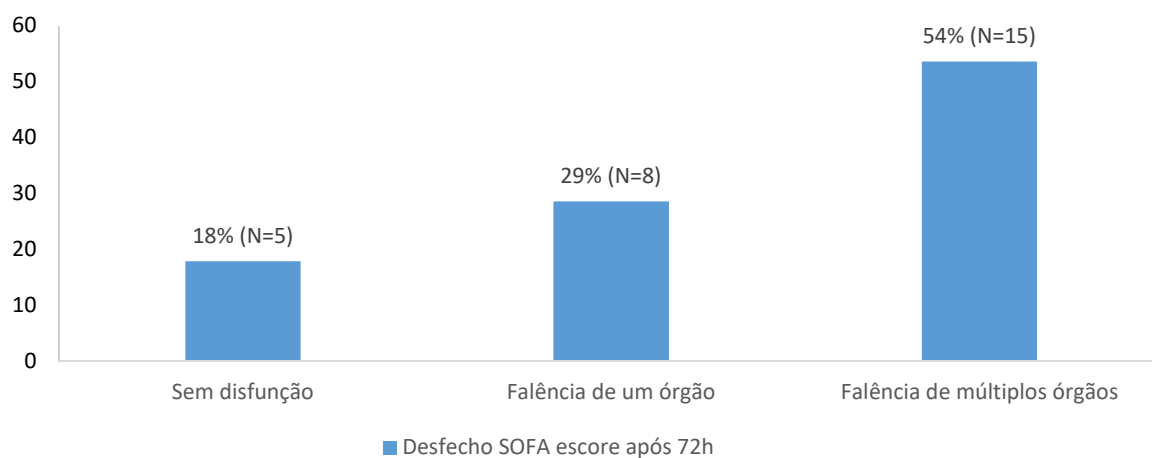


Figura 4. Situação clínica dos pacientes segundo o SOFA score.

Tabela 1. Relação do escore SOFA com o desfecho clínico do paciente.

SOFA score	Desfecho SOFA	Desfecho clínico
0	Sem disfunção orgânica	Transferência para clínica médica
2	Disfunção orgânica do coração	Permaneceu na UTI
1	Disfunção Neurológica	Óbito
9	Falência múltipla de órgãos	Óbito
1	Falência hepática	Permaneceu na UTI
9	Falência múltipla de órgãos	Óbito
5	Disfunção respiratória e falência renal	Permaneceu na UTI
11	Falência múltipla e disfunção respiratório e neurológica	Óbito
13	Falência múltipla e disfunção neurológica	Óbito
2	Disfunção Hepática	Permaneceu na UTI
14	Falência múltipla disfunção neurológica	Óbito
0	Sem disfunção orgânica	Alta hospitalar
10	Falência múltipla e disfunção neurológica	Óbito
9	Falência múltipla	Permaneceu na UTI
0	Sem disfunção orgânica	Permaneceu na UTI
3	Falência cardiológica	Transferência para clínica médica
11	Falência cardiológica e hepática	Permaneceu na UTI
5	Falência respiratória e disfunção hepática	Permaneceu na UTI
2	Sem disfunção orgânica	Permaneceu na UTI
4	Disfunção respiratória	Permaneceu na UTI
12	Falência múltipla	Óbito
2	Disfunção neurológica	Permaneceu na UTI
4	Disfunção neurológica e renal	Permaneceu na UTI
3	Disfunção neurológica	Permaneceu na UTI
0	Sem disfunção orgânica	Permaneceu na UTI
10	Falência múltipla	Permaneceu na UTI
10	Falência múltipla	Permaneceu na UTI
10	Falência múltipla	Permaneceu na UTI

Freitas et al. (2014), atestam que parte dos pacientes admitidos em unidades intensivas, tem origem do centro cirúrgico, não apresentando disfunções elegíveis a pontuação do SOFA score, ou seja, a pontuação desta população encontra-se abaixo ou menor que 2 pontos.

Pinheiro et al. (1998), afirmam que o suporte oferecido pela medicina, para que estes pacientes permaneçam vivos, fazem com que eles não faleçam pelas doenças que o atingiram primariamente, colaborando para que a falência múltipla de órgãos tornem-se mais frequente na população admitida dentro de unidades de terapia intensiva, confirmando-se nos dias atuais.

Machado et al. (2017), no estudo acerca da “epidemiologia da sepse em unidade de terapia intensiva brasileiras (bancos de dados de avaliação de prevalência de sepse, SPREAD): um estudo observacional”, apontam a incidência de sepse em UTIs e a alta mortalidade dos pacientes, conexas a baixa disponibilidade de recursos e adequado tratamento.

Observando a disponibilidades de leitos e recursos limitados, o Instituto Latino Americano -ILAS (2018), a partir da extração de dados do Cadastros Nacional Estabelecimentos de Saúde (CNES), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), confirma que a região norte possui 3 leitos de UTI adulto no setor público e 28 leitos no setor privado, para cada 100.000 habitantes, equiparado ao Brasil. Entretanto, comparando a realidade vivenciada na Amazônia, têm-se uma migração dos pacientes do setor privado para o público, apresentando-se também, como um fator que contribui para a mortalidade.

4. CONCLUSÃO

Os resultados desta obra se mostraram positivos em relação aos objetivos da mesma; confirma - se a efetividade do SOFA score como preditor de desfecho clínico e que a sua aplicabilidade pode facilitar a tomada de decisões terapêuticas ante a evolução do paciente. Destaca se a falta de conhecimento e reconhecimento dos parâmetros necessário para a aplicação do score, a não solicitação de exames primordiais para avaliação completa do mesmo, bem como a distribuição de tempo como a lotação e rotatividade dos leitos de UTI, como fator preponderante para a falta de efetividade na avaliação do referido instrumento.

A realidade da instituição onde foi realizada a pesquisa e de muitas outras de países em desenvolvimento, como o Brasil, não permite o uso desse instrumento de forma efetiva, pois o mesmo demanda, além de conhecimento e reconhecimento dos parâmetros analisados por ele, exames complementares que não são institucionalizados a todos os pacientes, cálculo do score e análise final, que seriam reavaliadas por mais 2 dias a partir do dia de admissão do referido paciente.

O conjunto de condições para a aplicação efetiva do SOFA score implica primeiramente em tempo, o que dentro de uma unidade de terapia intensiva com alta rotatividade e com todos os leitos ocupados, se torna deficitário; secundamente a aceitação por parte da equipe, em especial o enfermeiro, por lhe ser acrescentado “mais um impresso” como sua responsabilidade diária.

Sendo assim, se faz necessário para que o score seja utilizado de forma efetiva, que os próprios gestores entendam a relevância deste, e a relação custo benefício entre o conjunto de condições para aplicação do SOFA score e a assistência de qualidade ao paciente que é atendido na unidade de terapia intensiva, bem como educação permanente dos profissionais enfermeiros.

Valesse ressaltar que a adoção de medidas para o cuidado centrado no paciente que possam apresentar projeções do quadro clínico, ainda nas primeiras horas de internação, impactam positivamente tanto para a instituição quanto para o paciente. Com a aplicação da terapêutica adequada, se pode reduzir o tempo de internação nos leitos da unidade de terapia intensiva, o que também beneficia o paciente, pois o mesmo poderá retornar com mais brevidade, doutro modo receber assistência adequada para fim de vida.

Esta obra não tem por objetivo a exaustão do tema por ela abordado, antes abre caminhos para que possa ter continuidade no sentido de pôr a prova o que por este foi descrito e/ou que em algum momento não se tenha destacado como: o perfil sociodemográfico dos pacientes identificados com piores prognóstico pelo SOFA score, o uso do SOFA como preditor de desfecho em pacientes sob ventilação mecânica, as comorbidades que mais contribuem para o pior prognóstico pelo SOFA em pacientes advindos de outras instituições de saúde, dentre outros. Isto posto, torna se imperativo a investigação mais aprofundada do tema discutido, em especial na realidade amazônica.

5. REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revistas Práxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: Manual Prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

CHURPEK, M.M. et al. Incidence and Prognostic Value of the Systemic Inflammatory Response Syndrome and Organ Dysfunctions in Ward Patients. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 192, n. 8, p. 958-964, 2015.

DE GROOTH, H. et al. SOFA and mortality endpoints in randomized controlled trials: a systematic review and meta-regression analysis. **Critical Care**, v. 21, p. e38, 2017.

EVAGELISTA, H.K.F. et al. Aplicabilidade do Índice SOFA em pacientes com Sepse em uma unidade de terapia intensiva de um hospital na cidade de Fortaleza/CE. **Saúde Rev**, v. 18, n. 48, p. 79-86, 2018.

FERNANDES, S.E.F. et al. Avaliação da mortalidade na unidade de terapia intensiva do hospital Governador Flávio Ribeiro em Santa Rita-PB (HGFRC), segundo escore SOFA. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 15-21, 2014.

FREITAS, G.R.C. et al. Relação entre o Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) e a pressão intra-abdominal em uma unidade de tratamento intensivo. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 27, n. 4, p. 256-260, 2014.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE – ILAS. **Implementação de protocolo gerenciado de sepse**: protocolo clínico: Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico. Revisado em: agosto de 2018. Disponível em:< <https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>>. Acesso em: 09/11/2019.

KEEGAN, M.T.; SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 264-269, 2016.

LIMA, A.F.K.T.; FRANCO, R.P. Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), um desafio diagnóstico. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 3, n. 4, p.123-131, 2010.

MACHADO, F.R.; ASSUNÇÃO, M.S.; CAVALCANTI, A.B.; JAPIASSÚ, A.M.; AZEVEDO, L.C.; OLIVEIRA, M.C. Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 4, p. 361-365, 2016.

MACHADO, F.R. et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. **Lancet Infect Dis**, v. 17, n. 11, p. 1180-1189, 2017.

MEDEIROS, A.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; ZAMBERLAN, C.; CECAGNO, D.; NUNES, S.S.; THUROW, M.R.B. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.

MENDES, J.; SOARES, V. M. N.; ATHAYDE MASSI, G. A. Percepções dos acadêmicos de fonoaudiologia e enfermagem sobre processos de envelhecimento e a formação para o cuidado aos idosos. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 576-585, 2015.

PINHEIRO, B.V. et al. Insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas: epidemiologia e prognóstico na unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU revista – Revista Médica Oficial do Hospital da Universidade de Juiz de Fora**, v. 24, p. 81-98, 1998.

RAMAZANI, J. H. M. Previsão de ICU mortality em crianças gravemente doentes: comparação do escore SOFA, GCS E FOUR. **Med Klin Intensivmed Notfmed**, v. 114, p. 717–723, 2019.

REBELLO, R. **Escalas de avaliação de pacientes na enfermagem**. Gestão em Saúde. Educação e Pesquisa em Saúde, 2018. Disponível em: <<https://gestaoemsaude.net/principais-escalas-de-avaliacao-de-pacientes/>>. Acesso em 20/03/2019.

RHODES, A. et al. **Campanha Sobrevivendo à Sepse**: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico: 2016. Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. 2017. Disponível em:<http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SurvivingSepsisCampaignInternational_Portuguese_2018.pdf>. Acesso em 08/11/2019.

RODRIGUES-FILHO, E. M.; FERNANDES, R.; GARCEZ, A. SOFA nas primeiras 24 horas como preditor de desfecho em insuficiência hepática aguda. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 30, n. 1, p. 64-70, 2018.

SEYMOUR, C.W. et al. Avaliação dos critérios clínicos para sepse: Para as definições do terceiro consenso internacional para sepse e choque séptico (sepse-3). **JAMA**, v. 315, n. 8, p. 762-774, 2016.

SHU, E. et al. Prehospital qsofa score as predictor of sepsis and mortality. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 1, p. e697, 2018.

SITI, R. H. D. H. D. et al. Organ failure of patients using ventilator based on thesequence organ failure assessment score (SOFA) admitted in Intensive Care Unit. **Enfermería Clínica**, v. 29, n. suppl. 1, p. 5-8, 2019.

WANG, XW. et al. SOFA Score Can Effectively Predict the Incidence of Sepsis and 30-Day Mortality in Liver Transplant Patients: A Retrospective Study. **Advances in Therapy**, v. 36, p. 645–651, 2019.

MAIS QUE MIGRANTES: O CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO INDÍGENA VENEZUELANA EM MANAUS

Rosiane Pinheiro Palheta¹, Jacqueline Cavalcanti Lima², Raquel Lira de Oliveira Targino², Maria de Nazaré Feitosa², Hudson André Arouca Cauper², Lúcia Helena de Araújo Jorge², Samuel Monteiro do Nascimento Barbosa², Cassiano Alencar de Vasconcelos Dias Jimenez² e Alex Araújo Rodrigues²

1. Fundação Hospital Adriano Jorge- Departamento de Ensino e Pesquisa, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus- SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

2. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus- SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

RESUMO

Introdução: As Equipes de Consultório na Rua (CnaR) são uma estratégia adotada no Sistema Único de Saúde (SUS) para atender integralmente as pessoas em situação de rua. Com o alto índice de migração de indígenas venezuelanos da etnia Warao para Manaus entre 2016 e 2017, mais de 500 indígenas estavam em condições insalubres e degradantes, o que levou a equipe a desenvolver um trabalho de acompanhamento e cuidado a esta população. **Método:** Foi realizado o reconhecimento do território com estabelecimento de vínculo, discussão dos casos complexos, encaminhamentos à rede de serviços, visitas em internações hospitalares, além da viabilização de consultas e exames triando os casos por prioridade. **Resultados:** A equipe realizou a gestão do cuidado em saúde, com ações de administração de medicamentos, orientações, consulta de enfermagem, orientação psicossocial, mobilização e acompanhamento multidisciplinar de casos complexos dentre os quais contabilizam mais de dezoito mil atendimentos. **Considerações finais:** A equipe alcançou muitos casos exitosos atenção humanizada e a recuperação da saúde de muitos indígenas, sobretudo crianças que chegaram em iminente risco de morte. As limitações e entraves foram muitos mas superados pelo valor humano, diretriz que rege e direciona as ações da equipe.

Palavras-chave: Migração, Assistência Integral à Saúde e Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

Introduction: The Street Consultation Teams (CnaR) are a strategy adopted in the Unified Health System (SUS) to fully assist people living on the streets. With the high rate of migration of Venezuelan indigenous people of the Warao ethnic group to Manaus between 2016 and 2017, more than 500 indigenous people were in unhealthy and degrading conditions, which led the team to develop monitoring and care for this population. **Method:** Recognition of the territory was carried out with the establishment of bonds, discussion of complex cases,

referrals to the service network, visits to hospital admissions, in addition to making consultations and examinations feasible, triage cases by priority. Results: The team performed the management of health care, with medication administration actions, guidance, nursing consultation, psychosocial guidance, mobilization and multidisciplinary monitoring of complex cases, among which account for more than eighteen thousand cases. Final considerations: The team had many successful cases with humanized attention and the recovery of the health of many indigenous people, especially children who arrived at imminent risk of death. The limitations and obstacles were many but overcome by the human value, guideline that governs and directs the team's actions.

Keywords: Migration, Comprehensive Health Care and Homeless people.

1. INTRODUÇÃO

1.2 O INÍCIO DE TUDO

Há duas questões fundamentais para compreender o trabalho desenvolvido pela Equipe de Consultório na Rua com a população indígena migrante na cidade de Manaus. Em primeiro lugar houve um fenômeno de migração em massa de indígenas venezuelanos da etnia Warao para o Brasil através do pequeno município de Pacaraima há 189 kms da capital Boa Vista, seguindo para esta cidade e de lá para a cidade de Manaus.

Em segundo lugar é importante dizer que não uma política migratória no Estado do Amazonas com estrutura de recursos humanos e financeiros para o amparo de pessoas que migram para o país em busca de trabalho, melhores condições de vida ou refúgio de contextos de guerra.

Essa ausência acaba por inflar as demais políticas que já não são eficientes e eficazes para os problemas da população local e os esforços acabam por ser canalizados para cobrir a inexistência da política de migração, deixando um vácuo entre as políticas de atendimento à população nacional e as políticas para os estrangeiros, além de uma insatisfação geral da população local que se sente preterida em muitas situações.

as equipes de consultório na rua (CnaR) são um dispositivo implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para atender integralmente as pessoas em situação de rua com vistas à oferecer um cuidado em saúde para as pessoas que tradicionalmente têm difícil acesso ao SUS, seja pelo aparato burocrático do sistema, seja pela peculiaridade e diversidade que caracteriza a sociedade brasileira.

De outro lado a população migrante não está à procura de estabelecimentos no Brasil. A maioria pelo menos, está de passagem e o que almeja é apenas ser fonte de sobrevivência

aos demais familiares que permaneceram no seu país. A dificuldade é evidente quando não aceitam regras impostas pelos abrigos porque na maioria deles, não foi internalizada a vontade dos indígenas mas àquilo que é considerado bom e ideal para a nossa sociedade brasileira nacional. A proibição de ir para os sinais com as crianças é outro fator de desencorajamento porque para o indígena, a criança aprende um ofício desde a tenra idade e geralmente junto com os pais, embora tal ofício não por ser considerado pedagógico, mas porque o que está em jogo de fato é a sobrevivência da comunidade.

Em Manaus, o alto índice de migração de indígenas venezuelanos da etnia Warao para a cidade ocorreu entre 2016 e 2017 sendo que mais de 500 indígenas se juntaram à população de rua em condições insalubres, degradantes e com a saúde debilitada, o que levou a equipe a desenvolver um trabalho de acompanhamento e cuidado em saúde durante o período de grande migração indígena venezuelana para a cidade.

Esse fenômeno tem colocado inúmeros desafios para os Estados e municípios da região norte do Brasil como Amazonas, Roraima e Pará que tem visto uma mudança na rotina e na paisagem urbana com a presença cada vez maior de refugiados indígenas nos sinais e nos espaços centrais para a prática da “coleta”, onde muitas crianças e idosos são levados para realizar a atividade.

Essa foi uma das primeiras questões a serem enfrentadas porque muitas crianças e idosos estavam adoecidos e precisando de cuidado em saúde, porém os pais não aceitavam levá-las à unidade de saúde por questões étnicas e culturais, mas também por questões financeiras porque sabem que a criança tem um significado maior para o aumento do volume da “coleta” e isso foi revelado para a equipe posteriormente.

Diante dessa realidade, o Estado passou a desenvolver políticas emergenciais para os povos indígenas da Venezuela uma vez que uma política migratória consistente ainda é inexistente no Amazonas. Nesse trabalho, foi evidenciada a experiência empírica da política de saúde no enfrentamento da questão sob a coordenação da Equipe de Consultório na Rua (CnaR) que é um dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender integralmente as pessoas em situação de rua que, às quais, os índios venezuelanos foram somados.

Então consideramos a população Warao mais que uma população de migrantes, porque ao entrar na cidade de Manaus e ocupar espaços públicos, praças e lugares inóspitos, também passaram a assumir característica de população em situação de rua do Brasil e isso explica o porquê da atuação da Equipe de Consultório na Rua-CNAR. Mas acima de tudo isso, os Warao são indígenas e esse é um fato determinante, específico e ao mesmo tempo diferenciado que lançou novas exigências à equipe, sobretudo de entender

que saúde e doença podem ter inúmeros conceitos e predicados e que devemos deixar os nossos se impregnarem dos conceitos do outro para um cuidado também humano e diferenciado.

2. REVISÃO DE LITERTURA

2.1 A SITUAÇÃO DOS ÍNDIOS WARAO DA VENEZUELA

Desde final de 2016 o Brasil tem sido alvo de destino de um grande contingente de venezuelanos que chega ao país em busca abrigo e, sobretudo, alimentos que devido à crise econômica e política que se abateu naquele país desde a morte de Hugo chaves, tem só aumentado, levando milhares de pessoas a buscar refúgio em países como o Brasil.

Muitos chegam ao Brasil já com a intenção de voltar e isso é relevante porque foram construídos abrigos para um contingente grande de pessoas que não permaneceram, logo as pessoas seguiram caminho para Santarém, Belém, São Paulo dentre outras cidades pelo Sudeste do Brasil. Em Manaus, eles foram tomando o espaço do centro da cidade e da área da estação rodoviária onde montaram acampamento em condições insalubres embaixo de lonas que, levando em consideração a realidade climática da cidade, tem levado muitos adultos, crianças e idosos ao adoecimento. Em Boa vista a realidade não é muito diferente.

A migração desses indígenas venezuelanos tem como característica fundamental a volatilidade que se exprime no movimento constante de idas e vindas porque a permanência no Brasil não é um objetivo fim e para os eles o significado da atividade produtiva de artesanato e a própria mendicância é obter recursos econômicos para levar aos “parentes” que ficaram nas comunidades do Delta do Amacuro, daí a explicação do porque a migração ser significativamente volátil. “Em 2014, nove venezuelanos fizeram o pedido de refúgio no Brasil. Em 2015, esse número subiu para 234. Já no ano passado, foram 2.230” (JORNAL EL PAIS, 2017).

Esse número só tem aumentando desde 2015 e mesmo hoje, 2020 há um fluxo contínuo de imigrantes vindos daquele país em busca de acolhimento, emprego, renda ou simplesmente angariar fundos para levar aos parentes. Essa nova demanda desnuda problemas de falta de moradia, de emprego e renda, de políticas mínimas de bem estar social

e, sobretudo, a ausência de uma política migratória que possa responder aos problemas mínimos gerados pela globalização e abertura de fronteiras mundiais.

Os Warao fazem parte de um grupo étnico que vive, em sua maioria, no Delta do rio Orinoco, na República Bolivariana da Venezuela. Segundo Durazzo 2020, ainda que ocupem tradicionalmente uma vasta região do estuário do Orinoco (no estado venezuelano de Delta Amacuro), eles também vivem em estados vizinhos como Monagas, Sucre, e Bolívar, além de circularem pela região transfronteiriça com a Guiana. Aponta que de acordo com o Censo do Instituto Nacional de Estadística da Venezuela, havia 48.771 Warao o que correnpode a 6,73% de sua população indígena total.

A população indígena Warao migrante da Venezuela vive uma tripla peculiaridade: Primeiramente por ser migrante refugiada, o que envolve uma questão dramática de vida, em segundo lugar é indígena, o que também exige uma atenção diferenciada e como se trata de uma população indígena estrangeira, essa complexidade é ainda maior e, por último, ao chegar ao país sem ter onde morar ocuparam espaços da rua juntando-se com uma população local que também carrega diversos processos de exclusão.

No Brasil a diversidade de povos indígenas exige um olhar também diferenciado ao elaborar políticas públicas diferenciadas, o que já existe, apesar da necessidade de constante de discussão e reelaboração sempre a partir da realidade demandada pelos povos indígenas. Quanto à situação de rua, embora temporária, essas pessoas acabam estabelecendo relações com a população local, gerando novas questões e problemas sociais como o envolvimento na prostituição e no tráfico de drogas. Quanto à questão da migração, a situação é ainda mais complicada pois não há uma política local de migração, o que acaba por sobrecarregar as outras políticas e serviços existentes sem a devida eficácias das ações.

Essa tripla situação peculiar é significativamente complexa e evidencia ao Estado as fraquezas e ausências de políticas efetivas para solucionar problemas sociais básicos que apenas foram intensificados e exigiram novas respostas para problemas antigos e novos. A questão a ser tratada aqui é a situação de rua e as ações realizadas pela política pública de saúde local para acompanhamento dessa população.

Coloca ainda inúmeros desafios para os estados e municípios da região norte como Amazonas e Roraima que tem visto uma mudança na rotina e na paisagem com a presença cada vez maior de refugiados indígenas nos sinais e nos espaços centrais para a “coleta” de dinheiro, prática esta como parte da cultura de subsistência dos Warao. Esses desafios são consubstanciados em atividades emergenciais que tem sido feitas para dar conta da

complexidade que é inerente aos povos indígenas e intensificados pela realidade de uma população estrangeira e que se tornou de rua quando adentrou em terras brasileiras.

Em Manaus e Boa Vista houve tentativa de deportação dessa população, mas a Defensoria Pública entrou com um pedido de liminar suspendendo a ação além de uma mobilização das instituições de direitos humanos e de acordos e cooperação internacional que visam estabelecer boas relações com países estrangeiros. Logo, foram organizados comitês interinstitucionais para discutir estratégias para elaboração de um plano para garantir atendimento aos indígenas que estavam na rodoviária e espalhados pelo centro da cidade de Manaus.

Assim sendo, políticas de emergência tem sido disparadas para garantir os direitos aos povos indígenas venezuelanos como saúde, assistência social, justiça, cidadania e educação. As organizações públicas e sociedade civil local também foram parceiros no acompanhamento dessa população com ações para minimizar a situação de vulnerabilidade pessoal e social em que a população se encontrava.

Uma das questões latentes é o adoecimento de grande parte da população, principalmente das crianças dentre as quais apresentavam dermatite, vômito, pneumonia, abscesso, conjuntivite, diarreia, amigdalite, escabiose de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde.

Um dos desafios para o cuidado com população Warao são as distintas localizações onde se encontram na cidades e, sobretudo, a língua, uma vez que a maioria fala apenas a língua materna ou espanhol, o que necessita de uma atenção especial pelos profissionais de saúde e parcerias para o cuidado.

Desde março de 2017 a população indígena venezuelana está concentrada em alguns pontos da cidade como rodoviária e o centro da cidade, onde inicialmente, foi detectado um número de 251 indígenas vivendo em três casas que abrigavam esses indígenas e suas famílias a partir do pagamento de um valor que variava entre \$5,0 e \$10,0 reais por pessoa, porém esse número não é exato porque durante a incursão no território, foram descobertos inúmeros outros locais onde os indígenas se abrigaram.

Os locais onde foram encontrados esses indígenas eram muito em insalubres e degradantes, com pouca ventilação, fétidos e com total falta de higiene onde foram encontradas inúmeras crianças com problemas de pele e idosos acamados.

Cerca de 500 índios Warao migraram nos últimos cinco meses da Venezuela para Manaus, metade mora em barracas de lona em ruas e embaixo dos viadutos que ficam no entorno do Terminal Rodoviário, na zona centro sul da

capital amazonense. A falta de acolhimento humanitário, como prevê a nova Lei da Migração, criou um drama sem precedentes na cidade cuja economia vem das ricas indústrias da Zona Franca. Quem passa de ônibus ou de carro pelas vias a imagem que se vê é similar das favelas que surgiram quando Calais, na França, abrigou refugiados sírios (FARIAS, 2017).

A situação de contato com a sociedade brasileira e a sociedade local é duplamente impactante para os venezuelanos e mais ainda por se tratar de uma população indígena que por si só, já guarda uma especificidade a ser considerada.

O impacto da migração dessa população na cidade de Manaus tem sido percebido através da rotina nos sinais e ruas do comércio onde se tornou comum ver crianças e idosos com a prática da mendicância e isso significa um impacto cultural e social em ambas as sociedades uma vez que no Brasil a legislação criminaliza o trabalho infantil e responsabiliza os pais pela situação de exploração da mão de obra infantil, entretanto, as mulheres indígenas venezuelanas são vistas em todos os espaços públicos da cidade levando os filhos para pedir dinheiro nos sinais.

O impacto tem sido percebido ainda na forma com que os indígenas ocupam o território da cidade, com a montagem de barracas de lona onde ficam aglomeradas inúmeras famílias ou em espaços alugados no centro da cidade em condições insalubres e degradantes cuja realidade climática coopera ainda mais para os processos de adoecimento.

Essa realidade tem exigido um posicionamento do Estado de proteção social, uma tomada de decisão emergencial de todos os setores e políticas públicas para minimizar tais impactos e garantir os direitos dos imigrantes e refugiados da etnia Warao da Venezuela além de tentar garantir os direitos humanos de uma população diferenciada que sofre de violação de inúmeras naturezas.

2.2 O CUIDADO EM SAÚDE DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA JUNTO AOS INDÍGENAS WARAO

O Decreto Nº 3819, DE 22 DE SETEMBRO DE 2017 da Prefeitura Municipal de Manaus definiu que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) deveria adotar todas as medidas cabíveis e necessárias para minimizar os riscos decorrentes da situação de “anormalidade” com a migração de indígenas da etnia Warao da Venezuela, com objetivo de proteção da saúde dessa população, priorizando a utilização do "Consultório de Rua" para

fazer o acompanhamento dos imigrantes indígenas no transcurso de suas passagens pelo Município de Manaus.

Este decreto colocou a equipe como estratégia prioritária de atendimento porém, no “frigor dos ovos” foi a equipe que ficou responsável por todo o trabalho de atendimento dessa população apesar de contar com apenas 5 membros na equipe interdisciplinar.

A metodologia de trabalho foi desenvolvida através de momentos dinâmicos e coexistentes:

Primeiramente foi realizado o reconhecimento e incursão no território para mapear os locais de concentração da população migrante e tentar estabelecer vínculo. Após o mapeamento, foi realizada discussão dos casos complexos para inserção na rede de serviços e acompanhamento dos casos mais graves e realização de consultas in loco para garantia de atendimento e do cuidado. Concomitantemente também eram realizados encaminhamentos à rede de serviços, visitas à pacientes internados na rede de alta complexidade, além da viabilização de consultas e exames sempre buscando uma classificação de risco apesar de haver muitos casos prioritários similares e por não se tratar de uma equipe que trabalha na emergência, o trabalho em si se caracteriza como emergencial.

Nas instituições de urgência e emergência a classificação de risco é um dispositivo que, não apenas pretende organizar a fila de espera e a ordem de chegada. Pretende, sobretudo:

Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 210).

Em segundo lugar foram realizadas consultas in loco com a participação de um médico designado pela Secretaria de Saúde, que também prescrevia o receituário e a medicação também era disponibilizada no local acompanhada da orientação da equipe aos cuidados necessários durante o tratamento.

Em um terceiro momento, as ações em saúde desenvolvidas pela ECnaR passaram a ser viabilizadas nos abrigos provisórios instalados para a população migrante além da parceria com a Cáritas (igreja católica) que cedeu uma sala nas dependências da sede para

que a equipe pudesse se instalar e realizar as ações de saúde com os indígenas venezuelanos, cuja maioria, estava dispersa pela área central da cidade de Manaus.

Dessa forma, além de manter a incursão no território, atendimento nos locais onde havia necessidade de busca ativa e atendimento de casos detectados pela comunidade e pelo próprio Estado, a equipe também se inseriu nos abrigos levando o atendimento em saúde e fixou um local no centro da cidade para regularmente, atender essa população.

Foi constatado, inicialmente muitas crianças e idosos, em sua maioria, com varicela, problemas de pele e pediculose e infecções das vias aéreas superiores que foram imediatamente tratados. A equipe realizou a gestão do cuidado em saúde, com ações de administração de medicamentos, orientações, consulta de enfermagem, orientação psicossocial, mobilização e acompanhamento multidisciplinar de casos complexos, sobretudo, por resistência dos pais das crianças ao tratamento proposto.

Um dos principais desafios foi a comunicação. Há uma barreira linguística que se explica pelo fato da maioria dos migrantes só falar a língua materna, ou seja o Warao. Os poucos que conseguiam se comunicar em espanhol faziam a ponte entre os demais e os profissionais de saúde, o que dificultava muitas vezes o momento do atendimento. O quadro abaixo sintetiza o número de atendimentos por ação durante o período emergencial.

Os atendimentos médicos eram realizados em conjunto com a equipe multiprofissional e todas as consultas acompanhadas de orientação psicossocial, de enfermagem, mobilização, busca ativa, produção, registros e relatórios técnicos.

Dentre outros agravos encontrados, podemos citar o alto índice de indígenas com parasitose intestinal, gastroenterite, cefaleia, hipertensão, anemia, dermatite, parasitose e anemia e isso também se explica pelo grande número alto de crianças no universo dessa população como consta na figura 1.

Os problemas encontrados foram tratados com a administração supervisionada da medicação durante as consultas nos locais bem como durante as visitas feitas pela equipe dos casos que necessitam de continuidade.

É importante destacar que existiam casos mais graves como pneumonia e tuberculose que não aparecem no gráfico acima que exigiram de uma intervenção mais planejada e com uma mobilização da rede de atendimento local. No caso da tuberculose, houve dois casos, um de uma criança e outro de uma idosa, o que demandou busca ativa dos comunicantes para realização de exames para prevenção de casos novos além de estudo de caso pois o tratamento incidu diretamente nas questões culturais próprias do contato dos indígenas com a sociedade nacional.

Quadro 1. atendimentos e atividades com os indígenas.

ITEM	ATENDIMENTOS E ATIVIDADES REALIZADAS	QTDE		TOTAL
		MANHÃ	TARDE	
1	ATENDIMENTO MÉDICO		362	567
2	ENFERMAGEM	58	322	689
3	PSICOLOGIA		357	562
4	SERVIÇO SOCIAL		297	402
5	DOMICILIAR	80	153	231
6	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	23	197	366
7	PESO		362	567
8	ALTURA		362	567
9	PERÍMETRO CEFÁLICO		122	186
10	TESTE DE GLICEMIA	21	12	74
11	RECEITA DISPENSADAS		362	724
12	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	54	10053	13066
13	MOBILIZAÇÃO DE INDÍGENA	12	17	75
14	BUSCA ATIVA	10	26	79
15	VISITAS AOS INTERNADOS	11	4	33
16	IDOSOS		10	20
17	PUERPERIO	5		38
18	PUERICULTURA		73	73
19	GRÁVIDAS		25	25
20	NEBULIZAÇÃO	3	1	4
21	REUNIÃO DA EQUIPE		7	7
22	REUNIÃO INTERSETORIAL	7		7
23	AÇÃO INTERSETORIAL	3	4	7
24	ORIENTAÇÃO EM SAÚDE	28	42	70
25	ADM DE MEDICAMENTO SUPERVISIONADO	54	143	197
	TOTAL	369	13313	18636

Fonte: Equipe de Consultório na Rua- CNAR, Manaus, 2019.

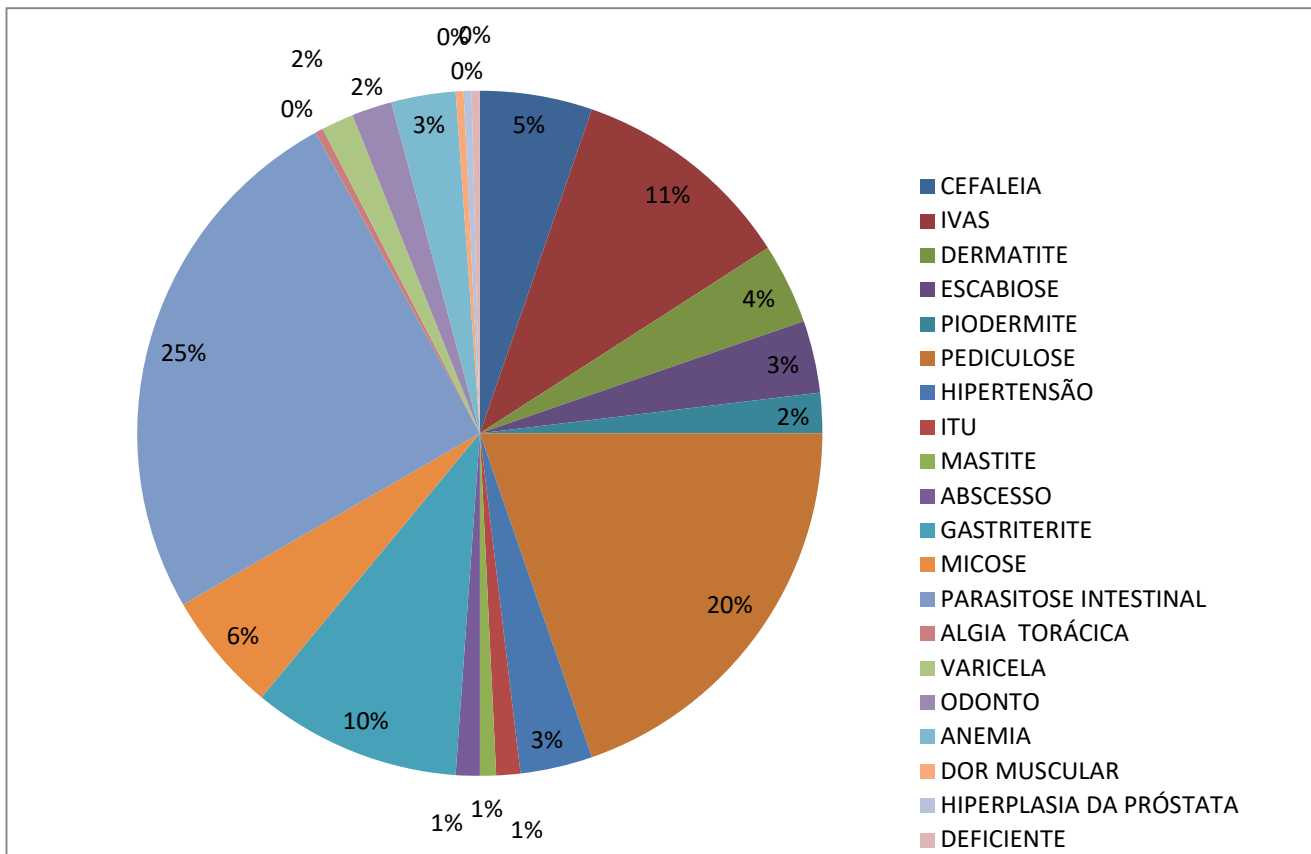


Figura 1. Agravos de saúde.

Fonte: Equipe de Consultório na Rua- Cnar, Manaus, 2017.

A equipe também fez a interlocução entre os pacientes e a rede de serviços básica e de média e alta complexidade para realização de consultas e exames, atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde e nos Prontos Socorros para facilitar o acesso aos serviços de saúde e garantir o atendimento e mais que garantir, a equipe fez o acompanhamento através de visitas regulares para acompanhamento dos casos e, por se tratar de imigrantes indígenas, o acompanhamento tem sido mais efetivo e diferenciado, pois, em sua maioria, ainda preserva a língua nativa sem o domínio do espanhol e do português, o que gera dificuldade no momento das orientações em saúde e na adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento foi um dos principais entraves ao trabalho emergencial com a população migrante. Os Warao tem uma visão diferenciada do processo saúde doença e isso é reflexo da visão cosmológica que existe nas sociedades indígenas, logo aceitar fazer tratamento de tuberculose, aderir à medicação e à própria internação foram fatores que necessitaram de uma negociação entre os profissionais de saúde e os pacientes indígenas.

A ideia de saúde e com a doença, entre os indígenas, é atravessada por mitos e ritos, dentro de uma visão que integra meio ambiente e sociedade, porém o valor que é atribuído

ao primeiro é o que determina a saúde e a doença uma vez que saúde e meio ambiente estão entrelaçados no dia a dia desses povos. Portanto, o cuidado com a saúde ou a relação com a doença acontece considerando a visão de mundo dessas sociedades.

A noção contemporânea de saúde enseja a ideia de perfeito bem-estar físico e biológico (OMS, 2012) e social (ALMEIDA FILHO, 2009; TAMBELLINE; SHUTZ 2009; TEIXEIRA, 2009), mas para o indígena, cuidar da saúde vai além da preocupação física, mental ou resultado de determinantes sociais, envolve uma visão cosmológica, uma relação transcendental com a natureza. Esta, no entender de Ruffaldi e Pires (2002) é “uma visão que permeia toda a vida, que dá sentido, que explica, que justifica, que anima, que determina tudo que é feito ao longo dos dias e do tempo.”

Nesse sentido é importante compreender que nossa maneira de entender os processos de adoecimento são consideravelmente diferentes ou até mesmo contraditórios à maneira dos povos indígenas que se tratando de indígenas estrangeiros, essa diferença pode ainda ser maior e isso ficou bem evidente durante o atendimento da população Warao da Venezuela.

Por exemplo, após a saída da equipe do local de atendimento, não há a garantia de que as medicações eram administradas corretamente respeitando a dosagem e os horários. A equipe chegou a flagrar várias medicações no lixo, no chão e materiais de higiene oral sendo utilizados para outros fins, gerando grande desperdício ao Estado, entretanto, é importante que a reflexão do processo saúde e doença nos leve a compreender que a oferta do cuidado certamente não se coadunava com as necessidades de saúde da população e isso deve ser aprendido relevante das práticas em saúde em outros contextos.

Só para ter noção da diversidade do povo Warao García e Heinder (2000) falam em quatro culturas Warao. Segundo a terminologia indígena, na perspectiva dos atuais moradores, haveria um grupo que se considera o protótipo representativo da etnia do Delta Central, terra de pântanos e brejos, pescadores, caçadores. Atualmente ocupam o Delta do Orinoco dos outros tipos de habitantes: os Hotarao, ou seja, "habitantes de terras altas" e os Warao (waha arao), "habitantes de terras baixas". Entre os primeiros estão incluídos os crioulos e estrangeiros e entre os últimos, diferentes categorias de Warao, mas também outros povos indígenas. Essas culturas se tratam de uma distinção baseada em critérios geográficos, de acordo com o habitat ocupado.

Essa distinção indicaria, na perspectiva dos atuais habitantes indígenas, a existência de um grupo que se considera o protótipo representativo da etnia; São os habitantes do Delta

Central, terra de pântanos e pântanos, pescadores, caçadores e “Morichaleros”, da vida migratória entre os Morichales e as margens dos Caños.

La cultura que conocemos generalmente bajo el nombre de Warao ha estado diferenciada internamente desde épocas bastante remotas. En las fuentes documentales se hace distinción expresa de los distintos tipos y de su ubicación geográfica. Creemos que existen suficientes indicios para suponer que ya en la época prehispánica coexistían en la región deltaica diversos grupos unidos por una misma lengua pero con características culturales y de subsistencia disímiles entre sí (GARCÍA; HEINDER, 2000).

Dessa forma, é importante entender que dentro da própria cultura Warao há diferentes perspectivas de vida e visão de mundo e de saúde e doença que certamente impactam a relação entre os indígenas, entre eles e a sociedade nacional e a sociedade brasileira.

Outra situação delicada é o acompanhamento na alta complexidade onde diversas situações de internações eram necessárias, porém havia resistência da parte dos indígenas que não aceitavam, sobretudo, quando envolviam os filhos. Muitos não aceitam e não autorizam o tratamento hospitalar e quando havia concordância com a internação, as evasões eram contínuas levando em conta que são indígenas de outro país, as diferenças culturais são mais exacerbadas exigindo da equipe maior flexibilidade nas ações levando em conta as diferenças culturais apesar de não existir antropólogo na equipe para orientar quanto ao tratamento diferenciado.

Ainda existe muito a ser feito para um atendimento mais condizente e mais próximo da realidade dessas pessoas, sobretudo no que diz respeito à população migrante e ao que pressupõe à Estratégia “*Consultório na Rua*” levando em conta as dificuldades na estrutura do trabalho, sobretudo, no que diz respeito à ausência do veículo adequado para o atendimento in loco, para maior aproximação ao público alvo que é específico e exigem diferentes estratégias para a inserção no território e para o estabelecimento do vínculo, tão necessário com as populações em situação de rua.

É oportuno testemunhar o itinerário da população Warao e ouvir histórias que impactam e ao mesmo tempo, impulsionam o fazer melhor, como o testemunho de um senhor que acabou revelando que em sua comunidade houve muitas mortes por fome obrigando seus parentes a migrarem em busca de sobrevivência. Essa parte da história, certamente a população local, que tanto critica as ações aos indígenas migrantes, desconhecem.

Essa ideia da coletividade, da comunidade, irmandade e parentalidade é que leva esses indígenas a percorrer inúmeros quilômetros a pé, a se arriscar em outro país, a buscar a “coleta” nos sinais de uma cidade onde o clima castiga 24 horas por dia, para dividir, com

os seus em sua realidade, em seu país devastado, massacrado, onde a fome impera mesmo onde há riqueza natural.

Nesse sentido, o aprendizado da equipe foi incalculável e para todos os envolvidos neste processo está sendo uma experiência inigualável, pois o contato com essas pessoas nos fez entender mais profundamente o fenômeno, porém, muito mais que a experiência, houve a vivência. A vivência permite a escuta, a compreender situações que dispensam a fala, embora ela seja preta de importância, mas observar como essa população se relaciona com a sua comunidade, como a visão de mundo difere substancialmente da sociedade nacional e mais ainda da sociedade brasileira.

É interessante perceber que o nome para eles é simbólico, que a identificação não os deixa menos importante dentro da comunidade é outro ponto que chama atenção. Realizar um banco de dados com essa população é apenas numérico, pois o que importa é conhecê-los, olhar o rosto e saber as peculiaridades de cada pessoa, mas no cotidiano de trabalho, cada atendimento realizado era uma nova nomenclatura. Isso nos obrigou a conhecer cada pessoa pelo rosto, pela história, pela forma de falar, pelas necessidades individuais porque afinal para eles, o que importa é a determinação étnica.

Dividir com as pessoas os problemas, as histórias, compartilhar momentos necessários à construção do vínculo foi mais difícil do que com a população de rua porque eles demonstraram muita desconfiança com a equipe e superar essa resistência levou mais tempo. Em muitos momentos do cuidado foi necessária a intervenção dos líderes indígenas para estabelecer negociação ao tratamento oferecido e essa forma de ouvir os indígenas e levar em consideração a especificidade dessa população é um fator primordial para o sucesso das ações.

Entendemos que as ações em saúde não estão desconectadas da dimensão humana e um dos pilares diferenciadores de uma assistência humana está centrado exatamente na valorização da subjetividade dos sujeitos e mais que isso, a experiência com os indígenas Warao demonstra que ainda temos muito a aprender porque a população de rua também não é constituída de iguais, tem como característica básica a diversidade, e o fato da população migrante se juntar à população de rua trouxe inúmeros aprendizados, sobretudo quanto a nos despir de nossas couraças que também rotulam e aprisionam ao nosso verbo cuidar.

Cuidar dos indígenas da Venezuela trouxe a necessidade de novas formas de estabelecer vínculos, conhecer novos determinantes e condicionantes da saúde com os quais estamos habituados, de resignação de que nem tudo que é bom para nós, é bom para

o indígena e que tudo está intimamente ligado não apenas às subjetividades e singularidades, mas, sobretudo, à diversidade.

Além disso, conhecer melhor as dimensões do fenômeno com o qual desenvolvemos nossa prática cotidiana é uma oportunidade e necessidade para formular estratégias e elaborar ações de melhoria das ações e das estratégias do cuidado na rua porque definitivamente a população de rua é bem mais diversa do que pode supor nosso vão conhecimento da realidade.

O maior desafio ainda é descortinar os preconceitos e resistências ao público das nossas ações dentro do território de atuação e a partir disso, dar acesso, proteção e recuperação da saúde de qualidade a pessoa em situação de rua. Esta corresponde à verdadeira razão da existência do SUS que é universalidade e a integralidade do atendimento de quem dele necessitar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise econômica, a repressão, o aumento da violência e a gestão ditatorial na Venezuela refletiram no Brasil com um impacto humano ainda a ser desvelado, sobretudo para o povo venezuelano que foi castigado sem precedentes com uma guerra ainda incompreensível. Um número cada vez maior de pessoas deixa aquele país em busca de refúgio, comida e até dinheiro para abastecer seus parentes que não tiveram como sair de país de origem apesar da fome e da guerra.

O trabalho da equipe CNAR com a população Warao deixou muitos aprendizados internalizados para o atendimento da população de rua, sobretudo o respeito às concepções de saúde que diferem drasticamente das nossas, mas nem por isso, menos importantes. O aprendizado também envolve as dificuldades internas, de limitação de recursos, de pessoas, o despreparo para um trabalho que exige outra capacitação técnica, a comunicação em outros idiomas, a dificuldade com a resistência aos cuidados oferecidos, a rede impotente dentre outros problemas

Muitas crianças e idosos chegaram em iminente risco de morte com doenças já em estado agravado, muitos idosos chegaram a óbito porque viajaram muitos quilômetros já debilitados e não resistiram por muito tempo. Por outro lado, as limitações e entraves foram superados pelo valor humano, diretriz que rege e direciona as ações da equipe. Muitos casos acompanhados foram exitosos com a total recuperação da saúde de muitos indígenas, sobretudo, crianças com a garantia de proteção social mesmo que não a desejada.

A barreira lingüística foi ao mesmo tempo uma dificuldade e um desafio superado com o aprendizado cotidiano no contato com os indígenas, na comunicação estabelecida e reinventada. O trabalho certamente não foi realizado como o desejado com todo o aparato que essa população merece, porém, foi possível resguardar e cuidar do principal: a vida, sobretudo, após a recuperação da saúde de crianças que chegaram com doenças graves como a tuberculose, e, em eminente risco de morte e que puderam ser acompanhadas com um tratamento digno e efetivo.

Oferecer apoio emocional, social e o cuidado em saúde, mesmo com todas as limitações, foi a melhor parte das ações da equipe pois acreditamos que esta sim é a verdadeira essência do dispositivo Consultório na Rua, de cuidar, estabelecer vínculos efetivos e de confiança é a melhor forma de cuidar sendo o valor humano, diretriz e mola que rege e direciona o trabalho da equipe. Apesar do êxito, ainda há muito a ser feito no sentido de uma política migratória integral e substancial, não fragmentada nas diversas políticas que pulverizam as populações migrantes.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades sociais em saúde como objeto de conhecimento). **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

GARCÍA-CASTRO, A. A.; HEINEN, H. D. “Las Cuatro Culturas Warao”. In: FIRME, T. **Revista arbitrada de Historia y Ciencias Sociales**, n. 71. Caracas, 2000.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Farias, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Disponível em: <www.oms.gov.org>. Acesso em: 12/01/2012.

FARIAS, E. Crianças tem doenças como escabiose, pneumonia e desnutrição. Governo estadual quer transferir os imigrantes para zona leste da cidade. **Amazônia Real**, 2017.

RUFFALDI, Nélio; PIRES, Rebeca. **Povos Indígenas no Pará e Amapá**. Belém: CIMI Norte II, 2002.

TAMBELLINI, A. T.; SCHUTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “determinação social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)**, v.3, n. 83, p. 371-379, 2009.

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Sibele Botelho da Silva¹, Romário Araújo de Sousa², Sheila Neres Alencar³, Vanessa Izidro da Silva³ e Adriana Duarte de Sousa⁴

1. Instituto de Educação Giga, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Singular Educacional, Manaus, Amazonas, Brasil;
3. Instituto Educacional Giga, Manaus, Amazonas, Brasil;
4. Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) configura-se como uma das principais intercorrências em puérperas adolescentes, podendo ser agravada por diversos fatores associados. O objetivo é avaliar através de uma revisão integrativa de literatura, quais os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura que pretende descrever e resumir a partir de pesquisa em artigos e verificação em bibliografias “Quais os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes?”, usando as bases de dados Scielo, Medline, Lilacs e BDEF no período entre 2010 a 2018. **Resultados e Discussão:** Na base de dados Scielo foram encontrados 6.128 artigos e nenhum se enquadrou na temática. Na base de dados Medline foram inicialmente encontrados 3.791 e nenhum artigo foi relevante para esta pesquisa. Na Lilacs inicialmente foram encontrados 1.413 artigos, após filtragem foi selecionado 1 artigo. Na base de dados BDEF, 310 publicações foram levantadas, após filtragem resultou em 1 artigo. A amostra final ficou composta por 2 artigos. Quanto aos fatores sociais, a falta de remuneração e baixa escolaridade mostraram-se como os fatores mais prevalentes. Em relação ao acesso à saúde e pré-natal, não ficou evidenciado a correlação com a SHEG. Quanto as condições de saúde que facilitam a SHEG, os autores pesquisados apresentaram dados divergentes. **Considerações finais:** As condições mais prevalentes são os fatores sociais relacionados a baixa escolaridade e renda insuficiente, que podem viabilizar o aparecimento da SHEG, quando acompanhados de condições de saúde inadequadas e de antecedentes familiares.

Palavras-chave: Hipertensão Gestacional, Adolescentes e Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: Hypertensive Specific Syndrome of Gestation (SHEG) is one of the main intercurrents in adolescent puerperal, and can be aggravated by several associated factors. The objective is To evaluate, through an integrative literature review, the factors associated with SHEG in adolescent postpartum women. **Methodology:** This is a literature review that intends to describe and summarize from research on articles and verification in bibliographies

"What are the factors associated with SHEG in adolescent puerpera?" Using the Scielo, Medline, Lilacs and BDNF databases in the period between 2010 and 2018. Results and Discussion: In the Scielo database, 6,128 articles were found and none was included in the topic. In the Medline database were initially found 3,791 and no article was relevant to this research. Lilacs initially found 1,413 articles, after filtering 1 article was selected. In the BDNF database, 310 posts were raised, after filtering resulted in 1 article. The final sample consisted of 2 articles. As for the social factors, the lack of remuneration and low level of schooling were the most prevalent factors. Regarding access to health and prenatal care, the correlation with SHEG was not evidenced. Regarding the health conditions that facilitate SHEG, the researched authors presented divergent data. Final considerations: The most prevalent conditions are the social factors related to low schooling and insufficient income, which may allow the emergence of SHEG when accompanied by inadequate health conditions and family history.

Keywords: Gestational Hypertension, Adolescents and Risk factors.

1. INTRODUÇÃO

A maioria das gestações desenvolve-se como um fenômeno fisiológico considerado natural e sem intercorrências, caracterizando-se como um período de mudanças metabólicas e hormonais sem alterações graves na saúde do binômio mãe-feto, por conseguinte deve ser visto pela equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável (MOURA et al., 2010).

Nesse período há um aumento na secreção de muitos hormônios, incluindo a tiroxina, hormônios adrenocorticais e hormônios sexuais, além de elevação do metabolismo basal da gestante, que pode causar sensações de calor excessivo. Além disso, em consequência da carga extra que ela está carregando, o organismo dessa mulher acaba gastando mais energia nas atividades musculares, ocorre também aumento do volume vascular, que pode chegar até 30% acima do normal ao final da gestação. Essas mudanças decorrem como consequências normais do ciclo gravítico-puerperal, não sendo, portanto, classificados como fatores de risco gestacionais (GUYTON; HALL, 2011).

Entretanto, apesar da gravidez ser um evento natural, ela promove várias alterações físicas e psicológicas na mulher e boa parte das gestantes pode apresentar alterações patológicas devido à diversos fatores de risco, tais como: condições sociais desfavoráveis, pouco acesso aos serviços de saúde adequados, doenças prévias, contexto familiar inadequado e gestações em extremos de idade, como a gravidez na adolescência (SANTOS et al., 2012).

A adolescência é marcada por mudanças na esfera biológica, psicológica e sociocultural, cronologicamente definida pela Organização mundial de saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil nascem mais de um milhão de crianças de mães adolescentes, sendo considerada uma problemática de saúde pública (CARMO et al., 2014).

A gravidez na adolescência é sempre considerada uma gravidez de risco, pois essas mulheres encontram-se despreparadas fisicamente e psicologicamente para a gestação, o que representa risco tanto para a mãe quanto para o feto. Dentre as consequências da gravidez em adolescentes, citam-se maiores incidências de parto prematuro, aborto espontâneo, complicações durante o parto, má formação fetal, anemia, diabetes gestacional, aumento da mortalidade materna e infantil e síndromes hipertensivas (SANTOS et al., 2014).

A síndrome hipertensiva específica na gestação (SHEG), destaca-se como uma das complicações mais frequentes em adolescentes grávidas. Esta patologia se caracteriza pelo aumento nos valores absolutos de pressão arterial (PA) sistólica >140 mmHg e diastólica de >90 mmHg, edema e proteinúria, podendo ser classificada em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e evoluir para a complicação mais grave, a síndrome de HELLP (H: “*hemolysis*” - Hemólise, EL: “*elevated liver functions tests*” – elevação de enzimas hepáticas, LP: “*low platelets count*” – plaquetopenia). Durante os anos de 1996 a 2012 houve 28.713 mortes maternas no Brasil, sendo a SHEG a principal causa desses óbitos (BRASIL, 2010; RUIZ et al., 2015).

A SHEG é uma doença multissistêmica, podendo afetar diversos órgãos, dessa forma, pode provocar consequências tanto para mãe como para o feto. A mãe pode apresentar séria complicação do sistema cardíaco e renal, além de pré-eclâmpsia. O feto também pode apresentar-se com restrição do crescimento, além de peso inadequado, o que pode levar a partos prematuros (ANTUNES et al., 2017).

O aumento da mortalidade materna e perinatal e a presença de desfechos desfavoráveis durante a gestação, são influenciadas pela deficiência nos serviços de saúde pública, que se mostram ainda incapazes de atender de forma mais qualificada adolescentes com risco para evoluírem para uma gravidez de alto risco. A maioria das complicações e comorbidades que surgem durante a gravidez, parto e puerpério imediato são preveníveis, mas para que isso ocorra, faz-se necessário uma participação mais ativa e eficiente do sistema de saúde, com ações organizadas, integradas e adequadas ao contexto social e econômico desse público (BRASIL, 2012).

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é descrever os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes. Com a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes?”.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que tem como objetivo descrever e resumir através de pesquisa em artigos e verificação em bibliografias, os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes.

A revisão bibliográfica é um método que proporciona a síntese de conteúdo e resultados já obtidos por outros pesquisadores e proporciona a construção de análise mais ampla da literatura, utilizando-se principalmente de pesquisa em livros e artigos científicos (GIL, 2002). Este tipo de pesquisa, além de ser bastante eficaz, possibilita combinar estudos experimentais e não-experimentais, sendo possível obter dados importantes, de fontes e lugares diferentes sobre o assunto revisado, além de contribuir para discussões sobre o conteúdo da pesquisa. A síntese de conhecimento das literaturas inclusas na revisão, possibilita generalizações mais precisas sobre o assunto. Dessa forma, é possível compreender as variabilidades de determinado fenômeno. As principais vantagens da revisão integrativa consistem em descrever o conhecimento, reconhecer os autores que mais investigam o assunto em questão, separar o conhecimento científico de opiniões, ideias, e investigar a amplitude do assunto na literatura especializada (MENDES et al., 2008).

A presente pesquisa é de natureza teórico-bibliográfico de caráter exploratório descritivo, com busca em conhecimentos específicos sobre o assunto abordado, nas referências de documentos e autores. A pergunta norteadora desta revisão foi: quais são os fatores associados à SHEG em puérperas adolescentes?

Amostra de literatura. Estas são utilizadas nas referências teóricas para o levantamento dos dados a serem pesquisados. As bases selecionadas para a coleta de dados foram as seguintes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Bases de dados em Enfermagem (BDENF).

Foram utilizados para a busca dos artigos os seguintes descritores: “hipertensão gestacional”, “puerpério”, “adolescentes”, “fatores de risco”. Os mesmos estão presentes no DeCs – Descritores em Ciência da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios para seleção dos artigos foram: artigos publicados entre os anos de 2010 e 2018; texto completo; língua portuguesa do Brasil e que tivessem relação/respondessem a pergunta de pesquisa. Os critérios de exclusão compreenderam artigos científicos em língua estrangeira e não estão disponíveis em texto completo, publicados anteriormente ao ano de 2010, tais como: teses, dissertações, monografias, TCC's, manual, fascículo, cadernos e manuais do Ministério da Saúde, artigos de reflexão, revisão de literatura ou que não tinham relação/respondiam a pergunta de pesquisa.

Para extrair os dados dos artigos selecionados, fez-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado pelos autores. Nisto, utilizou-se um quadro semiestruturado contendo: Base de Dados, Revista, Título do artigo, Autor (es), Objetivo, Metodologia (tipo de pesquisa/ abordagem utilizada) e ano de publicação.

Foi realizada uma leitura criteriosa dos artigos selecionados, com o intuito de definir quais preenchiam os critérios de seleção da pesquisa. A partir da interpretação e síntese dos resultados obtidos, comparou-se as evidências encontradas na análise dos artigos ao referencial teórico que norteou a pesquisa. Com efeito, realizou-se a delimitação dos blocos de conteúdo. Realizou-se a apresentação dos resultados obtidos e dados coletados, por meio de fluxograma e quadros, contendo todas as informações e metodologia utilizadas na realização da revisão. No fluxograma estiveram descritas as bases de dados utilizadas, como as ferramentas da pesquisa: BDNF, LILACS, MEDLINE e SCIELO e como se deu a organização dos artigos para posterior discussão dos resultados encontrados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados LILACS, as publicações foram levantadas a partir do uso dos seguintes descritores: “puérperas” AND “hipertensão arterial”. Quando se cruzou os descritores, por meio do operador booleano AND, encontrou-se inicialmente 1.413 referências. Quando se aplicou os seguintes filtros: “Brasil”, “idioma português” e “ano de publicação de 2010 a 2018” o resultado foi de 116 artigos. Em seguida foi realizada a leitura dos títulos dos artigos e, após algumas exclusões, restaram 08 artigos, onde os mesmos

passaram por uma leitura minuciosa, que culminou com a inclusão de apenas 01 artigo que possuía relação com a temática da pesquisa. Sendo realizada outra busca com os descritores: “puerpério” AND “adolescentes” AND “fatores de riscos”, encontrou-se 54 referências; Quando se aplicou os filtros “Brasil”, “texto em português” e “ano de publicação de 2010 a 2018” o resultado mostrou 19 artigos correspondentes; em seguida, realizou-se a leitura dos títulos, onde foi constatado que nenhum texto fazia referência à SHEG. Em seguida foi efetuada nova busca com os descritores: “adolescentes” AND “fatores de risco” resultando em 1.024 referências; Quando se aplicou os filtros “Brasil”, “texto em português” e “ano de publicação de 2010 a 2018” resultou em 168 artigos, onde após leitura dos títulos, restaram 09 artigos e, após leitura minuciosa, mais uma vez, nenhum artigo contemplava a temática proposta na pesquisa.

Na base de dados SCIELO, as publicações foram levantadas a partir do uso dos seguintes descritores: “hipertensão arterial” OR “adolescentes” OR “puerpério”. Quando se cruzou os descritores, por meio do operador OR, encontrou-se inicialmente 6.128 referências. Quando aplicados os filtros “Brasil”, “idioma português” e “ano de publicação de 2010 a 2018” o resultado mostrou 16 artigos; após leitura dos títulos, 06 artigos foram selecionados para a realização de leitura minuciosa, onde nenhum se enquadrava na temática da pesquisa.

Na base de dados MEDLINE, ao se cruzar os descritores selecionados com o operador booleano AND, não foram encontrados textos correspondentes, mas ao serem pesquisados individualmente, apresentaram os seguintes resultados: para o descritor “hipertensão gestacional”, encontrou-se inicialmente 3.791 referências; Quando se utilizou os filtros “Brasil”, “idioma em português”, e “ano de publicação de 2010 a 2018”, restaram 08 artigos; após leitura minuciosa nenhum artigo respondia a pergunta de pesquisa ou tinha relação com os objetivos propostos. Foi realizada uma nova busca com o descritor “puérperas sendo encontradas 160 referências. Quando aplicados os filtros “Brasil”, “idioma em português”, e “ano de publicação de 2010 a 2018”, restaram 04 artigos e, após leitura minuciosa, todos foram excluídos, por não se adequarem aos demais critérios de inclusão. Finalmente, na pesquisa com o descritor “adolescente” e “fatores de risco” não foram encontrados nenhuma referência.

Na base de dados BDEFN, as publicações foram levantadas a partir do uso dos seguintes descritores: “puérperas” AND “fatores de risco” AND “adolescente”. Inicialmente foram encontradas 310 referências. Após aplicação dos critérios de inclusão, nenhuma se mostrou apta a compor a amostra deste trabalho. Nova busca com os descritores:

“adolescente” AND “fatores de risco” AND “hipertensão gestacional”, resultaram em 27 referências que, após aplicação dos filtros “Brasil”, “idioma em português”, e “ano de publicação de 2010 a 2018”, resultaram em 06 artigos para leitura minuciosa, onde 01 se enquadrava nos critérios de seleção.

Assim, a amostra da presente pesquisa totalizou 2 artigos, conforme exposto na figura 1.

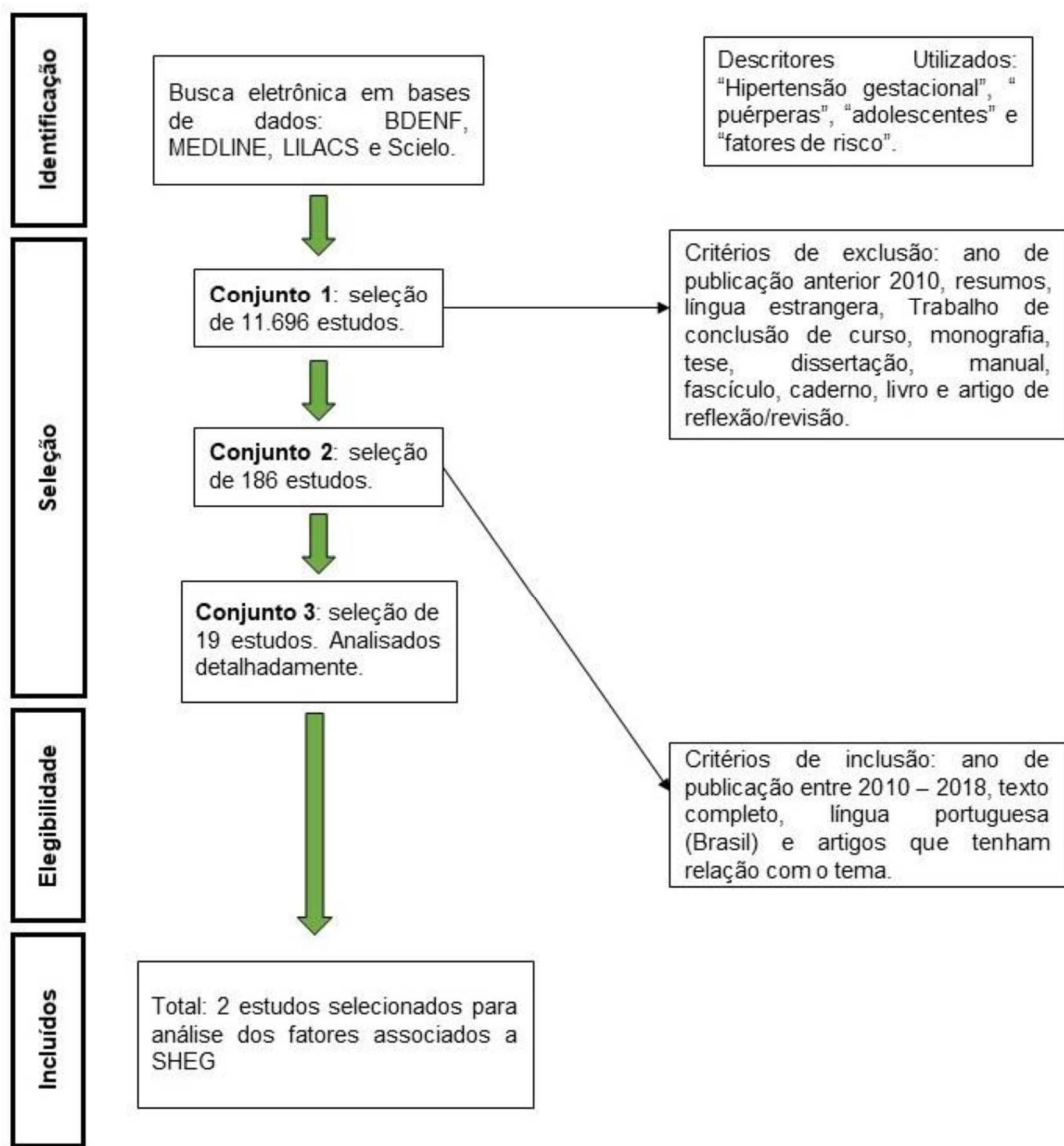


Figura 1. Fluxograma metodológico para seleção dos estudos.

O quadro 1 descreve a base de dados onde os textos foram encontrados: LILACS sendo 1 artigo e em BDNF foi selecionado 01 artigo, para compor esta revisão de literatura, sendo o primeiro com o título de “Mulheres com Síndromes Hipertensivas” e segundo com o

título “Fatores associados à síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos”. Sendo todos os artigos originais, publicados em língua portuguesa.

As revistas pesquisadas foram: “Revista de Enfermagem UFPE online”, fundada em 1981, é uma revista internacional para publicações de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado, com a assuntos relacionados ao âmbito da saúde sua assistência, prevenção dentre outros. “Revista Brasileira Materna Infantil” fundada em 1987, é um periódico de circulação internacional, publicada pelo IMIP com missão de divulgar artigos científicos abordando a investigação de saúde da mulher, da gestante e da criança nas suas dimensões clínico e epidemiológica.

Quadro 1. Caracterizando os estudos selecionados segundo as bases de dados Lilacs e BDNF, a revista, título, autores, objetivo, metodologia incluindo tipo de estudo e abordagem, e ano de publicação.

Nº	Base	Revista	Titulo	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
						Tipo de estudo	Abordagem	
1	LILACS	Revista de Enfermagem UFPE online	Mulheres com Síndrome Hipertensiva	MARIANO, Maria Sâmia Borges. BERLAMINO, Adriano da Costa. VASCONCELOS, Jessica Maria Silva. HOLANDA, Larissa Cunha Alves de. SIQUEIRA, Danielle D'Ávila. JUNIOR, Antônio Rodrigues Ferreira.	Descrever o perfil obstétrico de mulheres com síndrome hipertensiva.	Exploratório/ Descritivo	Qualitativa	2018
2	BDNF	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Fatores associados a síndrome hipertensiva específica da gestação em puérperas adolescente e adultas jovens da região nordeste da Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos.	BARCELAR, Eloisa Barreto. COSTA, Maria Conceição Oliveira. GAMA, Silvana Gramado Nogueira da. AMARAL, Magali Teresópolis Reis. ALMEIDA, André Henrique do Vale de.	Analisar possíveis associações entre a síndrome hipertensiva específica da gestação e características sociodemográficas do pré-natal e do parto em adolescentes e adultas jovens.	Exploratório/ Descritivo	Quantitativa	2017

Quadro 2. Caracterizando os autores dos artigos, incluindo a base de dados, título do artigo, autores, área de interesse, formação profissional e titulação.

Nº	Base	Titulo	Autor (es)	Área de interesse	Formação	Titulação
1	LILACS	Mulheres com síndromes hipertensivas	MARIANO, Maria Samia Borges. BERLAMINO, Adriano da Costa. VASCONCELOS, Jessica Maria Silva. HOLANDA, Larissa Cunha Alves de. SIQUEIRA, Danielle D'Ávila. JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira.	Enfermagem Administrativa	Enfermeiro (4) Administrador (2)	Especialista (2) Doutor (1)
2	BDNF	Fatores associados a síndrome hipertensiva específica da gestação em puérperas adolescente e adultas jovens da região nordeste da Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos.	BARCELAR, Eloisa Barreto. COSTA, Maria Conceição Oliveira. GAMA, Silvana Gramado Nogueira da. AMARAL, Magali Teresópolis Reis. ALMEIDA, André Henrique do Vale de.	Medicina Enfermagem Estatística	Médica (1) Enfermeiro (1) Estatística (1)	Mestre (1) Doutor (2)

O quadro 2 refere-se aos itens relativos à base de dados, tais como os autores, suas áreas de interesses (formação), e sua titulação. Sendo eles de diferentes áreas como a medicina, enfermagem, nutrição, estatística e administração, suas informações foram pesquisadas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do currículo *Lattes*.

3.1 FATORES SOCIAIS COMO FACILITADORES DA SHEG

Segundo Bacelar et al. (2017) a baixa escolaridade é coparticipante direto com 90% (OR=1,86) para ocorrência da SHEG na adolescência. Uma vez que mulheres com nível de escolaridade inferior tem menor chance de compreender a importância dos cuidados necessários no período gestacional, dificultando o relacionamento do profissional de saúde com a gestante, podendo haver pouco proveito das condutas preventivas e promocionais. Estes achados corroboram com o estudo realizado por Moura et al. (2010), ao avaliar os fatores de risco para SHEG entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia em 40 gestantes internadas, em Fortaleza/Ceará, onde este agravo tem maiores chances de se desenvolver em adolescentes (47,5%), visto que entre as mulheres estudadas, 15 (37,5%) das mulheres tinham escolaridade de três a sete anos de estudo, estando menos preparadas para compreender situações da gestação, tornando mais vulnerável a ter uma gestação de alto risco. Todavia, o Ministério da Saúde (2013), no caderno de atenção básica: pré-natal de baixo risco, demonstra resultado divergente, onde a gestação na adolescência e baixa escolaridade não são consideradas evidências que caracterizam maior chance desenvolver a SHEG.

O apoio familiar, além do apoio conjugal, é variável importantíssima para uma mãe adolescente, com influência significativa na escolha de abortar ou não o feto, sendo muito comum o aborto nesta categoria, segundo Correia et al. (2011). Quando esta mulher escolhe gerar o feto sem o apoio do genitor, o estudo de Bacelar et.al. (2017) apresenta chance de até 50% (OR=1,5) para desenvolver a SHEG e outras complicações na gestação. Já o estudo realizado por Brito et al. (2015) apresenta um resultado diferente sobre a prevalência de SHEG em um hospital-escola no município de João Pessoa/Paraíba, onde a maior prevalência para desenvolver a SHEG estava em adolescentes com situação conjugal, casada ou com união estável.

Com relação a vulnerabilidade social e sua relação com a SHEG, pessoas ou famílias estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos. No artigo 1, os fatores sociais não são citados pelo autor como preponderantes para o aparecimento da SHEG. Porém, no artigo 2 foi citado no estudo como item na entrevista de 2.960 mulheres que participaram da pesquisa, onde 83% das entrevistadas responderam não realizar trabalho remunerado, ou seja, não possuíam uma fonte de renda fixa, o que influencia no poder aquisitivo das entrevistadas, podendo corroborar para o desgaste físico e mental da gestante e contribuir para a elevação da pressão arterial e aparecimento da cefaleia, configurando-se um fator de risco para a SHEG. Moura et al, (2010) cita a baixa renda como um dos principais fatores para o desencadeamento da SHEG, por estar diretamente associada às condições nutricionais deficientes e às necessidades básicas não atendidas da gestante, estando em concordância com os resultados encontrados por Bacelar et al. (2017).

3.2 ACESSO À SAÚDE E AO PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde do Brasil salienta que a mulher, durante o seu processo de saúde-doença da gestação, apresenta riscos e vulnerabilidade; e necessita de gerenciamento de profissionais e de acesso adequado aos serviços de saúde. Portanto, lançou-se o programa “Rede Cegonha” que garante o acolhimento da gestante ao sistema de saúde com classificação de risco, garantindo a segurança no parto e visando reduzir a mortalidade materna e infantil, segundo a Portaria número 1.459 de 24 de junho de 2011.

O artigo 1 ressalta a importância da assistência de enfermagem durante a realização das consultas de pré-natal e a qualidade do atendimento por meios educativos e preventivos. E como resultado descobriu-se que apenas 0,51% das pacientes tiveram entre 1 e 3 consultas durante o pré-natal. Nessa variável, o resultado apresentou que a maioria das gestantes fez mais de 6 consultas durante o pré-natal, que entra em consenso com Brito et al. (2015), onde dentro do estudo com 119 prontuários alegou-se a realização de mais de 4 consultas de pré-natal, em que ocorrera 2 casos de eclampsia e 4 casos de síndrome de HELLP, o que tange o acesso ao serviço de saúde de qualidade, com cuidados não somente na Atenção Básica, mas também em nível especializado. Enfatiza-se a existência de um atendimento humanizado que demonstre apoio ao paciente e à família para que o tratamento possa progredir, segundo Mariano et al. (2018).

No artigo 2, a SHEG é destacada como mais prevalente entre adolescentes com menos de 17 anos devido o início do pré-natal tardio e ainda por apresentarem menos adequação à assistência de saúde, e pouca informação sobre o período gravídico, bem como as maternidades de referência, o que pode aumentar a incidência de deslocamento de unidade de saúde para outra durante o momento do parto.

Os autores levaram em consideração para avaliação o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação conforme a Rede Cegonha e o número total de consultas como sendo de no mínimo 6, pelo Ministério da Saúde e orientação sobre a maternidade de referência para o parto. Na presente pesquisa, as adolescentes e jovens adultas com baixa escolaridade, apresentaram maior incidência de contrair a SHEG pela menor compreensão da paciente sobre sua morbidade e sobre o não conhecimento da importância do cuidado de sua condição e as possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Cerca de 8,5% das adolescentes gestantes e jovens adultas realizaram o pré-natal de forma satisfatória (MOURA, 2015) contudo no presente estudo não houve associação entre a adequação da assistência de enfermagem e a SHEG.

Segundo Santos et al. (2018), as adolescentes do estudo começaram o pré-natal mais tardiamente que as grávidas adultas, com 18,1% das gestantes tendo desenvolvido algum tipo de intercorrência durante a gestação, como Doença Infecciosa do Trato Urinário (ITU), Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) ou Pré-eclâmpsia, além disso, tanto as adultas como as adolescentes faziam uso de álcool e cigarros durante a gestação. Santos et al. (2018) ressalta ainda que o pré-natal é o momento ideal para intervenções e prevenções do uso de substâncias que sejam prejudiciais para o binômio mãe-feto, e que a equipe de saúde que deve ser responsável pela identificação dos fatores de risco durante a gestação.

3.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE FACILITAM O APARECIMENTO DA SHEG

A SHEG apresenta-se como a principal causa de mortes maternas e desfechos desfavoráveis durante a gravidez, sendo considerada uma intercorrência importante durante todo o ciclo gestacional. O artigo 1 relata que ao menos 10% de todas as gestações apresentam algum tipo de síndrome hipertensiva, sendo mais proeminentes nos extremos de idade, gestação tardia e adolescência. Segundo Anjos et al. (2014), a hipertensão está presente entre 7% a 10% de todas as gestações e apresenta diversas complicações para as puérperas, principalmente quando acompanhada por doenças vasculares e renais. Ela está

diretamente ligada ao aumento de mortes maternas na gestação e puerpério imediato, corroborando com os dados apresentados por Mariano et al (2018). Além disso, na literatura geral, os pesquisadores têm demonstrado aumento nas intercorrências materno-fetal entre puérperas adolescentes, o que deve ser observado de forma mais ampliada.

Dentre as condições de saúde que contribuem para o aparecimento da SHEG, o artigo 1 destaca a história familiar de hipertensão arterial, a nutrição pré-gestacional inadequada, o ganho ponderal de peso, a gestação precoce entre adolescentes menores de 18 anos. O artigo 1 ainda acrescenta que o elevado número de gestações, principalmente acima de 5, configura risco para o aparecimento desta patologia, dado esse que diverge totalmente de pesquisas já publicadas sobre o tema que apresentam a SHEG como mais incidente em nulíparas.

O estudo realizado por Bacelar et al. (2017), ao avaliar o número de partos e sua correlação com a SHEG, apresentou um resultado diferente do artigo 1, visto que a referida patologia foi predominante entre as nulíparas, o que deixa claro que estudos relativos à paridade são controversos. Além do mais, nessa pesquisa não fica evidenciado a correlação direta entre gravidez na adolescência e o aparecimento de fatores de risco.

Analisando as circunstâncias maternas prévias que estão relacionadas ao aparecimento da SHEG na adolescência, o artigo 2 salienta que a primeira gestação com idade inferior a 17 anos configura alto risco em adolescentes. Bacelar et al, ainda acrescentam que esse grupo etário é mais propenso ao aparecimento desta doença devido a características fisiológicas próprias da idade.

Destacam-se ainda como antecedentes clínicos de risco o diabetes mellitus pré-gestacional e a presença de lúpus eritematoso. Brito et al. (2015) apresentam resultados semelhantes ao analisar antecedentes pessoais de um total de 170 gestantes, em que 22,9% apresentaram hipertensão arterial crônica e 4,7% eram diabéticas, além de outras comorbidades, o que reforça a visão da relação direta entre tais patologias e o desenvolvimento da SHEG no decorrer da gestação. Com relação a presença de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP como complicações da gravidez na adolescência, os resultados são inconclusivos, devido ao fato de alguns dados dos artigos selecionados serem divergentes.

Considerar a gravidez nessa fase como o único fator de risco para desfechos adversos é algo reducionista, uma vez que os resultados apresentados por Mariano et al. (2018) e Bacelar et al. (2017). A etiologia desta doença ainda é pouco conhecida e diversos outros fatores de saúde ou doenças prévias contribuem para o desenvolvimento da SHEG, além do

mais, a vulnerabilidade tanto da mãe quanto do bebê, pode ser diminuída por meio de fatores protetores. Desse modo, salienta-se que nem toda gravidez na adolescência é de alto risco obstétrico. No entanto, a presença de comorbidades no período gestacional como a hipertensão arterial e infecção do trato urinário, é muito mais comum entre adolescentes do que em outras idades.

4. CONCLUSÃO

Segundo dados coletados da nossa revisão, os fatores de risco que podem desencadear a SHEG em puérperas adolescente estamos relacionados a condição socioeconômica como a baixa escolaridade e a falta de renda fixa, ambos associados podem gerar agravos a saúde no período da gestação, outro fator são os antecedentes familiares como hipertensão arterial e diabetes.

Nossa amostra reuniu artigos de diversas regiões do país, neles a diferença entre os fatores de risco e entre as opiniões dos autores, cada um trazendo dados de suas pesquisas destacando suas regiões, porém em definitivo o atendimento de saúde se mostra precisando de melhorias.

Mostra-se importante enfatizar que precisamos realizar, mais pesquisas sobre a SHEG, na região Norte, para definirmos ações estratégicas de prevenção à doença, assim diminuindo os seus agravos.

5. REFERÊNCIAS

ANJOS, J. C. S. D. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, p. 23, 2014.

ANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo et al. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica Da Gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 173-180, 2012.

ANTUNES, M. B. et al. Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 1057, 2017.

BACELAR, E. B. et al. Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla

em modelos hierárquicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 683, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica número 32: **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**: Manual Técnico. 5 ed. Brasília: Editora MS, 2010.

BRITO, K. K. G. D. et al. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de Pesquisa O Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2117, 2015.

CARMO, S. S. et.al. Análise quantitativa sobre gravidez na adolescência em um município mineiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 801-7, 2014.

CORREIA, D. S.; CAVALCANTE, J. C.; EGITO, E. S. T.; MAIA, E. M. C. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2469, 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saúde, 2006.

MARIANO, M. S. B. et al. Mulheres com síndromes hipertensivas. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1618, 2018.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. S.; PEREIRA, A. K. C. D.; QUINTINO, M. M. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 250, 2015.

RUIZ, M. T. et.al. Associação entre Síndrome hipertensiva e hemorragia pós-parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 55-61, 2015.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica Da Gravidez. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 173-180, 2012.

DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Júlia Grazielle Santos Nunes¹, Kariny Gonzaga Vasconcelos¹ e Jessica de Sousa
Vale¹

1. Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), Curso de Enfermagem, Ariquemes, Rondônia, Brasil.

RESUMO

O termo ribeirinho designa qualquer pessoa que vive às margens dos rios. Os denominados ribeirinhos encontram-se em todas as regiões brasileiras, e na maioria das vezes, estão isolados não apenas da cultura geral, mas também do acesso a mídias e serviços essenciais como saúde e educação. Essa população recebe pouca visibilidade diante de políticas públicas, especialmente para a promoção da saúde, o que contribui para situação de vulnerabilidade frente aos agravos e enfermidades. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com o objetivo de descrever os desafios frente a promoção da saúde da população ribeirinha, especialmente relacionado a assistência de enfermagem. A enfermagem promove o cuidado que contribui para manter a saúde humana, preservando a dignidade e cultura das pessoas, de modo a atender os princípios da Política Nacional de Humanização. Nas comunidades ribeirinhas, nota-se que diante das características geográficas, culturais e sociais, há muitos desafios para promover a saúde, como a falta de profissionais da saúde, as longas distâncias a percorrer nos rios para acessar as localidades, a falta de acesso a comunicação e ausência de alternativas de cuidados e abordagens que preservem as tradições dessa população mediante suas necessidades. Diante deste contexto observa-se a urgência em aprimorar o acesso das populações que vivem nas comunidades ribeirinhas para serviços de saúde, de forma regular e contínua, propiciando realizar atividades de educação e promoção de saúde com efetividade. Além disso, verificou-se a necessidade de implementação de amplas políticas sociais, bem como de saúde para o desenvolvimento de intervenções nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, enfatizando o cuidado de enfermagem para melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: População vulnerável, Promoção em saúde e Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The term riverine designates any person who lives on the banks of rivers. The so-called riparians are found in all Brazilian regions, and most of the time, they are isolated not only from the general culture, but also from access to essential media and services such as health and education. This population receives little visibility before public policies, especially for health promotion, which contributes to a situation of vulnerability in the face of diseases and illnesses. Nursing promotes care that contributes to maintaining human health, preserving

people's dignity and culture, in order to meet the principles of the National Humanization Policy. In riverside communities, it is noted that in face of geographical, cultural and social characteristics, there are many challenges to promote health, such as the lack of health professionals, the long distances to travel in rivers to access localities, the lack of access to communication and the absence of alternative care and approaches that preserve the traditions of this population through their needs. In this context, there is an urgent need to improve access to health services for populations living in riverside communities, on a regular and continuous basis, providing effective education and health promotion activities. In addition, there was the need to implement broad social policies, as well as health policies for the development of interventions in the determinants and conditioning of the health-disease process, emphasizing nursing care to improve the quality of life of this population.

Keywords: Vulnerable population, Health promotion and Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A primeira aparição de Promoção de Saúde (PS) se deu no ano de 1920, porém seu registro só veio no ano de 1945, época em que ainda não se tinha muito conhecimento das atitudes tomadas e seus efeitos, mas já se pensava em medidas de contenção aos agravos. Sua modelação veio através dos questionamentos perante os preços elevados dos gastos em cuidados médicos (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

Tal documento de reclamação deu um grande pontapé para estabelecer o que hoje conhecemos como PS, conjunto de estratégias e maneiras de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de promover a equidade, a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo assim vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (GAMA et al., 2018).

As populações ribeirinhas representam uma mistura de diferentes grupos sociais (indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões). Suas comunidades são dispersas ao longo das margens do rio Solimões, lagos e igarapés correspondendo a uma área geográfica de 57.976km², com densidade demográfica de 1,3 pessoas por km² (GUIMARÃES et al., 2019).

Frente a dificuldade de deslocamento, infraestrutura de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde, esta população acaba utilizando ervas e plantas para o tratamento de doenças, estando sujeitos a efeitos negativos, evidenciando que nem todas as enfermidades são solucionadas com tais práticas (GAMA et al., 2018).

Desta forma a automedicação além de ser uma prática comum entre os ribeirinhos, intensificam agravos ocasionados pelas endemias, como a malária, característica na

população ribeirinha, tornando-se um grande problema de saúde pública. Diante deste contexto, marcado pela instabilidade do acesso a determinantes e condicionantes de saúde, o objetivo deste trabalho é descrever os desafios frente a promoção da saúde da população ribeirinha (FRANCO et al., 2015).

2. MATERIAIS E MÉTODO

O método utilizado consiste numa revisão de literatura executada através de levantamento bibliográfico científico de caráter exploratório, realizada por meio de artigos indexados e publicados em base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Ministério da Saúde (MS). Utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): População vulnerável; promoção em saúde; assistência de enfermagem, o levantamento das fontes de publicações foi realizado no mês de julho de 2020 a Setembro de 2020. Quanto ao delineamento temporal das referências utilizadas neste trabalho foram selecionados artigos publicados entre 2003 a 2020.

Os critérios de inclusão corresponderam a referências disponibilizadas na íntegra, publicadas em língua portuguesa ou inglesa, abordando o tema proposto. Já os critérios de exclusão contemplaram materiais incompletos, disponibilizados em outros idiomas e não coerentes com o assunto em questão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A expressão promoção de saúde foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist, mas já haviam práticas que poderiam ser denominadas como tal a partir do século XIX, como por exemplo, com Virchow que relacionava as condições de saúde com as condições de vida. Porém seu surgimento registrado, se deu na década 20 do século passado com Winslow e em 1945 com Sigerist. Já em 1958 se deu através do Modelo da História Natural das doenças de Leavell e Clark (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

Com o passar do tempo o conceito foi tomando outra forma, e em maio de 1974 no Canadá, Lalonde enfatizou os fatores particulares que até então não eram ressaltados, já que a definição original da promoção enfatizava os fatores gerais. Seu relatório questionava os custos elevados dos cuidados médicos o que marcou a história no campo de saúde pública, sendo o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde (HEIDMAN et al., 2006).

O relatório conhecido como Informe Lalonde “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses”, relatava insuficiente as ações perante os determinantes dito por ele, biológicos, ambientais e os relacionados aos estilos de vida, assim propôs ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida (DIAS et al., 2018).

Os problemas de saúde de Lalonde se enquadram em três categorias. A primeira são os problemas médicos, a segunda são os problemas de saúde pública e a terceira são os problemas socioambientais. As ações contra esses problemas visam à mudança social e são baseadas no trabalho comunitário. Envolve recursos políticos, não apenas contando com profissionais de saúde. Essas ações são respostas a novas reivindicações de saúde, que são impulsionadas por fatores gerais e estruturais, como pobreza, desemprego, estresse, trabalho e moradia instáveis, envelhecimento da população, violência e isolamento social (SICOLO; NASCIMENTO, 2003).

Com isso, a promoção de saúde ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente determinantes socioeconômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais, passando de uma perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica para uma contextual, histórica, coletiva, ampla (HELSINKI, 2013).

A partir da década de 1980 foram desencadeadas várias iniciativas de promoção de saúde, o que a fez ser induzida oficialmente pela OMS no ano de 1984. Seu primeiro resultado foi a Carta de Ottawa (1ª conferência internacional, Canadá, 1986), inspirada pelos princípios de Alma Ata (1978) com a meta “Saúde para todos no ano 2000”, onde declarava que a promoção de saúde consiste em proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela (HEIDMAN et al., 2006).

Segundo Helsinki (2013), assim como a Carta de Ottawa outras conferências internacionais surgiram através das iniciativas de promoção de saúde, sendo elas a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988); Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992); Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), Relatório

da Conferência do México (2000); Carta de Bangkok (Tailândia, 2005), Carta de Nairobi (Kenya, 2009) e Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas.

Já no Brasil, os marcos legais e institucionais da PS iniciaram-se nos meados de 1980 por vários acontecimentos no âmbito nacional, o que permitiu a incorporação da PS como uma nova filosofia na prática das políticas de saúde. Um deles foi a discussão de Reforma Sanitária Brasileira, que recebeu destaque na VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986 (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2020).

A Reforma Sanitária tinha conceitos e objetivos muito semelhantes aos apresentados na Carta de Ottawa, onde no relatório final definiram que a Saúde não se reduzia a ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento (CARVALHO, 2008).

Assim, a Constituição Federal (CF) de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) propondo assegurar o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas (SICOLO; NASCIMENTO, 2003).

Como resultados das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) propõe um movimento indutor para definição da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS no ano de 1998/1999 com o projeto “Promoção da Saúde”. Um novo modelo de atenção, para enfrentar os desafios na promoção de saúde e à qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde, publicado em 2006 (HEIDMAN et al., 2006).

3.2 POPULAÇÃO RIBEIRINHA

No território brasileiro, encontram-se grupos de população que residem nas margens de rios, e estes são denominados de comunidade ribeirinha. Esses grupos de pessoas encontram-se em maior parte no estado do Amazonas, e são compostos por indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões. A economia desta comunidade encontra-se alicerçada nas atividades de pesca, caça, agricultura familiar e doações de programas sociais do governo federal. A cultura é uma forte herança dos povos indígenas, com hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e agricultura de subsistência (GAMA et al., 2018).

As comunidades ribeirinhas precisam de recursos básicos, como saneamento e eletricidade. Depende das áreas urbanas para adquirir produtos de consumo e cuidados à saúde. Ao deslocarem-se, a viagem de barco para cidade através do rio pode durar alguns minutos ou até mesmo dias. Eles são suscetíveis a doenças infecciosas, como malária, hepatite, anemia, doenças parasitárias, poluição de água e alimentos, contaminação por mercúrio através dos peixes, doença de Chagas e doenças crônicas típicas do centro urbano, como diabetes e hipertensão (GUIMARÃES et al., 2019).

Referente aos aspectos religiosos é inteiramente mesclada. Sofreu influência do catolicismo colonizador, a presença negra e nordestina, com vestígios de crenças míticas, lendárias, características de seu torrão de formação indígena. A cultura desse povo é construída pela forma de vida onde o conhecimento é transmitido de pai para filho, possuem um aperfeiçoado conhecimento do ambiente local e criam uma grande diversidade de narrativas míticas voltadas para relação homem e natureza. Desenvolvem recursos internos no grupo para cuidados com a saúde, considerados tradicionais, como os curandeiros, a parteira, o conhecedor de drogas naturais e especialistas em técnicas de massagem para tratamento muscular. Realizam cuidados não-oficiais de saúde por meio do uso de recursos terapêuticos locais como plantas, vários extratos botânicos e produtos animais (SILVA, 2017).

Os ribeirinhos enfrentam os problemas ambientais naturais como ocorre na planície Amazônica, às inundações periódicas nas margens dos rios onde são normalmente utilizadas para os assentamentos, para a agricultura e a pecuária. Em decorrência desse processo, afeta a proporção de componentes em suspensão, o que altera a qualidade da água utilizada pela população local, tornando-se contaminada, e devido à presença de algas com grande potencial tóxico na água que atende o abastecimento humano e de animais, a saúde dessas populações fica constantemente exposta ao risco, sendo necessário o monitoramento a fim de garantir a disponibilidade da água com qualidade para essas populações (GIATTI; CUTOLO, 2012).

Outro ponto social de impacto à saúde dos ribeirinhos é o fator socioeconômico, principalmente para as crianças. Piores condições de saúde nessa fase da vida, aplicam-se ações de prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis, pois possibilitam o pleno crescimento e desenvolvimento infantil, a alimentação e a nutrição se inserem como um aspecto fundamental da qualidade de vida e é essencial para o sucesso de medidas de promoção e proteção da saúde. Para isso, deve-se buscar e associar as

respostas adaptativas e manter a tradição e secularidade dos ribeirinhos, de fundo biocultural, aos programas de promoção e proteção da saúde (BÔAS; OLIVEIRA, 2016).

Pela longa distância das zonas urbanas, os ribeirinhos quando não conseguem viajar, utilizam do conhecimento empírico, das plantas medicinais. Um problema comum é a subnutrição em crianças, seguido por doenças autorrelatadas, como dores de cabeça, costas, musculares, articulações, dores abdominais, gripe e sintomas relacionados como febre e tosse, doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e reumatismo. Dentre os problemas gastrointestinais destacam-se a diarreia, gastrite, azia e vômito. Além dessas enfermidades, existem infecções do trato urinário, anemias e inflamações, outros problemas de saúde são as osteoporoses e verminoses (GAMA, 2018).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE – PNPS

A institucionalização da PNPS no SUS iniciou no ano de 2005, com a criação do Comitê Gestor da Política, pela Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, com foco de consolidar Política Nacional de Promoção da Saúde, definir a condução da implantação nas diferentes Secretarias do MS, e articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2018).

Por meio da portaria MS/GM nº 687/2006 se construiu uma política transversal com vistas a favorecer o diálogo entre os diversos setores do governo, setores privados e sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população (BRASIL, 2015).

Através do decreto nº 6.286, de 2007, foi instituído no Ministério da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (DIAS et al., 2018).

A porta de entrada da PS no SUS foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de

enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal entre outros (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

Entre os anos de 2008 e 2010 foram implementados vários núcleos de prevenção de violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, porém somente a partir de 2011 foram definidas novas modalidades de repasse de recurso, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais para os programas como Programa Academia da Saúde, programas de redução de morbimortalidade no trânsito, Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-Ad), Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Plano Juventude VIVA, que tem como objetivo prevenir os homicídios em jovens negros, Programa Bolsa Família (PBF), a implementação do Sistema Nacional de Vigilância de Alimentar e Nutricional (SISVAN), (MALTA et al., 2018).

Para suas atividades, a PNPS necessita estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT (BRASIL, 2015).

Segundo a portaria a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, a promoção da saúde é vista como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular sua ação com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2018).

Objetiva-se assim, promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

Portanto a PS deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimentos sociais para todos, garantindo os princípios de equidade, integralidade, corresponsabilidade, participação social, acesso à

educação e informação e desenvolvimento sustentável e as diretrizes do SUS, devendo ser qualificada e atualizada constantemente (CARVALHO, 2008).

3.4 DESAFIOS PARA A SAÚDE DOS RIBEIRINHOS

A enfermagem tem como objetivo promover o cuidado que visa manter a saúde e a dignidade humana, para que o atendimento se alinhe à Política Nacional de Humanização (BROCA; FERREIRA, 2012).

A alternativa principal para o cuidado de famílias ribeirinhas é o conhecimento de suas particularidades como a cultura, as crenças e os hábitos de saúde, pois isso influencia diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos e de todos os familiares. Sendo assim, desenvolver alternativas que minimamente interferem em seus costumes de acordo com suas necessidades principais para promover saúde a esta população, torna-se essencial para lhes fornecer um estado de saúde mais adequado, incentivar a prática de atividades físicas, trabalho, lazer, receber o fornecimento de água potável adequando, ter acesso a todas as fontes de alimento saudáveis, moradia segura, acesso à escola, apoio social, acesso a todas as áreas de cuidados a saúde e suprir a necessidade de informação. Existem dificuldades para a realização destas alternativas, porém cabe às autoridades do país estudar meios para melhor alcançar essa população de acordo com seus direitos citados nas leis e assim cumprir os objetivos do SUS (BÔAS; OLIVEIRA, 2016).

Nas comunidades ribeirinhas, deve-se destacar que, dadas as características geográficas, culturais e sociais, a promoção da saúde enfrenta muitos desafios, como a falta de profissionais de saúde, viagens de longa distância a locais inacessíveis do rio e a falta de acesso a comunicações e serviços de saúde. Faltam opções e métodos tradicionais de atendimento que mantenham essa população em suas necessidades. Sob tais circunstâncias, há uma necessidade urgente de melhorar o acesso regular e contínuo aos serviços de saúde para os residentes das comunidades ribeirinhas, para que possam efetivamente implementar a educação e promoção da saúde. Além disso, é necessário programar políticas sociais e de saúde abrangentes para desenvolver intervenções sobre os determinantes e condicionantes do processo doença-doença e enfatizar a necessidade dos cuidados de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida dessa população (GUIMARÃES et al., 2019).

3.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

A atenção aos povos ribeirinhos está garantida pela Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/ GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (FRANCO et al., 2015).

As ações de saúde ribeirinha destinadas especialmente para o contexto amazônico e pantaneiro, ou seja, a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), que está ligada a uma unidade fixa, mas seu acesso às comunidades se dá por via fluvial; e Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), que desempenha atividades nas Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis (KADRI et al., 2019).

Segundo a portaria Nº 837, de 9 de maio de 2014 as equipes são compostas minimamente por um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe:

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. Art. 5º Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Além dessas equipes, a população ribeirinha participa de projetos de extensão universitária como o “FOB-USP em Rondônia”, que busca desenvolver ações de prevenção, educação e reabilitação nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia. Outras alternativas de PS são os recursos tecnológicos em uma comunidade ribeirinha, telemedicina, através de transmissão em vídeo e áudio em tempo real (FRANCO et al., 2015).

Todas as ações de saúde são centradas na zona urbana dos municípios, com ações irregulares dos profissionais de saúde nas comunidades, mas costuma ser limitado pela distância e condições financeiras o que leva os moradores a solucionar seus problemas de saúde na própria comunidade por ervas e medicamentos alopáticos. Tais condutas evidenciam que há muito o que ser aperfeiçoado para a PS desta população (GAMA et al., 2018).

4. CONCLUSÃO

A vulnerabilidade da população ribeirinha, especialmente em saúde, não pode ser negligenciada. Este estudo evidenciou aspectos relevantes sobre o contexto ecológico dos ribeirinhos, englobando a multiplicidade de fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

A promoção de saúde é uma importante ferramenta para a prevenir enfermidades e melhorar a qualidade de vida, além de ser um direito universal. Os desafios para a promoção da saúde da população ribeirinha são diversos, contemplando características geográficas, culturais e sociais.

Um redirecionamento das ações de promoção à saúde dos ribeirinhos se faz necessário, exigindo um conjunto de recursos que podem e devem ser investidos, para a efetivação dos direitos à assistência digna de saúde.

O enfermeiro é profissional fundamental na equipe de saúde, sendo elencado como principal agente promotor do cuidado da educação em saúde. Atuando em todas os ciclos da vida, e de acordo com os princípios éticos que permeiam suas abordagens de atuação, a equipe de enfermagem deve estimular a assistência multiprofissional em saúde para a população ribeirinha, preservando ao máximo seus respectivos aspectos culturais.

A partir dos resultados deste estudo, considera-se a realização de pesquisas que abordem a população ribeirinha, visto que diante da busca por referencial teórico, observou-se certa escassez. Ressalta-se também, que estudos como este fomentem e subsidiem políticas públicas que contemplem a comunidade ribeirinha.

5. REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BOAS, L. M. D. S. V.; OLIVEIRA, D. C. A Saúde nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira: Revisão Sistemática da Literatura. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 1386-1395, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em 08/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Política Nacional Promoção da Saúde (PNPS). Brasília – DF, 2014a.

BRASIL. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Brasília – DF, 2014b.

BRITO, G. E. G. D.; MENDES, A. d. C. G.; NETO, P. M. D. S. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface, comunicação saúde educação**, p. 22, n. 64, p. 77-86, 2018.

BROCA, P. V.; FERREIRA. M. D. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.

CARVALHO, A. I. D. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 4-5, 2008.

CARVALHO, A. I. D; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8kfg11chm5QJ:https://cursosextensao.usp.br/mod/resource/view.php%3Fid%3D25479+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=opera>>. Acesso em 08/11/2020.

CARVALHO, F. F. B. D; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’. **Saúde debate: Rio de Janeiro**, v. 41, n. 3, p. 265-276, 2017.

DIAS, M. S. D. A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

FRANCO, E. C. et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: Relato de experiência. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1521-1530, 2015.

GAMA, A. S. et al. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil**. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. e00002817, 2018.

GIATTI, L. L.; CUTOLO S. A. **Acesso à Água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal**. **Ambiente & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 93-109 2012.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, v. 11, p. e202000178, 2020.

HEIDMAN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface**, v. 23, p. 180612, 2019.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 21, p. 6, p. 1683-1694, 2016.

SICOLO, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. ***Interface Comunic. Saúde, Educ***, v. 7, n. 12, p.101-22, 2003.

SILVA, I. R. Modo de vida ribeirinho: construção da identidade amazônica. **VIII Jornada internacional políticas públicas**, 2017.

SILVA, P. F. A. D; BAPTISTA, T. W. D. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. ***Saúde debate: Rio de Janeiro***, v. 39, p. 91-104, 2015.

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Bruno Pereira da Silva^{1,2} e Maria Aline do Nascimento Oliveira²

1. Universidade Federal de São Paulo, Campus São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

RESUMO

Os centros de atenção psicossocial são os organizadores da rede de atenção psicossocial. Sendo a condição humana, social, política e cultural de seus usuários os norteadores do cuidado em saúde mental. Este trabalho objetivou conhecer o perfil dos usuários do CAPS II do município de Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil. Realizou-se uma pesquisa quantitativa do tipo transversal e descritiva com dados obtidos por meio da análise secundária de 250 prontuários. Sessenta e seis por cento dos participantes são sexo feminino, 42% solteiro, com média de idade de 38 anos. Em 45% dos prontuários a origem do encaminhamento não foi informada e 32% encaminhados por Unidades Básicas de Saúde. Os transtornos ansiosos, 47%, seguido dos episódios depressivos, 23%, e do transtorno afetivo bipolar, 16%, foram os diagnósticos mais frequentes. E 37% (n= 93) dos usuários iniciaram o atendimento no CAPS no ano de 2011. Os resultados alertam para a necessidade de completude no registro de informações nos prontuários e da articulação entre os serviços da Atenção Básica em Saúde e o CAPS para a oferta de cuidado territorializado para a garantia atendimento em rede e da qualidade no atendimento em saúde mental local.

Palavras-chave: Saúde Mental, CAPS e Amazônia.

ABSTRACT

The psychosocial care centers are the organizers of the psychosocial care network. Being the human, social, political and cultural condition of its users, the guiding principles of mental health care. This study aimed to know the profile of CAPS II users in the city of Cruzeiro do Sul, Acre, Brazil. A cross-sectional and descriptive quantitative research was carried out with data obtained through the secondary analysis of 250 medical records. Sixty-six percent of the participants are female, 42% single, with an average age of 38 years. In 45% of the medical records, the origin of the referral was not informed and 32% were referred by Basic Health Units. Anxious disorders, 47%, followed by depressive episodes, 23%, and bipolar affective disorder, 16%, were the most common diagnoses. frequently asked questions. And 37% (n = 93) of the users started attending the CAPS in 2011. The results alert to the need for completeness in the registration of information in the medical records and in the articulation

between the Primary Health Care services and the CAPS for the offering territorialized care to guarantee networked care and quality in local mental health care.

Keywords: Mental Health, CAPS and Amazon.

1. INTRODUÇÃO

Com o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo como base a condição humana, social, política e cultural do usuário da saúde mental, deixando de lado a preocupação centralizada apenas na instituição hospitalar, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço que tem tido avanços significativos nas últimas décadas. Na atualidade, o desafio que se coloca, diz respeito ao aumento da participação dos usuários no processo de desospitalização (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Os CAPS têm como objetivo possibilitar a reabilitação psicossocial, evitando as internações recorrentes, visando introduzir os princípios que nortearam a Reforma Psiquiátrica e a diminuir o impacto da desinstitucionalização, promovendo a reabilitação psicossocial (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Pesquisas da Organização Mundial de Saúde demonstram que uma em cada quatro pessoas desenvolve adoecimento psíquico em algum momento da vida e, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado (OMS, 2001).

Um monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2001 e 2002, concluiu que 51% das equipes de saúde da família realizavam algum atendimento em saúde mental. Há uma alta prevalência de sofrimento mental que chega à atenção básica, e os pacientes que chegam ao atendimento especializado em saúde mental não têm suas necessidades satisfeitas pelas tecnologias utilizadas pelas especialidades e, sim, por esforços criativos e conjuntos de profissionais que mobilizam e articulam recursos institucionais, comunitários, individuais, materiais e subjetivos com o usuário e a rede social (DELFINI et al., 2009a).

Os CAPS, de acordo com a legislação, são os organizadores da rede e, como tais, devem buscar o estreitamento de laços entre a saúde mental e a comunidade. É sua função oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da

demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica (BRASIL, 2002).

Face ao exposto o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II Náuas/Tereza Biloto de Cruzeiro do Sul-AC para o desenvolvimento de estratégias que venham otimizar o atendimento e acompanhamento destes em consonância com os princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa quantitativa do tipo transversal e descritiva, a partir da análise documental, realizado no Centro de Atenção Psicossocial II Náuas/Tereza Biloto na cidade de Cruzeiro do Sul no Estado do Acre. A amostra foi composta de 250 prontuários, de um universo 5.500, de usuários atendidos no do CAPS II Náuas, nos meses de setembro e outubro de 2011.

Foram envolvidos na pesquisa apenas o universo dos prontuários que se encontravam ativos no momento da coleta. Foram considerados ativos os prontuários dos usuários que frequentaram o serviço nos meses da pesquisa, com o número de inscrição do Cartão nacional do SUS (CNS) e inscritos no serviço no mínimo três meses.

Para coleta de dados foi utilizado o protocolo de pesquisa elaborado e utilizado por Delfini et al. (2009b) adaptado para a realidade local e a população pesquisada. As variáveis coletadas, de acordo com a organização e disponibilidade de informações nos prontuários foram: sexo, data de nascimento, hipótese diagnóstica, origem do encaminhamento e motivo da consulta. Para a tabulação e à análise de dados foi produzido um banco de dados no programa Microsoft Excel, utilizou-se a estatística descritiva com emprego da frequência absoluta e percentual.

A realização da pesquisa foi autorizada pelo gestor da instituição e o aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, processo n.23107.014316/2011-57 em cumprimento das exigências éticas da Resolução Nº. 196 de 10.10.1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos usuários, 250 prontuários, são apresentadas nas tabelas 1 e 2. Na tabela 1 é apresentado o perfil segundo faixa etária e gênero e na tabela 2 segundo estado civil e gênero.

Tabela 1. Usuários assistidos no CAPS II – Náguas/Tereza Biloto, segundo faixa etária e gênero, Cruzeiro do Sul-Acre, 2011.

Idade	Gênero				Total
	Masculino	Feminino			
	N	%	n	%	
0 - 10	13	15%	06	04%	19
11 - 20	16	19%	11	07%	27
21 - 30	14	16%	18	13%	32
31 - 40	17	20%	37	22%	54
41 - 50	14	16%	45	26%	59
51 - 60	05	06%	30	17%	35
61 - 70	05	06%	12	07%	17
71 - 80	01	02%	06	04%	07
Total	85	100%	165	100%	250

Observou-se que 66% (n = 165) dos participantes são do gênero feminino e 34% (n= 85) são do gênero masculino. Em estudo realizado em um CAPS geral no município de Iguatu no Ceará o público feminino constituiu-se de 79,3% (n= 46) e o masculino de 20,7% (n=12), corroborando com o achado deste estudo (CARVALHO, 2010).

O fato de ter um número expressivo de mulheres atendidas neste tipo de serviço reflete a procura desse público por atendimento médico, uma questão cultural, tendo em vista que as mulheres procuram atendimento com maior frequência que os homens, em diversos serviços da saúde, não somente na área da saúde mental (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Todavia, é um número expressivo de mulheres em atendimento psiquiátrico e nos alerta para importância de atentar para esse público.

A faixa etária dos usuários variou entre 2 e 79 anos, com média de idade de 38 anos. Observou-se que no público feminino a idade entre 41 e 50 anos foi mais prevalente, 27% (n= 45) e no público masculino homens idade entre 31 e 40 anos, 20% (n= 17).

Tabela 2. Usuários assistidos no CAPS II – Náuas/Tereza Biloto, segundo o estado civil e gênero, Cruzeiro do Sul-Acre, 2011.

Estado Civil	Gênero				Total
	Masculino		Feminino		
	N	%	n	%	
Solteiro (a)	40	47%	65	39%	105
Casado (a)	22	26%	72	44%	94
Divorciado (a)	-	-	06	4%	06
Viúvo (a)	01	1%	12	7%	13
Menor (a)	22	26%	10	6%	32
Total	85	100%	165	100%	250

A maioria dos usuários são solteiros, 42% (n= 105), 39% (n= 65) são mulheres e 47% (n= 40) homens. Este resultado se assemelha com os resultados da pesquisa realizada em Portugal, com usuários diagnosticados com transtornos mentais acompanhados em serviços ambulatoriais em que 63% dos usuários eram solteiros, 31% eram casados, 4,4% divorciados e 1,6% eram viúvos (RABASQUINHO, 2007).

Tabela 3. Usuários assistidos no CAPS II – Náuas/Tereza Biloto, segundo a origem do encaminhamento, Cruzeiro do Sul-Acre, 2011.

Origem do Encaminhamento	N	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	82	32%
Hospital Regional do Juruá (HRJ)	37	15%
Escola	05	05%
Outros*	14	06%
Não informado	112	45%
Total	250	100%

* Outros incluem consultórios particulares, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Polícia Militar, Fundação Hospitalar Estadual Acre (FUNDACRE), Exército Brasileiro e Navio de Assistência Hospitalar.

Quanto à origem do encaminhamento, a maioria dos prontuários analisados, 45% (n= 112) não apresentavam essa informação. Trinta e dois por cento (n= 82) foram encaminhados

por Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 15% (n= 37) do Hospital Regional do Juruá (HRJ). Dos 82 prontuários com encaminhamentos de UBS, o maior número de encaminhamentos foi de Unidades do município de Cruzeiro do Sul com 82% (n= 67). Também foram encontrados encaminhamentos de UBS de outros municípios como Mâncio Lima (n= 2), Guajará (n= 7), Rodrigues Alves (n= 5) e Porto Valter (n= 1). Todos municípios circunvizinhos, da regional de saúde do Juruá, o que caracteriza o CAPS II Náguas como serviço substitutivo de saúde mental de referência.

Os dados sobre o encaminhamento dos usuários para o CAPS II – Cruzeiro do Sul indicam uma predominância na entrada no serviço via Unidade Básica de Saúde. Percebe-se, assim, uma maior inserção do CAPS II dentro da sociedade, que por sua vez demonstra maior conhecimento do serviço como estratégia de intervenção acessível e direta, através da parceria do CAPS com a rede básica de saúde, assumindo um papel de corresponsabilidade quanto ao cuidado em saúde mental (FARIA, 2009).

Os dados do presente trabalho divergem dos resultados apresentados em estudo realizado na cidade de Sobral, CE, em que 41,4 % dos usuários foram encaminhados por hospitais. Todavia, 30,7% pelo antigo Programa da Saúde da Família (PSF) e 9,6% chegaram ao serviço por demanda espontânea, corroborando com os achados do presente estudo (MARINHO, 2004).

Em relação as hipótese diagnósticas verificou-se, com maior frequência, os transtornos ansiosos (F41), 47% (n= 65), seguido dos episódios depressivos (F32), 23% (n= 34), transtorno afetivo bipolar (F31), 16% (n= 21), episódios depressivos recorrentes (F33), 10% (n= 15) e esquizofrenia (F20), 9% (n= 11). Observou-se maior ocorrência, quantitativamente, de Transtorno de Pânico (n= 27), Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (n= 15), Episódio Depressivo Moderado (n= 11), Episódio Depressivo Leve (n= 11) e Transtorno Depressivo Recorrente com episódio atual leve (n= 9) no público feminino. Quatorze por cento (n = 15) dos usuários não tinha hipótese diagnóstica descrita.

No estudo realizado por Pelisoli e Moreira (2005) no CAPS Casa Aberta as hipóteses diagnósticas de maior ocorrência foram o episódio depressivo (F32), 10,5% (n = 259), seguido por outros transtornos ansiosos (F41), 7,2% (n = 178), outros transtornos emocionais na infância (F93.8), 3,6% (n = 89), transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), 3,3% (n = 81) e transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (F10), 2,8% (n = 70), similar ao encontrado no presente estudos, 16% dos usuários não tinham nenhuma hipótese diagnóstica.

Tabela 4. Usuários assistidos no CAPS II – Náuas/Tereza Biloto, segundo a hipótese diagnóstica de acordo com a CIDX, Cruzeiro do Sul-Acre, 2011.

Classificação Internacional de Doenças – CIDX		Gênero				Total
		Masculino		Feminino		
Hipótese Diagnóstica	Descrição do Transtorno	N	%	n	%	n
F41	Transtornos Ansiosos	14	16%	51	31%	65
F32	Episódios Depressivos	5	6%	29	17%	34
F31	Transtorno Afetivo Bipolar	5	6%	16	10%	21
F33	Episódios Depressivos Recorrentes	2	2%	13	8%	15
F20	Esquizofrenia	3	4%	8	5%	11
F06	Transtornos Mentais devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física	6	7%	5	3%	11
F72	Retardo Mental Grave	9	10%	1	0,5%	10
F71	Retardo Mental Moderado	5	6%	4	2,4%	9
F70	Retardo Mental Leve	4	5%	3	2%	7
F07	Transtorno de Personalidade e de Comportamento devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral	4	5%	3	2%	7
F44	Transtornos Dissociativos (de conversão)	4	5%	2	1,1%	6
F25	Transtornos Esquizoafetivos	-	-	6	4%	6
F23	Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios	4	5%	1	0,5%	5
G40	Epilepsia	2	2%	3	2%	5
F90	Transtornos Hipercinéticos	3	4%	-	-	3
F10	Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao Uso de Álcool	3	4%	-	-	3
F45	Transtornos Somatoformes	-	-	2	1,1%	2
F09	Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado	-	-	2	1,1%	2
F30	Episódio Maníaco	1	1%	1	0,5%	2
F40	Transtorno Fóbico - Ansioso	2	2%	-	-	2
F43	Reação ao “stress” Grave e Transtornos de Adaptação	-	-	2	1,1%	2
F53	Transtornos Mentais e Comportamentais associados ao Puerpério	-	-	2	1,1%	2
F84	Transtornos Globais de Desenvolvimento	-	-	2	1,1%	2
F64	Transtorno da Identidade Sexual	-	-	1	0,5%	1
F42	Transtorno Obsessivo – Compulsivo	-	-	1	0,5%	1
F00	Demência na Doença de Alzheimer	-	-	1	0,5%	1
-	Sem Diagnóstico	9	10%	6	4%	15
	TOTAL	85	100%	165	100 %	250

A definição do diagnóstico é parte integrante do cuidado em saúde mental e embora seja importante para a estruturação do plano terapêutico, bem como um indicador epidemiológico da ocorrência dos transtornos mentais na população, não é uma tarefa fácil e demanda do profissional vários atendimentos, com avaliação clínica minuciosa, para se chegar na primeira hipótese diagnóstica.

Dos prontuários analisados verificou-se que dos usuários cadastrados 24% (n= 60) se desligaram do serviço por um determinado período e 76% (n= 190) não se desligaram em nenhum momento, comparecendo as consultas frequentemente, nos dias agendados (dados não apresentados em gráficos ou tabelas).

Segundo o Manual de Saúde Mental, a frequência de acompanhamento dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico, sendo necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, uma consulta a cada três meses. O que também determina a frequência no serviço é o acesso que os usuários têm ao CAPS, o apoio e/ou o acompanhamento familiar e a possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas e de geração de renda e trabalho (BRASIL, 2004a).

Tal acompanhamento gera para o indivíduo a possibilidade de uma recuperação saudável e em menor tempo, podendo ter uma manutenção mais tranquila do tratamento.

Quanto à abertura dos prontuários, desde a inauguração da instituição em abril de 2005 até outubro de 2011, 37% (n= 93) dos usuários iniciaram o atendimento no CAPS no ano de 2011. Observou-se um aumento na abertura de prontuários no ano de 2011, o que pode indicar um incremento na acessibilidade ao serviço ou uma distorção no entendimento da função do serviço (dado não apresentado em gráfico ou tabela).

Foi percebida uma expressiva demanda por atendimento prescritivo de medicamentos, e pouca inserção nas terapias não medicamentosas oferecidas pelo serviço. Uma descaracterização da real função do CAPS.

4. CONCLUSÕES

Este é o primeiro estudo realizado no município de Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil, sobre a população atendida no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) Náguas/Tereza Biloto, com objetivo de delinear o perfil da população atendida.

Os resultados alertam para a necessidade de completude no registro de informações nos prontuários, bem como a necessidade da efetivação da Política Nacional de Saúde Mental no município de Cruzeiro do Sul e o avanço do município e do estado para a elaboração e implementação de suas Políticas de Saúde Mental, a fim de oferecer uma assistência extra-hospitalar acolhedora, integral, efetiva, resolutiva, pensada e articulada prevenindo a cronificação e o isolamento dos usuários da saúde mental.

Sugere-se a articulação entre os serviços da Atenção Básica em Saúde e CAPS Nauás/Tereza Biloto para a oferta de cuidado territorializado para garantia da eficácia e da qualidade do atendimento em saúde mental município de Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CARVALHO, M. D. A.; HELDER OLIVEIRA E, S.; LEILA VIEIRA, R. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 6, n. 2, p. 337-349, 2010.

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex Salud Soc**, n. 23, p. 97-117, 2016 .

DELFINI, P. S. S. et al . Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc Saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, 2009 .

DELFINI, P. S. S. et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: a eficácia das políticas públicas de saúde mental. **Psicol Soc**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPSad em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral – CE, setembro de 2002 a agosto de 2003.** (Monografia) Curso de Residência em Saúde da Família - Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSVS, Sobral, CE, 2004.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2001.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 27, n. 3, p. 270-277, 2005.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. **Aná Psicológica**, v. 25, n. 3, p. 439-454, 2007.

CARACTERIZAÇÃO E GEORREFERENCIAMENTO DOS CASOS DE ANEMIA FALCIFORME NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO DE SAÚDE NORTE, EM MANAUS -AM

Aline Aparecida Ferreira Artini¹, Adenilson Dos Santos Torres¹, Anete Rodrigues Dantas¹, Juan Choque Souza¹, Maria Do Socorro Furtado Soares¹ e Olivam Silva Conceição¹

1. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

Dialogar sobre saúde pública universal é sonhar com um mundo melhor para todos. A atenção primária é o campo de atuação indispensável, para o exercício da interprofissionalidade, particularmente no contexto da doença falciforme, considerada como um problema de saúde pública no Brasil. O presente estudo demonstra a caracterização e georreferenciamento dos casos de Anemia Falciforme nas áreas de abrangência do distrito de saúde norte, em Manaus, Amazonas.

Palavras-chave: Anemia Falciforme, Saúde e Amazônia.

ABSTRACT

To talk about universal public health is to dream of a better world for all. Primary care is the indispensable field of action for the exercise of interprofessionality, particularly in the context of sickle cell disease, considered as a public health problem in Brazil. The present study demonstrates the characterization and georeferencing of sickle cell anemia cases in the areas covered by the northern health district, in Manaus, Amazonas.

Keywords: Sickle Cell Anemia, Health and the Amazon.

1. INTRODUÇÃO

1.1 SUS – O SISTEMA UNIVERSAL PARA SAÚDE PÚBLICA CONTEMPORÂNEA

Dialogar sobre saúde pública universal é sonhar com um mundo melhor para todos. Essa referência diz respeito aos sistemas universais de saúde, pautados em princípios de

universalidade, integralidade e equidade; tríade, que sustenta o sistema, assegurando esse direito a todos, de forma gratuita, independente da condição social. No Brasil, temos o Sistema Único de Saúde – SUS!

A expressão “para todos” pressupõe o princípio da universalidade, deixando claro que todos têm o direito assegurado, independente da condição socioeconômica, isto é, pobres e ricos, empregados e desempregados, moradores de rua, da floresta ou do campo, indígenas, quilombolas, etc. Em um clássico modelo de política social, o Brasil estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema universal, implantado para atender aos brasileiros, sem, contudo, excluir os estrangeiros (não nacionais), ou mesmo aqueles que possuem planos privados de saúde, demonstrando um exemplo de humanização e inclusão social. Essa visão, de inclusão, rompe com a questão da saúde como negócio da doença para se tornar uma questão de garantia da vida, em que todos são assistidos em suas necessidades, reduzindo-se as desigualdades e as iniquidades assistenciais.

O segundo princípio, o da integralidade, remete o sistema universal a desenhar uma malha assistencial para cobertura da população de forma hierarquizada, compreendendo assim três redes de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Esse princípio, interliga a assistência, em seus três níveis de atenção, promovendo a prestação de serviços segundo as necessidades de saúde dos usuários do sistema, isto é, se a necessidade é por uma consulta com o clínico geral busca-se a unidade básica de saúde; se, a partir deste, o prescritor observa a necessidade da realização de uma consulta ou exame especializado, referencia o usuário ao segundo nível de assistência, e, se a partir deste, caso necessário, ao terceiro nível (alta complexidade).

A atenção primária, responsável pela prestação de serviços em atenção básica, designada como porta de entrada do sistema, é formada por unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, núcleos de assistência à saúde da família, centros de atenção integral à saúde da criança, centros de atenção psicossocial, entre outras; estando estas unidades de saúde operacionalizadas por equipes multiprofissionais, tais como, equipes da estratégia saúde da família, equipes de atenção básica, equipes de atenção psicossocial, constituídas estrategicamente por médicos clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas, auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), agentes de endemias, etc. Neste cenário, visualiza-se e considera-se o agente comunitário de saúde, não de forma isolada, a chave estratégica da saúde da família, a qual forma a grande rede de atenção básica, configurada para estar o mais próximo possível dos populares e de suas

comunidades, pois é ele quem estabelece o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

A atenção secundária, é porta de entrada de referência da atenção básica; é nela que o usuário do sistema tem a cobertura assistencial para suas necessidades de média complexidade, tais como, consultas médicas especializadas, fisioterapia, procedimentos especializados e exames laboratoriais e de imagem. A fim de assegurar o ordenamento desta referência, a entrada neste segundo nível de atenção, se dá de forma referenciada e regulada, com base em protocolos pré-estabelecidos, cuja importância visa, coibir privilégios, e equalizar a oferta de serviços à demanda assistencial.

Avançando neste sistema, e cumprindo o princípio da integralidade, o terceiro nível assistencial vem atender a alta complexidade ambulatorial e hospitalar, garantindo a oferta de leitos de internação hospitalar, cirurgias de média e alta complexidade, transplantes, e tratamentos de alta complexidade em geral, incluindo aí a assistência farmacêutica para produtos e medicamentos de alto custo. Ao final do trânsito do usuário, desde à atenção primária até a terciária, em um caso necessário, o sistema é retroalimentado com o próprio usuário retornando à atenção básica para acompanhamento assistencial por uma equipe de saúde da família, que por sua vez estará em um território adscrito à residência deste.

O terceiro princípio, o da equidade, veio para estabelecer um equilíbrio social na saúde pública, reduzir as iniquidades, evitar os favorecimentos ilegais, coibir a barganha, a discriminação e “preferenciação”, por conta de status social e/ou poder econômico; ainda, busca acima de tudo estatuir uma filosofia em saúde pública em que preconiza que a atenção à saúde deva ser concedida de maneira a “tratar os desiguais de forma desigual”, conforme suas necessidades e vulnerabilidades. O jargão tem uma conotação verdadeira, pois o que se diz sobre desigual é exatamente assegurar “a todos” a assistência necessária na medida de suas necessidades.

Nesse contexto, nasceu o referido trabalho, “Caracterização e Georreferenciamento dos casos de Anemia Falciforme e Traço Falciforme nas áreas de abrangência do Distrito de Saúde Norte, da cidade de Manaus-AM, pautado na singularidade da doença falciforme e nos princípios já elencados. E, submergimos ao tema da saúde no mundo contemporâneo, para demonstrar que na atualidade é imprescindível os governos não buscarem um modelo assistencial que vislumbre a cobertura de toda a população de seu território.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A DOENÇA FALCIFORME E SUA TRAJETÓRIA

“A Doença Falciforme (DF) é a patologia genética de caráter hereditário mais prevalente no mundo. Originou-se na África, possui uma frequência de 25 a 40% em países africanos, estendeu-se para a Península Arábica, sul da Itália, Índia e foi trazida às Américas pela imigração forçada de cerca de 3-4 milhões de africanos vindos como escravos)” (SOARES, 2017)

Antes prevalente em povos de etnia negra, considera-se que seja proveniente de uma mutação genética, devido a dispersão do gene HbS, originada na África, que se estendeu para a Ásia e América; encontra-se nas migrações populacionais, através da miscigenação. Advinda da imigração escravocrata em embarcações, em solo brasileiro, a DF hoje é considerada um problema de saúde pública.

No caso dos Estados Unidos, até a década de 1940 a doença falciforme era associada com a qualidade do sangue negro, sendo usada como prova dos efeitos perniciosos da miscigenação e em prol da segregação racial (FRY, 2005 apud CALVO-GOMZALEZ, 2017).

No Brasil, ainda há pouca divulgação sobre a referida doença. Somente em 2005, as Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005), surgem como ferramentas norteadoras para a promoção da integralidade do cuidado, particularmente na atenção primária. Neste contexto, destaca-se duas dessas diretrizes: a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com anemia falciforme ou o traço falciforme; e, a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente. Daí a necessidade de um planejamento para treinamento de profissionais de Saúde, especificamente o Enfermeiro, por ser entendido que este, é o comando de uma equipe nas Redes de Atenção à Saúde (BARBERINO et al., 2019).

O traço falciforme nomeia a condição de heterozigose do gene mutante falcêmico, em que o outro alelo é normal (HbAS); condição benigna e assintomática em que o indivíduo é portador de um gene mutante, mas não desenvolve a doença por não constituir modalidade atenuante na DF; não necessitando de acompanhamento especializado, e sim de um aconselhamento genético (BRASIL, 2014).

Em 2009 o Ministério da Saúde estabelece a *Linha de cuidado em doença falciforme*. Barberino dialoga em seu texto com a referida linha de cuidado e pontua a necessidade de

minimizar o efeito psicossocial do estigma da autoimagem da pessoa com doença falciforme, alinhando os objetivos que é contribuir para a promoção de uma mudança na história natural da DF no Brasil, no intuito de reduzir a taxa de morbiletalidade e promover a longevidade com qualidade às pessoas com a referida doença, com proposta para uma linha contínua de cuidado, atenção integral à saúde perto da moradia da pessoa com AF e TF, no intuito de fortalecer a integração das unidades da atenção primária com os centros de referência da atenção especializada.

De acordo com o percurso histórico da Doença Falciforme e as condições fisiopatológicas desses pacientes, entende-se que, a prática da integralidade do cuidado deve ser ampliada principalmente na atenção primária. Pois, não basta conhecer "a doença", é necessário estabelecer laços entre os profissionais de saúde e pacientes, como forma de fortalecer o processo de vinculação nas unidades de saúde, faz-se necessário abrir a cortina da doença, para ter acesso e conhecer a "pessoa doente". Logo, a literatura se completa com as práticas do cuidado.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME (PORTARIA Nº 1.391, DE 16 DE AGOSTO DE 2005) E A TRIAGEM NEONATAL

"A DF foi descoberta no Brasil há 100 anos e apenas no ano de 1996 foi instituído o Programa Anemia Falciforme (PAF), (BRASIL, 1996). Após cinco anos da sua formação, no ano de 2001, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial GM nº 822/01 (BRASIL, 2001) criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para determinadas enfermidades, que inclui o exame que detecta anemia falciforme e outras hemoglobinopatias, em 12 estados da Federação" (ANDRADE et al., 2019)

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (PNAIPDF) é a afirmação da prevalência da Doença Falciforme no solo brasileiro, tornando-se um avanço para a prática do cuidado integral, centrado no paciente, em razão da peculiaridade da doença. O Ministério da Saúde através do contexto da referida política, clarifica sobre a existência de outros tipos de hemoglobina mutante como: C, D E, entre outras, que adicionadas a S formam o grupo de Doença Falciforme. Desse arranjo conheceu-se a SS (anemia falciforme), e na condição de heterozigotos compostos (SC; SE; SD; S/beta Talassemia - doença falciforme) e outras de acometimento raro. Na população brasileira o traço falciforme está presente em cerca de 4% (8 milhões de pessoas), e entre 25.000 e 50.000 apresentam a DF em estado homozigótico com prevalência maior na região Norte e Nordeste do país.

A Triagem Neonatal (TNN) é uma estratégia preventiva em Saúde Pública que possibilita o Teste do Pezinho, o diagnóstico prévio, de zero até 30 dias de vida, resultando na eliminação ou amortização das sequelas e diminuição da mortalidade infantil, interferindo dessa forma no curso da doença. “O Brasil ainda possui o desafio de diminuir a mortalidade neonatal (bebês até 28 dias de vida), sendo que a mortalidade precoce (bebês com até 7 dias de vida) representa de 60% a 70% da mortalidade infantil, e 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida” (BRASIL, 2018).

O serviço de saúde deve ampliar a prática central do acolhimento, da escuta qualificada e da celeridade na resolução de problemas de saúde, no intuito de minorar danos e sofrimentos de seus usuários, com responsabilização da descentralização e distribuição dos serviços em saúde em outros pontos da rede de atenção (BRASIL, 2015).

Esse acolhimento é perceptível no processo de vinculação estabelecido no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e na PNAIPDF, em que a criança é vinculada à unidade básica de saúde e posteriormente encaminhada para o Serviço de Atenção Especializada. No que tange aos que não tiveram acesso à triagem neonatal, ou seja, as crianças e adultos, o SUS garante a oferta do exame de eletroforese de hemoglobina na Atenção Básica. Ressalta-se a rotina do pré-natal (Rede Cegonha). Com diagnóstico confirmado, o paciente receberá toda a informação inerente ao diagnóstico.

A Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001 (BRASIL, 2001), ainda vigente, inclui os procedimentos para implantação de Serviços de Referência em Triagem Neonatal, instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade compreende a triagem, acompanhamento e tratamento dos recém-nascidos diagnosticados positivamente em doenças congênitas.

Porém, após quase uma década da implantação da Portaria nº 1.391/05 (Ministério da Saúde, 2005), que preconiza a promoção do cuidado integral da pessoa com DF, através do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como atendimento realizado por equipe multidisciplinar, ainda se encontram dificuldades no atendimento ao portador de DF no âmbito da atenção básica, ressaltando a falta de conhecimento sobre esta patologia e seus métodos de tratamento, o que pode levar a um descrédito do sistema (MORAES et al., 2017).

“A DF apresenta altas incidências na África, Arábia Saudita e Índia. No Brasil, devido ao grande contingente da população africana desenraizada de suas origens para o trabalho escravo, a DF faz parte de um grupo de doenças e agravos relevantes, que afetam a população negra. Por essa razão, a DF foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra e nos artigos 187/188 da Portaria MS/GM nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 que regulamenta o SUS” (BRASIL, 2014).

2.3 GEORREFERENCIAMENTO, CARACTERIZAÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO: CONCEITOS E SIGNIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conjunto de dados coletados de diversas áreas e setores oficiais de informações geográficas do Brasil, dos Estados e municípios, tais como, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretarias Estaduais e Municipais de Terras e Planejamentos Urbanos, entre outros, que utilizam-se de geoprocessamento de dados para criação de mapas, associadas as bases de dados da saúde e integradas a dados ambientais e socioeconômicos, e submetidas a procedimentos de avaliação de sua distribuição espacial é denominada de Georreferenciamento em Saúde.

O georreferenciamento de um dado com endereço é definido como o processo de associação desse dado a um mapa e pode ser efetuado de três formas básicas: associação a um ponto, a uma linha ou a uma área (EICHELBERGER, 1993). O resultado desse processo é a criação de elementos gráficos que podem ser usados para a análise em saúde. Para que os dados gerados pelos sistemas de informações em saúde sejam mapeados, os eventos de saúde devem ser relacionados a um conjunto de objetos geográficos ou unidades espaciais previamente construídas, como bairros, setores censitários, lotes ou trechos de logradouros (BARCELLOS, 2008). Assim, um dos primeiros passos para o georreferenciamento desses dados é o reconhecimento do estágio atual da cartografia urbana existente nas cidades. E os sistemas de informações em saúde, por sua vez, devem coletar e armazenar dados de endereço compatíveis com essa estrutura de dados cartográficos. Ao longo do processo de georreferenciamento, diversas decisões são tomadas, tais como a escolha de uma unidade espacial de referência, a solução de alguma incoerência ou complementação de endereço incompleto ou, ainda, a aproximação de sua numeração.

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de 'pedaço de terra apropriada'. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre. No intuito de garantir a universalidade, transversalidade, integralidade, equidade e acessibilidade da população em relação aos serviços de saúde e de estabelecer relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, faz-se necessário realizar o processo de territorialização.

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998). Este processo é um dos elementos primordiais para fortalecer a operacionalização da vigilância em saúde juntamente com as práticas e problemas sanitários, constituindo-se em uma das ferramentas básicas para o planejamento estratégico situacional na atenção primária.

A Territorialização na atenção primária em saúde deve garantir a integralidade do cuidado à comunidade, com ampla participação dos servidores do nível local, visto que a busca de um sistema de saúde equitativo significa o reconhecimento das desigualdades, problemas existentes e atuação específica para solucioná-los. O processo de territorialização é reconhecido também como processo de organização ou reorganização do território, de modo a permitir a caracterização da população (perfil demográfico, epidemiológico, político e social) e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde da população, além de possibilitar a adscrição da população e definir área de abrangência, sobretudo porque a Estratégia Saúde da Família deve ser eixo fundante da reorganização do modelo assistencial. Permitindo assim, uma visão espacial do local (área geográfica do território, quantidades e tipos de residências, casas habitadas e abandonadas, terrenos vazios ou em construções, facilidades e dificuldades de acessibilidade, áreas mais e pouco habitadas, comércios, igrejas, escolas, unidades de saúde, áreas de lazer e recreação, entre outros), uma análise quantitativa populacional (quantidade de crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos) e a partir do conjunto de dados fazer uma análise qualitativa do território, estabelecendo-se o perfil epidemiológico que irá subsidiar todos os planejamentos em saúde desta área.

A dinâmica e continuidade dos processos de territorialização não se esgota, o cenário não é de conclusão, pois o território está sempre em constante atualização, em razão do contexto de mudanças frequentes e rotineiros (aumento ou diminuição da população, melhorias ou não nos serviços, saneamento básico, condições socioeconômicas, morbidades, comorbidades, mortalidades, etc).

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus utiliza o sistema de informações geográficas (SIG), que apesar de relativamente recente e ainda dependente de um conjunto de bases tecnológicas e metodológicas em fase de implementação, tem sua importância na capacidade de integrar diversas operações, como captura, armazenamento, manipulação, seleção e busca de informação, análise e apresentação de dados, auxiliando no processo

de entendimento da ocorrência de eventos, predição, tendência, simulação de situações, planejamento e definição de estratégias no campo da Vigilância em Saúde.

2.4 SOBRE O DISTRITO DE SAÚDE NORTE

O Distrito de Saúde Norte cumpre as ações e serviços de saúde sob direção única do município através da Secretaria Municipal de Saúde, está localizado na Zona Norte de Manaus, estado do Amazonas, atualmente é composto por: 38 unidades de saúde da Família, totalizando 86 equipes estratégia saúde da família (ESFs), 22 equipes de atenção primária (EAPs), 71 equipes de saúde bucal (ESBs), 02 Policlínicas, 1 laboratório distrital e 01 centro especializado em odontologia (CEO), e contém o seguinte organograma:



Figura 1. Distrito de Saúde Norte

O Distrito de Saúde Norte, identificou 28 casos de Doença Falciforme, especificamente anemia falciforme, sendo 19 casos no vazio assistencial da área de abrangências das unidades de saúde do referido distrito, localizado na zona norte do município de Manaus, a partir de dados enviados pela Fundação de Hematologia do Amazonas – HEMOAM, para alinhamento dos processos de descentralização e vinculação, apontando este último para a necessidade de construção de conhecimentos sobre a temática, com as equipes de saúde da atenção primária à saúde (EAP) deste distrito, especificamente a categoria de enfermeiros, em meio a um contexto singular, e insipiente concernente as doenças falciformes. Posteriormente, a equipe distrital da Divisão de Atenção à Saúde (DIATS), vislumbrou a construção da ferramenta “Procedimento Operacional Padrão (POP), para acompanhamento à pessoa com anemia falciforme e traço falciforme na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito de Saúde Norte”.

É válido pontuar que, a principal diferença de procedimentos simples e do trabalho padronizado é que os procedimentos dizem o que fazer em dada situação, enquanto o trabalho padronizado mostra o que qualquer um profissional de saúde precisa conhecer para que o trabalho seja feito certo desde a primeira vez (BALLÉ, 2015).

Dessa forma, a implantação do POP não só facilita o processo de trabalho das equipes de saúde, como também, assegura maior visibilidade destes pacientes na rede da atenção primária (APS) do referido distrito, resultando num acolhimento padrão, no que tange ao manejo clínico e aconselhamento genético, tendo em vista a necessidade da vinculação dos pacientes com a equipe de saúde da APS, afim de consolidar o que descreve a literatura:

“Aqueles que apresentarem traço serão encaminhados para atenção primária, a cargo de equipe multiprofissional, quando lhes serão oferecidas informação e orientação genética” (BRASIL, 2014).

2.5 A ATENÇÃO BÁSICA: SUA IMPORTÂNCIA NO ACOLHIMENTO

A denominação Atenção Básica, conhecida nos moldes atuais de Atenção Primária à Saúde (APS), implementada como política de governo, ocorreu com o processo de implementação do SUS, compreendendo ações de saúde para a promoção, proteção, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Tem sido uma estratégia capaz de reduzir em aproximadamente 80% os agravos de saúde da população brasileira (BRASIL, 2017).

A equipe de saúde deve acolher, observar seu território e identificar a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas que também são de responsabilidade da

equipe. Devem ficar atentos quanto ao quantitativo de gestantes, para alinhar as consultas de pré-natal que inclui também o parceiro, podendo este também participar da orientação e estimular a realização do teste do pezinho, tendo em vista as doenças crônicas que podem ser detectadas, tais como, a anemia falciforme.

“O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2013).

2.6 COBERTURA POPULACIONAL

Segundo o relatório da competência de abril de 2020, da cobertura populacional Distrito de Saúde Norte/Manaus, estimada por equipes de saúde da família (ESF) e de equipes de atenção básica (EAB), podemos ver o seguinte (Quadro 1):

Quadro 1. Distrito de Saúde Norte – Cobertura da Atenção Primária

Bairros	População	Tipo	Quant.	% de Cobertura
Cidade de Deus	84.962	ESF	9	37,02%
		POLI	1	
Cidade Nova	146.730	USF	3	79,69%
Colônia Santo Antônio	21.365	ESF	-	0,00%
Colônia Terra Nova	54.600	ESF	5	31,59%
Lago Azul	56.045	ESF	1	102,78%
		USF	2	
Monte das Oliveiras	48.648	ESF	2	14,18%
		POLI	1	
Nova Cidade	72.164	ESF	3	14,34%
Novo Aleixo	117.024	ESF	7	61,14%
		USF	2	
Novo Israel	20.378	USF	1	128,33%
Santa Etelvina	31.808	USF	1	128,74
TOTAL	653.723*		38	58,66%

Fonte: Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação – DICAR/SEMSA *População estimada: IBGE

O mapa (Figura 1) a seguir, demonstra os 08 (oito) bairros que contemplam os 28 casos identificados, pontuando na cor vermelha a anemia falciforme com crise (D-570) e em amarelo a anemia falciforme sem crise (D571).

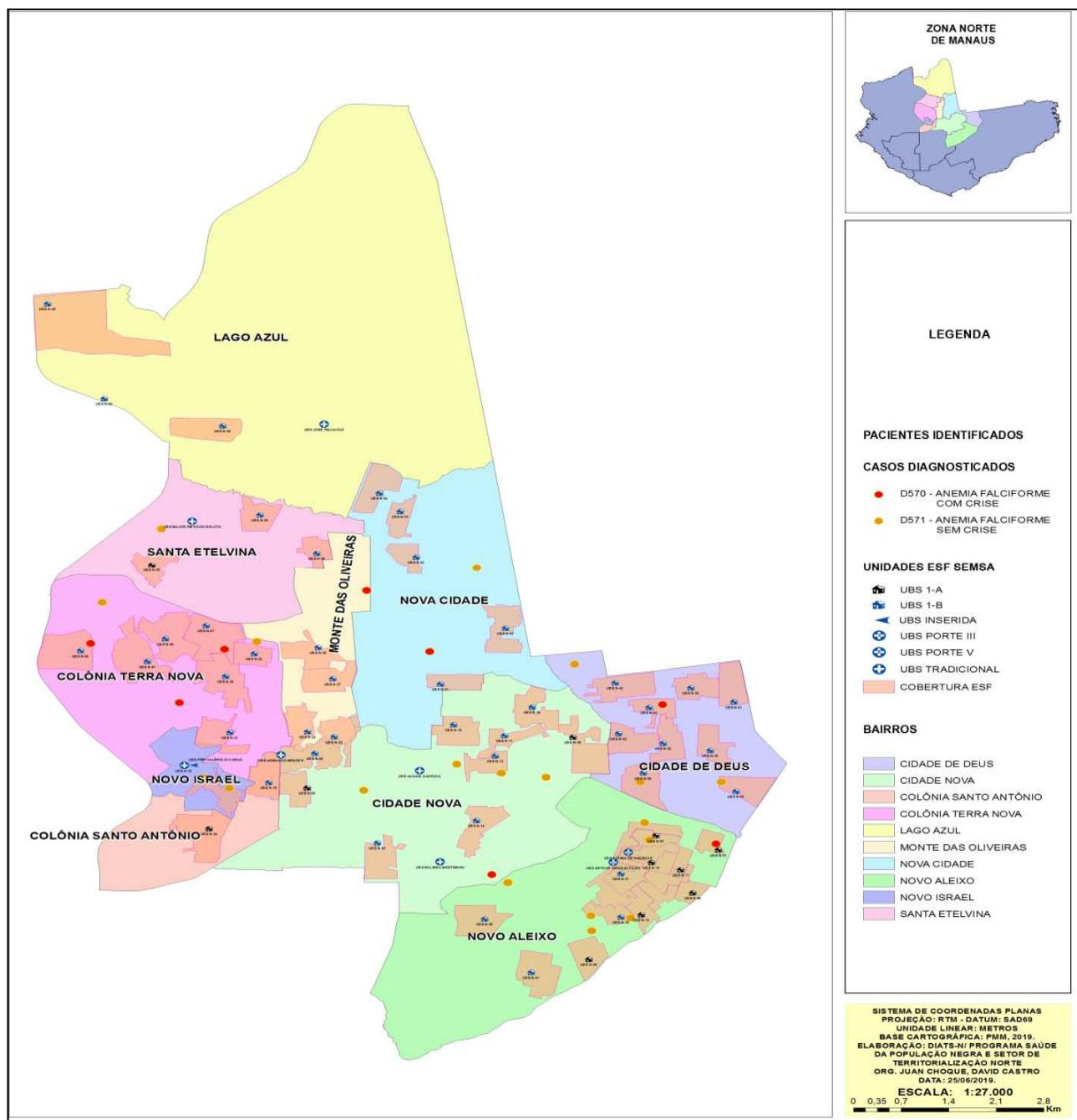


Figura 1. Georreferenciamento dos casos de Anemia Falciforme (Zona Norte).

Fonte: Territorialização - Distrito de saúde Norte - 2019

Quadro 2. Demonstração dos casos por bairros da zona norte de Manaus

Bairros - Zona Norte	D570 - Anemia Falciforme Com Crise	D571 - Anemia Falciforme Sem Crise	Total geral
Novo Aleixo	1	7	8
Colônia Terra Nova	3	2	5
Cidade Nova	1	4	5
Cidade De Deus	1	3	4
Nova Cidade	1	1	2
Novo Israel	0	2	2
Santa Etelvina	0	1	1
Monte Das Oliveiras	1	0	1
Total geral	8	20	28

Fonte: Territorialização - Distrito de saúde Norte – 2019. Obs: Não foram encontrados casos diagnosticados nos bairros: Lago Azul e Colônia Santo Antônio

Quadro 3. Demonstração dos casos por faixa etária

Grupo De Idade	Anemia Falciforme		Total
	Masc.	Fem.	
70 anos ou mais	0	0	0
65 a 69 anos	0	1	1
60 a 64 anos	0	0	0
55 a 59 anos	0	0	0
50 a 54 anos	0	0	0
45 a 49 anos	0	0	0
40 a 44 anos	0	0	0
35 a 39 anos	0	0	0
30 a 34 anos	3	1	4
25 a 29 anos	0	1	1
20 a 24 anos	1	3	4
15 a 19 anos	3	4	7
10 a 14 anos	4	2	6
5 a 9 anos	0	3	3
0 a 4 anos	0	2	2
TOTAL	11	17	28

Fonte: Territorialização - Distrito de saúde Norte - 2019

2.7 INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME E TRAÇO FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A estratégia Saúde da Família, através dos profissionais de saúde, tem o papel de proporcionar cuidados de forma integral, centrado na pessoa, família e comunidade. Promove a acessibilidade, oportuniza o vínculo, considera a singularidade do sujeito que resulta na participação social (BRASIL, 2015). “O acesso da pessoa com anemia falciforme aos serviços de saúde deve ocorrer por meio da Estratégia Saúde da Família, que é considerada a porta de entrada para todo o sistema de saúde” (GOMES, 2014)

Enfim, a atenção primária à saúde é um dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, possui um papel chave, realizando o cuidado integral e contínuo, conhecida como a porta de entrada prioritária para início do cuidado, cumprindo os princípios e diretrizes no intuito de tornar real a efetividade e a eficácia em sua estruturação, exigindo Formação profissional e educação permanente” (BRASIL, 2014)

2.8 CONHECIMENTO INSÍPIDO E A ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS, NO CONTEXTO DA ANEMIA FALCIFORME E TRAÇO FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A anemia falciforme é um problema de saúde pública por ser de cunho hereditário, incurável, com elevada morbidade e mortalidade, na verdade pouco visível na atenção primária e um tema ainda muito insipiente nas atividades de educação em saúde entre os profissionais da atenção primária.

A rotatividade na APS, compromete o processo de trabalho de enfermeiros quando não há padronização das práticas de serviços, pelas diferentes maneiras como aprende o “como fazer” entre as instituições.

O conhecimento sobre os cuidados básicos das práticas direcionadas de forma padronizadas na assistência em saúde da pessoa com anemia falciforme e traço falciforme, se fortalecerá a partir da identificação da saúde/doença dos pacientes, em que o profissional enfermeiro nas suas atribuições e utilização de métodos e ações, contribuirá na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo, respaldadas na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2010).

No que tange a tríade *usuário, território e equipe de saúde*, o Ministério da Saúde esclarece que, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização

entre as equipes e a população adstrita visa garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. O território adstrito da equipe é sua unidade de planejamento de ações, que devem ser desenvolvidas com base nas necessidades e nas prioridades da comunidade cadastrada. Esclarece ainda que a noção de território é muito mais ampla, pois não se limita a uma área geográfica determinada. Pelo contrário, engloba as pessoas, as instituições, as redes sociais e os cenários da vida comunitária, exibindo caráter eficaz. Por essa razão, pode-se afirmar que a pessoa portadora de anemia falciforme e traço falciforme deixará de ser negligenciada quando a equipe de saúde a reconhecer em seu território, e, conseqüentemente desenvolver as práticas de saúde padronizadas voltadas para a integralidade do cuidado desse grupo (BRASIL, 2015).

2.9 O ENFERMEIRO E O BENEFÍCIO DA PADRONIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

“A publicação da Política de Atenção Integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias, estimulou a coordenação geral da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde implantar políticas em todos os estados da União, já que havia a necessidade de capacitar os trabalhadores de saúde, através da estruturação de um plano de descentralização da assistência para os municípios [...], pois grande parte dos usuários do SUS, reclamavam do mal atendimento e despreparo dos profissionais em dar explicações e orientações sobre a doença, causando assim insegurança nos cuidadores desses pacientes” (CASTILHOS et al., 2014).

O desempenho das práticas padronizadas do profissional enfermeiro, se torna primordial quando se trata de doenças específicas crônicas. As temáticas ainda insipientes entre as equipes de saúde, sendo a anemia falciforme uma delas, requerem conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Particularmente do enfermeiro, por ser o elo entre o paciente e os membros da equipe, da família, comunidade e os membros de outros serviços de saúde, possuindo um papel chave no manejo do cuidado desses pacientes (SOARES, 2014).

2.10 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP, SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DO CUIDADO

Padronização é garantir a execução dos processos, para que ocorram sempre da mesma maneira, com a intenção de se obter maior previsibilidade dos resultados, além disso, prevenir, controlar e minimiza os erros e desvios (OLIVEIRA et al., 2017).

O conceito e a importância do termo padronização foram propostos desde a Revolução Industrial, com o processo de permuta do trabalho humano por máquinas, o que colaborou com a unificação dos processos de produção, visando obter produtos mais constantes, com maior qualidade de produção e serviço.

A implantação do POP na organização do processo de trabalho e gestão do cuidado prestado em saúde, contribui principalmente em serviços que tem rotatividade alta de profissionais. A aplicação do POP pode ser considerada também uma ferramenta de ensino no processo de trabalho, é necessária uma sensibilização anterior dos profissionais, pois, os resultados positivos ou negativos destes procedimentos são diretamente proporcionais ao envolvimento de toda a equipe do serviço de saúde (MAZZO et al., 2011).

A qualidade do atendimento padronizado atenderá ao princípio básico da integralidade e da humanização do sistema de saúde. No entanto, a não padronização dos procedimentos de enfermagem quanto ao manejo clínico dos pacientes com anemia falciforme e traço falciforme na atenção primária à saúde, bem como a não existência de uma técnica de assistência, apontam para fragilidade na organização do serviço, comprometendo o padrão do cuidado.

2.11 O SERVIÇO SOCIAL NO APOIO A CONTINUIDADE DO CUIDADO AOS PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME E TRAÇO FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999, além da Resolução n. 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos. Rosa et al. (2006) reconhecem o Assistente social como um profissional da saúde.

A Política Nacional de Assistência Social - PNAS, aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social n. 145, de 15 de outubro de 2004 tem o intuito despertar o profissional para um novo olhar voltado ao social: o da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania. Concomitantemente, é válido destacar os

princípios da Política Nacional de Saúde Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que direcionam o profissional de serviço social na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, alinhadas com as necessidades sociais e de saúde da população.

Nesse contexto, abre-se mais um caminho nobre para ser aplainado pelo profissional do serviço social, como parte integrante do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde, no acompanhamento dos pacientes com anemia falciforme e traço falciforme na atenção primária à saúde, tendo em vista a "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde" - Ministério da Saúde, 2006 - partindo do princípio consagrado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e preconiza que: Nesse contexto, abre-se mais um caminho nobre para ser aplainado pelo profissional do serviço social, como parte integrante do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde, no acompanhamento dos pacientes com anemia falciforme e traço falciforme na atenção primária à saúde, tendo em vista a "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde" - Ministério da Saúde, 2006 - partindo do princípio consagrado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e preconiza que:

- ✓ Todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz;
- ✓ Ao cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- ✓ Ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável;
- ✓ Ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento.

O trabalho do Serviço Social na atenção primária, em meio a interprofissionalidade, favorece o fortalecimento da equipe, pois o Assistente Social é capaz de analisar a questão social, e fundamentar o encaminhamento aos serviços essenciais empoderar os pacientes com anemia falciforme na busca efetiva do exercício de sua cidadania com participação efetiva no seu tratamento.

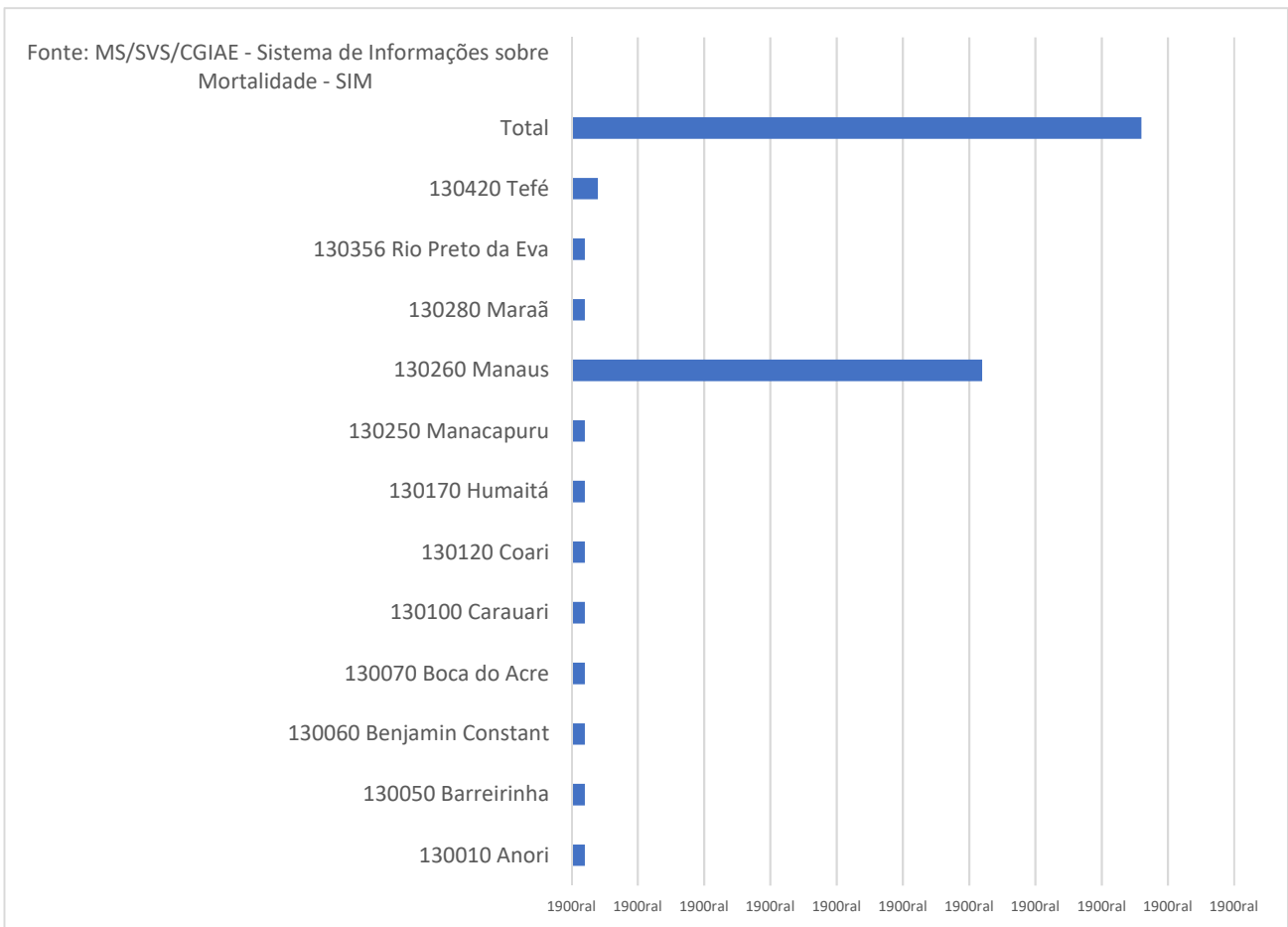


Figura 2. Mortalidade - Amazonas Óbitos p/Residênc por Município Categoria CID-10: D57 Transt falciformes Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais, Idade ignorada Período:1996-2018 Óbitos p/Residência.

Fonte: M/S/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade – (1996- 2018)

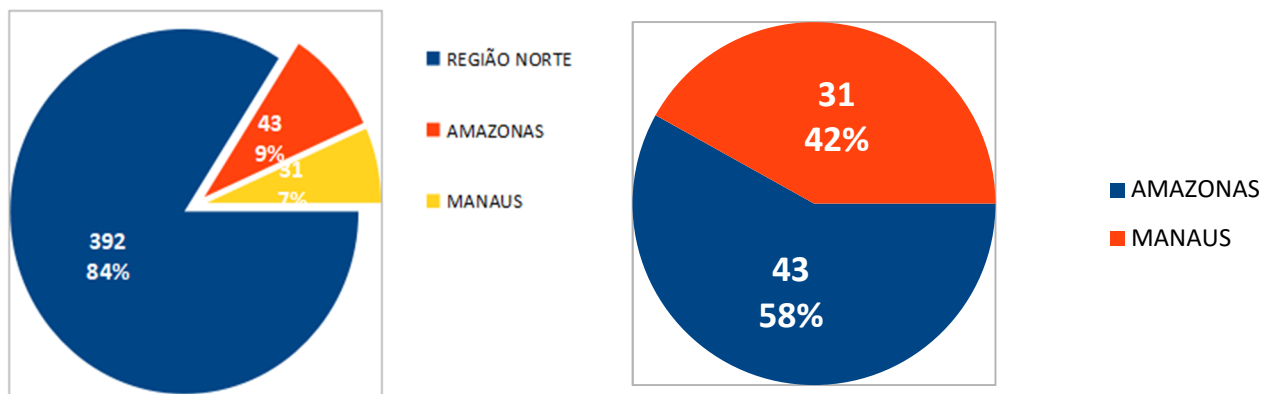


Figura 3. Mortalidade por Transtornos Falciformes.

Fonte: M/S/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade (1996- 2018)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a conclusão desse trabalho, verificou-se a necessidade emergente no que tange a integração dos gestores e profissionais de saúde para construção de estratégias de acolhimento na atenção primária à saúde, aos pacientes com anemia falciforme, tendo em vista os 19 casos identificados no vazio assistencial nas áreas de abrangência do distrito de saúde norte, em Manaus, Amazonas.

Verificou-se também, expressiva necessidade de sensibilização contínua sobre a temática Anemia Falciforme, para todos os profissionais de saúde, tendo em vista o processo de rotatividade na atenção primária à saúde.

Verificou-se ainda a necessidade de inclusão do trabalho do profissional do Serviço Social no acompanhamento dos casos de anemia falciforme e traço falciforme na atenção primária à saúde.

4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. et al. **Produção do Cuidado à pessoa com Doença Falciforme na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Bonecker, 2019

BALLÉ, M. **What is the difference between standard work and procedures?** Lean Interprise Institute , 2015.

BARBERINO, I. A.; OELHO, T. O.; DUQUE, B.; SILVA, E. DA; ROCHA, R. M. Autoimagem e estigma social na doença falciforme: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. e530, 2019.

BARCELLOS, C. et al . Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 59-70, 2008

BRASIL. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença falciforme: o que se deve saber sobre herança genética**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 29, n. 3, p. 204-206, 2007.

□ASTILHOS, L.G.; BRAUN, J.B.S.; LIMA, S.B.S. Atenção primária e doença falciforme: uma revisão sobre o papel do gestor. **Saúde (Santa Maria)**, Suplemento - Artigos de revisão, p. 45-52, 2016.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 272/2004**, 2010.

EICHELBERGER, P. **The importance of addresses – The locus of GIS**. In: Proceedings of the URISA 1993 Annual Conference. Park Ridge: Urban and Regional Information Systems Association; 1993. p. 200-11.

FRY P. H. O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo brasileiro 1995-2004. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.12, n. 2, p.347-370, 2005.

GOMES, L. M. X. et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. **Acta paul. Enferm. São Paulo**, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2014 .

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc**, n. 107, p. 497-508, 2011.

MAZZO, A. et al. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. **Texto contexto - enferm**, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2011.

MENDES, C. A. et al . Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês - Teste do pezinho. **Rev. CEFAC**, v. 19, n. 4, p. 475-483, 2017.

MORAES, L.X. et al. Doença falciforme: perspectivas sobre assistência prestada na atenção primária. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 3, p. 768-775, 2017.

OLIVEIRA, M. M.; PANDOLFI, E. S.; CHIARATO, T. D. Padronização no processo de compra. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 8, n. 1, p. 60-77, 2017.

ROSA, L. C. S. et al. O Serviço Social e a Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 85, p. 62-70, 2006.

SOARES C. **Sistematização da assistência de enfermagem a pessoa com anemia falciforme**. Florianópolis: UFSC, 2014.

SOARES, L. F. et al. Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3773-3780, 2017.

TEIXEIRA, □. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, v. 7, p. 7-28, 1998.

PERFIL DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Bruna Martins de Carvalho¹, Thatiana Lameira Maciel Amaral², Patricia Rezende do Prado¹, Leandro José Ramos³

1. Universidade Federal do Acre (UFAO), Programa de Residência Multiprofissional Hospitalar com Ênfase em Terapia Intensiva, Rio Branco, Acre, Brasil.
2. Universidade Federal do Acre (UFAO), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil.
3. Universidade Federal do Acre (UFAO), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes em hemodiálise sob ventilação mecânica invasiva atendidos pela fisioterapia na UTI de um hospital adulto de Rio Branco, Acre. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo com pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de Rio Branco, no período de julho de 2016 a julho de 2017. Os pacientes foram avaliados no período pré e pós-dialítico e 24 horas após a primeira sessão de hemodiálise. Os dados categóricos foram apresentados em medidas de frequência e os contínuos, no formato de tendência central (média e desvio padrão). **Resultados:** Dos vinte e quatro pacientes avaliados (24), a maioria eram mulheres (58,3%), com média de idade de 48 anos ($\pm 20,9$), cujos diagnósticos de admissão foram trauma (29,2%), sepse e infecção (29,2%), pancreatite (16,7%), insuficiência respiratória (12,5%) e pós cirúrgico (12,5%). 33,3% apresentaram intercorrências durante a sessão de diálise, destes, 12,5% por troca de cateter, 8,3% por instabilidade hemodinâmica e 4,2% auto extubação. O óbito ocorreu em 66,7% dos internados sob ventilação mecânica que foram submetidos à hemodiálise. Foram observadas mudanças no padrão respiratório dos pacientes, com ruídos adventícios no período pós dialítico (57,1%) e 24 horas após a primeira sessão de hemodiálise (61,9%). **Conclusão:** O percentual de pacientes internados na UTI em uso de assistência ventilatória sofre distúrbios respiratórios e metabólicos devido ao processo de hemodiálise culminando com outros fatores da patologia de base e apontam para a necessidade de intervenções da fisioterapia intensiva nestes pacientes.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica e Hemodiálise.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of the pulmonary function of patients under invasive mechanical ventilation assisted by physical therapy in the Intensive Critical Care (ICU) of an adult hospital in Rio Branco, Acre. **Method:** A retrospective cohort study with patients admitted

to the Adult Intensive Care Unit of Rio Branco from July 2016 to July 2017. They were evaluated before and after dialytic period and 24 hours after the first hemodialysis session. The categorical data were presented in frequency measurements and the continuous ones in the central tendency format (mean and standard deviation). Results: Twenty four (24) patients were evaluated, most of them were women (58.3%), with a mean age of 48 years (\pm 20.9), whose admission diagnosis was trauma (29.2% %), sepsis and infection (29.2%), pancreatitis (16.7%), respiratory insufficiency (12.5%) and postoperative (12.5%). 33.3% had intercurrents during the dialysis session, of these 12.5% by change of catheter, 8.3% due to hemodynamic instability and 4.2% auto extubation, the death occurred in 66.7% of hospitalized patients under mechanical ventilation (57.1%) and 24 hours after the first session of hemodialysis (61.9%) were observed on the respiratory pattern with adventitious sounds in the post-dialytic period. Conclusion: The percentage of patients admitted to the ICU using ventilatory assistance undergo respiratory and metabolic disorders in the pulmonary function due to hemodialysis process culminated with other factors of the underlying pathology and point to the need for intensive physiotherapy interventions in these patients.

Keywords: Intensive Care Units, Mechanical Ventilation and Hemodialysis.

1. INTRODUÇÃO

O surgimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorreu em 1952 na Dinamarca, em virtude de um grande surto de poliomielite, no qual necessitou de cuidados específicos, como a ventilação mecânica. Este conceito foi estendido para atender tanto os pacientes em pós operatório como os que necessitassem de cuidados próprios que uma internação básica ou uma sala de recuperação anestésica não pudessem suprir. Atualmente, as UTIs são unidades direcionadas ao atendimento de pacientes em estado grave, que de uma forma geral requerem de monitoramento e suporte contínuos de suas funções vitais (SOUSA et al., 2016).

Com alguns processos de cirurgias invasivas e procedimentos clínicos de emergências, efetuou-se o aumento da expectativa de vida dos pacientes e conseqüentemente, o aumento do índice de adoecimento por doenças crônicas, da necessidade de assistência respiratória, as relacionadas ao choque e ao trauma, visando ao suporte cardiopulmonar de pacientes clínicos ou cirúrgicos graves que necessitam de cuidados intensivos (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é caracterizada pela perda súbita da função renal com a diminuição rápida do ritmo da taxa de filtração glomerular e/ou do volume urinário inferior a 0,5 ml/Kg/hora por mais de seis horas, ou com o aumento agudo do nível absoluto de creatinina sérica acima de 0,3 mg/dL, podendo resultar em acúmulo de metabólitos nitrogenados e distúrbios hidroeletrólíticos (GUEDES et al., 2017).

Oriunda de etiologia multifatorial, sendo classificada em; pré-renais (quando ocorre hipovolemia que resulta em hipoperfusão de diversos órgãos, inclusive dos rins, ocasionada principalmente por sepse), renais intrínsecos (quando a hipoperfusão e o estado transitório de azotemia pré-renal tornam-se constante com lesão celular isquêmica, desenvolvendo necrose tubular aguda) e pós-renais (quando há obstrução das vias urinárias). Dentre todas estas causas, o choque séptico é o fator que mais comumente contribui para a IRA, sendo capaz de evoluir, em alguns dias para insuficiência renal crônica (IRC), prolongando o tempo de hospitalização (PERES et al., 2015).

O diagnóstico de IRA desencadeia inúmeras complicações respiratórias como: edema agudo de pulmão (EAP), derrame pleural, atelectasias, hemorragia alveolar, congestão pulmonar, pneumonias e pleurites oriundas de retenção hídrica e da uremia, sendo necessário o processo de terapia renal substitutiva e em virtude destas complicações, o suporte da ventilação mecânica invasiva (VMI) como um dos procedimentos terapêuticos mais utilizados no tratamento e reversão da insuficiência respiratória aguda (STEINHORST et al., 2017).

Com o avanço da tecnologia em saúde dentro da Unidade de Terapia Intensiva, destaca-se a hemodiálise, que é uma modalidade de diálise da qual ocorre à filtração do sangue por circulação extracorpórea através de uma membrana semipermeável e depuração do mesmo, removendo substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia, além de eletrólitos, que necessitam ser eliminados da corrente sanguínea devido à deficiência no mecanismo de filtração nos rins dos pacientes portadores desse déficit na função renal (PEREIRA et al., 2015).

Nesse procedimento, a IRA pode levar à lesão pulmonar aguda (LPA), afetando de forma adversa a função pulmonar, desencadeando uma insuficiência respiratória e elevando o risco de mortalidade. A LRA pode levar a complicações respiratórias também relacionadas principalmente com a retenção hídrica (edema pulmonar), alteração de permeabilidade, inflamações induzidas pela uremia decorrente de fatores inflamatórios e distúrbio ácido-básico, como a acidose metabólica, presente na maioria dos casos com um aumento da demanda ventilatória e conseqüentemente, necessidade da VMI (ALMEIDA, 2016).

Outro instrumento tecnológico utilizado na terapia intensiva para ofertar o melhor suporte ao paciente crítico é a ventilação mecânica invasiva (VMI), que tem como objetivo a manutenção das trocas gasosas, correção da hipoxemia, alívio do trabalho da musculatura respiratória, diminuir o consumo de oxigênio, reduzir o desconforto respiratório e promove o

equilíbrio hemodinâmico, permitindo assim a aplicação de métodos terapêuticos específicos para cada patologia (BARBAS, 2014).

A VMI irá proporcionar a manutenção da oxigenação/ventilação de pacientes previamente portadores de insuficiência respiratória, seja ela aguda, crônica ou crônica agudizada, até o determinado momento em que esses pacientes estejam independentes e capacitados de reassumir novamente a sua própria oxigenação e função respiratória.⁸

Assim o objetivo do presente estudo foi verificar os efeitos refletidos na mecânica pulmonar pré e pós procedimento de terapia renal substitutiva em pacientes agudos internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Urgência e Emergência – HUERB, localizada no município de Rio Branco, Acre.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Urgência e Emergência – HUERB, que abrange o cuidado de doentes politraumatizados, de alta complexidade, a qual possui 18 (dezoito) leitos de UTI, destes, 6 (seis) leitos são disponíveis para hemodiálise, localizada no município de Rio Branco-AC.

Foram analisados 24 (vinte e quatro) pacientes, de Julho de 2016 a Julho de 2017, que iniciaram a terapia renal substitutiva, todos renais agudos, na primeira sessão da mesma, já admitidos na Unidade de Terapia Intensiva, maiores de 18 anos e em intubação orotraqueal. Como critérios de inclusão participaram da coleta de dados pacientes intubados e agudos que nunca realizaram procedimento hemodialítico anteriormente. Foram excluídos pacientes traqueostomizados, portadores de doença renal crônica e aqueles com distúrbios respiratórios associados.

Foi constatado como evento adverso e entraram como critérios de exclusão, pacientes que evoluíram para uma parada cardiorrespiratória ou que foram a óbito durante a terapia renal substitutiva já na primeira sessão de hemodiálise.

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em seres Humanos do Hospital das Clínicas sob o parecer favorável número 1.336.173.

Os dados foram coletados através de um formulário próprio contendo dados pessoais do paciente, clínicos e fisiológicos, antecedentes à primeira sessão de hemodiálise e após a

mesma, na máquina dialisadora modelo GAMBRO, sendo avaliados: APACHE II; gasometria arterial a qual foi coletada e processada no analisador de gases, modelo Cobas b 121 Roche; parâmetros de ventilação mecânica, no respiradores modelos KTK Carmel servo ventilador e MAQUET Servo-s e exames laboratoriais de hemograma, no período de Julho de 2016 a Julho de 2017.

Os resultados foram submetidos à inferência estatística para comprovar a correlação das variáveis mais importantes, cujos testes estatísticos foram definidos posteriormente, tais como: medidas de frequência e os contínuos no formato de tendência central (média e desvio padrão), teste T de Student e valor de P.

O escore APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) foi relatado através de valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais existentes de procedimentos utilizados, incluindo: valores de temperatura, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, creatinina, hematócrito, leucócitos, escala de coma de Glasgow e idade; dados da gasometria como: pressão arterial parcial de oxigênio, fração inspirada de oxigênio, pH arterial; sódio (Na), potássio (K). Também, foram avaliadas possíveis comorbidades como: cirrose, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dependência de oxigênio, dialítico crônico, imunocomprometido, não cirúrgico e com histórico recente de cirurgia de emergência ou cirurgia eletiva. A relação PaO_2/FiO_2 também foi utilizada para o APACHE II, onde a pressão arterial parcial de oxigênio foi dividida pela fração inspirada de oxigênio.

Todos os 24 pacientes avaliados iniciaram o tratamento de diálise dentro do ambiente da UTI e foram acompanhados com frequência antes e após as sessões de hemodiálise.

A ventilação mecânica foi oferecida como uma assistência ventilatória por via aérea artificial (tubo orotraqueal – TOT) nos respiradores modelos KTK Carmel Servo e MAQUET Servo-s.

Os exames laboratoriais foram realizados diariamente, para acompanhamento de parâmetros que, culminados com outros fatores clínicos dos pacientes, posteriormente definiram a continuidade ou não do tratamento hemodialítico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

Foram avaliados vinte quatro (24) pacientes, sendo a maioria mulheres (58,3%), com média de idade de 48 anos ($\pm 20,9$). Conforme a tabela 1, os diagnósticos de admissão foram divididos em quatro categorias: trauma (29,2%), sepse e infecção (29,2%), pancreatite (16,7%), insuficiência respiratória (12,5%), entre outros, como pós cirúrgico, (12,5%). Destacam-se como as três principais comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (25%), diabetes mellitus (20,8%) e sepse (20,8%). Também foi possível verificar que 43,5% dos pacientes foram classificados com 75% de chances de irem a óbito pelo Escore APACHE II.

De acordo com a tabela 2, a maioria dos pacientes eliminaram um total de filtração final entre 1.000ml - 1.999ml (52,4%), abaixo de 999ml (8,1%) e acima de 2.000ml (9,5%). Também, 33,3% apresentaram intercorrências durante a sessão de diálise, destes, 12,5% trocaram de cateter (8,3% por instabilidade hemodinâmica e 4,2% auto extubação). A extubação não foi realizada em 75% dos casos, o óbito ocorreu em 66,7%, 29,2% evoluíram para alta viva e 4,1% foram transferidos para outra UTI.

Conforme demonstrado na tabela 3, é observado que a frequência respiratória apresentou redução da fase pré-dialítica para a pós-dialítica sendo, $\pm 20,40$ e $\pm 7,82$, respectivamente.

Dos exames laboratoriais descritos na tabela 4, o cálcio foi o único elemento que aumentou do período pré-dialítico para o pós-dialítico, $\pm 1,24$ para $\pm 19,09$, respectivamente. As alterações de monócitos, plaquetas e glicemia foram mais frequentes no período pré-dialítico e mostraram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

De acordo com a tabela 5, a noradrenalina foi a droga vasoativa que predominou nos três períodos: pré-dialítico (100,0%), pós-dialítico (100,0%) e 24 horas após a primeira sessão de hemodiálise (93,3%), seguida pela dobutamina com 12,5%, 4,8% e 6,7%, respectivamente. Outro fator importante observado foram as ausculta pulmonares que, no período pré-dialítico, predominou com a característica de murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax sem ruídos adventícios (54,5%), e no período pós-dialítico alterou-se a característica para murmúrio vesicular presente, porém com ruídos adventícios (57,1%), esta última tendo permanecida elevada com 61,9% no período de avaliação de 24 horas após a primeira sessão de hemodiálise.

Tabela 1. Características dos pacientes críticos em ventilação mecânica submetidos à hemodiálise em Rio Branco, Acre. 2016-2017.

Variáveis	N	(%)
Idade (média ± desvio padrão)	47,7 anos (± 20,9)	
Gênero		
Feminino	14	58,3
Masculino	10	41,7
Classificação dos diagnósticos		
Trauma	07	29,2
Sepse e infecção	07	29,2
Pancreatite	04	16,7
Insuficiência respiratória	03	12,5
Outros	03	12,5
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	06	25,0
Diabetes mellitus	05	20,8
Insuficiência cardíaca congestiva	02	8,3
Cirrose	01	4,2
Sepse	05	20,8
Etilista	03	12,5
Tabagista	02	8,3
Obesidade	02	8,3
Hipertireoidismo	02	8,3
Classificação APACHE II		
20 – 24 = 40%	01	4,3
25 – 29 = 55%	03	13
30 – 34 = 75%	10	43,5
>34 = 85%	09	39,1

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes críticos em ventilação mecânica durante o processo de hemodiálise em Rio Branco, Acre. 2016-2017.

Variáveis	N	(%)
Total de filtração final		
0 – 999 = 1	08	38,1
1000 – 1999 = 2	11	52,4
>2000 = 3	02	9,5
Intercorrências durante a hemodiálise		
Óbito	02	8,3
Instabilidade hemodinâmica	02	8,3
Troca de cateter	03	12,5
Auto extubação	01	4,2
Tipo de alta		
Óbito	16	66,7
Alta viva	07	29,2
Transferência para outra UTI	01	4,1
Extubação	07	31,8
Reintubação	04	57,1

Tabela 3 - Características hemodinâmicas dos pacientes críticos em ventilação mecânica submetidos à hemodiálise em Rio Branco, Acre. 2016-2017.

Variáveis	Pré-dialítico	Pós-dialítico	p-valor
	Média (± dp)	Média (± dp)	
Pressão arterial sistólica	138,67 (± 26,40)	143,05 (± 22,86)	0,84
Pressão arterial diastólica	71,75 (± 16,69)	72,33 (± 15,07)	0,87
Frequência cardíaca	104,04 (± 27,87)	92,67 (± 30,00)	0,21
Temperatura	36,22 (± 0,80)	36,74 (± 0,77)	0,08
Pressão inspiratória	32,59 (± 7,41)	31,83 (± 7,04)	0,21
PEEP	11,35 (± 3,68)	11,65 (± 3,45)	0,21
Fração inspirada de oxigênio	50,61 (± 20,73)	46,67 (± 17,41)	0,23
Saturação de oxigênio	97,59 (± 2,80)	96,90 (± 2,64)	0,06
Frequência respiratória	41,86 (± 20,40)	21,53 (± 7,82)	0,33
Relação P/F	265,00 (± 98,18)	285,50 (± 117,79)	0,44

(± dp) = desvio padrão.

Tabela 4. Descrição dos exames laboratoriais dos pacientes críticos em ventilação mecânica submetidos à hemodiálise em Rio Branco, Acre. 2016-2017.

Variáveis	Pré-dialítico	Pós-dialítico	p-valor
	Média (\pm dp)	Média (\pm dp)	
Hemácias	3,56 (\pm 0,74)	3,33 (\pm 0,68)	0,10
Hemoglobina	10,44 (\pm 2,10)	9,66 (\pm 1,72)	0,49
Hematócrito	31,04 (\pm 6,53)	29,05 (\pm 6,15)	0,12
Leucócitos	182,54 (\pm 101,91)	223,19 (\pm 217,70)	0,30
Basófilos	0 (\pm 0)	0,05 (\pm 0,21)	0,32
Eosinófilos	2,25 (\pm 2,92)	1,29 (\pm 1,61)	0,74
Mielócitos	0,08 (\pm 0,41)	0,14 (\pm 0,65)	0,78
Metamielócitos	0,21 (\pm 0,58)	0,43 (\pm 1,16)	0,54
Bastões	5,62 (\pm 5,83)	6,10 (\pm 8,53)	0,83
Linfócitos	9,38 (\pm 4,69)	9,43 (\pm 5,42)	0,75
Monócitos	4,54 (\pm 3,36)	2,67 (\pm 2,17)	0,04
Blastos	0 (\pm 0)	29,24 (\pm 133,52)	0,32
Plaquetas	127,08 (\pm 780,94)	997,76 (\pm 630,83)	0,05
Acido láctico	22,89 (\pm 17,05)	19,69 (\pm 16,30)	0,70
Glicose	246,00 (\pm 187,57)	256,17 (\pm 136,34)	0,04
Ureia	117,86 (\pm 56,99)	115,16 (\pm 50,24)	0,76
Creatinina	3,18 (\pm 1,87)	3,15 (\pm 1,41)	0,70
Sódio	141,70 (\pm 7,92)	139,47 (\pm 3,65)	0,26
Potássio	4,01 (\pm 0,92)	3,76 (\pm 0,67)	0,13
Cloro	105,33 (\pm 11,08)	100,5 (\pm 5,18)	0,13
Calcio	8,35 (\pm 1,24)	13,26 (\pm 19,09)	0,29
Magnésio	2,20 (\pm 0,74)	2,13 (\pm 0,38)	0,89

(\pm dp) = desvio padrão.

Tabela 5. Descrição da avaliação dos pacientes críticos em ventilação mecânica submetidos à hemodiálise, em três momentos distintos, em Rio Branco, Acre.

Variáveis	Pré-dialítico	Pós-dialítico	24 horas após
	n (%)	n (%)	n (%)
Sedação			
Dormonid	19 (86,4%)	16 (94,1%)	11 (91,7%)
Precedex	3 (13,6%)	2 (11,8%)	2 (16,7%)
Pupilas			
Isocóricas e fotorreagentes	22 (91,7%)	19 (90,5%)	19 (95%)
Anisocóricas	1 (4,2%)	1 (4,8%)	1 (5%)
Arreativas	2 (8,3%)	2 (9,5%)	1 (5%)
Midriáticas	1 (4,2%)	1 (4,8%)	1 (5%)
Droga vasoativa			
Noradrenalina	24 (100%)	21 (100%)	14 (93,3,%)
Dobutamina	3 (12,5%)	1 (4,8%)	1 (6,7%)
Ausculta pulmonar			
MV+ sem ruídos adventícios	12 (54,5%)	8 (38,1%)	8 (38,1%)
MV+ com ruídos adventícios	6 (27,3%)	12 (57,1%)	13 (61,9%)

(± dp)= desvio padrão.

3.2 DISCUSSÃO

A avaliação da incidência e mortalidade, fatores de risco e características clínicas dos pacientes com IRA foi realizada ao longo do decorrer do estudo. Da mesma forma, foi possível um maior esclarecimento entre a relação da ventilação mecânica invasiva e a hemodiálise nesses pacientes, bem como os fatores de risco de IRA e óbito.

No presente estudo, 66,7% dos pacientes renais agudos foram à óbito. Em um estudo realizado no Paraná, com 152 pacientes, em 2015, foi observado que 80% dos pacientes admitidos em UTI sofrem de injúria renal aguda e possuem um índice de mortalidade elevado, onde 52% foram à óbito, devido ao tardio diagnóstico de IRA (insuficiência renal aguda), justificando que o aumento da idade e subsequente presença de comorbidades dos pacientes e a utilização necessária de procedimentos invasivos, e por isso intensificada neste

ambiente, são outras condições que culminam com o difícil diagnóstico desta patologia (PERES et al., 2015).

Foram identificadas a ocorrência de complicações durante a hemodiálise que envolveram alterações hemodinâmicas, como: hipotensão arterial e hipoglicemia. Resultados similares foram demonstrados no experimento do Centro Universitário Barão de Mauá em 2016, onde foram analisados 240 prontuários, também com valores de hipotensão (44,6%) e hipoglicemia (47,1%) (CORDEIRO et al., 2016).

Um uma dissertação de mestrado da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, em 2015, explicou que a hipotensão decorre da excessiva remoção dos fluídos desencadeando a hipovolemia e provocando o aumento da frequência cardíaca e da resistência vascular periférica, o que repercute em um desequilíbrio vascular e reduz a pressão arterial (FERNANDES et al., 2015).

Contudo, a droga vasoativa mais utilizada nos pacientes foi a noradrenalina, agindo diretamente sobre o sistema cardiovascular, portanto, muito utilizada no ambiente de UTI e a mais utilizada no presente estudo (100%). Em 2016, um estudo de uma Universidade de Fortaleza, avaliou 85 pacientes, destes 67,1% fizeram uso de noradrenalina e relataram; além do importante mecanismo vasopressor da mesma, esta também possui ação inibidora à liberação de insulina no organismo, o que justifica o aumento da glicemia do paciente que utiliza esta droga (MELO et al., 2016).

Já a hipoglicemia é justificada no decorrer das sessões de hemodiálise em pacientes diabéticos quando se utiliza dialisato sem glicose. O uso de soluções de diálise com glicose, no dialisato, pode reduzir significativamente o risco desses episódios, além de trazer vários outros efeitos positivos gerais, como proteção aos eritrócitos, valores menores e mais estáveis de pressão arterial e melhor estabilidade dos níveis de glicemia durante a diálise, em consonância a um trabalho da Universidade no Rio Grande do Sul (BURMEISTER et al., 2012).

Foi observado que a frequência respiratória reduziu significativamente do período pré para o pós dialítico. Quanto a isso sabemos que o mecanismo de defesa respiratória é o mais imediato para corrigir alterações agudas. Portanto, sendo a acidose metabólica uma alteração comum presente em pacientes com IRA, antes mesmo de iniciar o tratamento dialítico, a regulação respiratória entra em ação acelerando as incursões respiratórias (hiperventilação) eliminando CO₂ (dióxido de carbono) numa tentativa de compensação e assim normalizar o pH.

Em relação aos fatores de risco, foram apontados presença de comorbidades, como: hipertensão arterial sistêmica (25%), diabetes mellitus (20,8%), sepse (20,8%) e obesidade (8,3%). Conforme apontado em um trabalho pelo Jornal Brasileiro de Pneumologia, em 2015, um estudo constituído por 162 pacientes submetidos à hemodiálise, a hipertensão arterial (77,77%) mostrou-se a principal comorbidade associada à insuficiência renal, seguida pelo diabetes mellitus (37,66%) (TEIXEIRA et al., 2015).

Já como fatores de risco para óbito em pacientes críticos com IRA foi destacado o elevado escore no APACHE II (43,5%) acima de 75% de risco de óbito, uso de drogas vasoativas e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Uma pesquisa em uma Unidade de Terapia Intensiva em Salvador de 2013 com 43 pacientes em IRA apresentou (28%) com APACHE II elevado (LOPES et al., 2013).

A combinação entre a ventilação mecânica invasiva e a terapia de reposição renal (TRR), dentro do ambiente de UTI, foi associada ao prolongado período de internação hospitalar dos pacientes presentes neste estudo. Também incluíram em um estudo recentemente, em Los Angeles em 2017 com 40 pacientes, o alto custo de atendimento e prognóstico ruim para o paciente como maior tempo de prevalência na unidade (CHAO et al., 2017).

Outra complicação extremamente frequente identificada na literatura em pacientes dialíticos é a congestão pulmonar. Em nosso estudo ela foi evidenciada por alterações na ausculta pulmonar e ruídos respiratórios adventícios, com 57,1% no período pós-dialítico e 61,9% após 24 horas da primeira sessão de hemodiálise. Em um Hospital Universitário no Nordeste em 2016 com 101 pacientes, evidenciaram a presença de edema pulmonar em 41,6% dos pacientes (FERNANDES et al., 2016).

A congestão pulmonar é oriunda, em grande parte, devido à sobrecarga do volume de líquidos pela incapacidade de filtração dos rins, e, que mesmo com a realização da hemodiálise, torna-se inevitável o acúmulo do mesmo os capilares pulmonares para dentro dos alvéolos, levando a mudanças no padrão respiratório, fator descrito em um trabalho de dissertação de mestrado da Universidade Federal do Ceará em um estudo de 2015 (MELO et al., 2016).

Nesta pesquisa, a plaquetopenia foi um fator que ocorreu frequentemente, tanto no período pré-dialítico como no pós-dialítico, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,05$). Um estudo de 2017 em Belém mostrou que o rebaixamento na contagem de plaquetas ocorre devido a uma série de fatores relacionados à hemodialisadores com membrana de acetato, desencadeando um aumento na função e agregação plaquetária (MENESES, 2014).

No presente estudo, a heparina foi utilizada durante as sessões de hemodiálise em todos os pacientes avaliados. Em uma dissertação de mestrado em 2014 na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, apontam a heparina como principal anticoagulante de escolha nos tratamentos em HD. Para situações de contraindicação, há risco de coagulação do circuito, e quando isso ocorre, o circuito é desprezado e a perda de sangue do paciente contribui para os baixos índices de hemoglobina e hematócrito, desencadeando a anemia, complicação comum nos pacientes renais, e, portanto, sendo necessária, em algumas situações, a transfusão de concentrado de hemácias (LEITE, 2014).

Os monócitos também apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p = 0,04$). Em um estudo do Hospital do Norte de Minas Gerais em 2015 explicou, monócitos, localizados nas células do sangue que fazem parte do sistema imunológico, e, por isso, encarregados de defenderem o organismo de corpos estranhos como bactérias e vírus. Porém, pacientes imunocomprometidos podem apresentar maiores dificuldades para combater infecções, fato que demanda maior tempo de internação, e, principalmente dentro da UTI, pela necessidade do uso de procedimentos invasivos, além da própria gravidade clínica dos pacientes (PEREIRA, 2014).

Dentre as principais limitações deste estudo, foi incluído o fato de não se possuir um número elevado de pacientes e a falta de algumas informações não relatadas nos prontuários. Porém, como há uma padronização de registros de dados na UTI, pode-se acreditar que os dados são confiáveis.

Os pontos fortes incluem a avaliação detalhada das características dos pacientes, como, o fato de todos serem renais agudos e iniciaram o processo de hemodiálise dentro da UTI, desde o período de acompanhamento inicial deste estudo.

4. CONCLUSÃO

Após o término deste estudo, podemos concluir que houve dificuldades na falta de algumas informações nas fichas e prontuários dos pacientes. Porém, foi conseguido extrair as informações necessárias e com veracidade para o desenvolvimento do trabalho.

Verificou-se também uma significativa gravidade das alterações respiratórias e cardiovasculares dos pacientes insuficientes renais agudos e, que podem se agravar após o processo de sessões de hemodiálise, tendo-se em vista a possibilidade de morte quando

não há intervenção efetiva, sendo o próprio tratamento tende a promover alterações hemodinâmicas, agravando o prognóstico dos mesmos.

Portanto, a atuação da equipe multiprofissional é de suma importância diante dessas complicações, desde a monitorização do paciente, até a detecção de anormalidades nos sinais clínicos dos mesmos, sendo essencial a rápida intervenção para a garantia de procedimentos seguros e eficientes.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.T.P. **Estudo comparativo da mecânica ventilatória de pacientes com lesão renal aguda submetidos à hemodiálise diária ou a diálise peritoneal contínua.** (Tese) Doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Botucatum, UNESP, 2016.

BARBAS, C.S.V.B.; ÍSOLA, A.M.; FARIAS, A.M.C.; CAVALCANTI, A.B.; GAMA, A.M.C.; DUARTE, A.C.M. et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 2, p. 89-121, 2014.

BURMEISTER, J.E.; CAMPOS, J.F.; MILTERSTEINER, D.R. Efeito de diferentes níveis de glicose no dialisato sobre o risco de hipoglicemia durante hemodiálise em pacientes diabéticos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 4, p. 323-327, 2012.

CHAO, D.C.; SCHEINHORN, D.J.; HASSENPFUG, M.S. Impacto da disfunção renal no desmame da ventilação mecânica prolongada. **Revista Crit Care**, v. 1, n. 3, p. 1-6, 2017.

CORDEIRO, A.P.; ROSSETTI, N.L.M.; DUARTE, L.V.; MORIYA, T.M.; TERÇARIOL, C.A.S.; FERREIRA, V. Complicações durante a hemodiálise e a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 19 n. 2, p. 247-254, 2016.

FAVARIN, S.S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012.

FERNANDES, M.I.C.D.; BISPO, M.M.; LEITE, M.E.D.; LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; LIRA, A.L.B.C. Acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico volume de líquidos excessivo de pacientes em hemodiálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 1057-1064, 2015.

FERNANDES, M.I.C.D.; LIMA, C.F.; FRAZÃO, C.M.F.Q.; DELGADO, M.F.; ARAUJIO, M.G.A.; LIRA, A.L.B.C. Alterações cardiovasculares e pulmonares em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. 1-7, 2016.

GUEDES, J.R.; SILVA, E.S.; CARVALHO, I.L.N.; OLIVEIRA, M.D. Incidência e fatores predisponentes de insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, e49035, 2017.

LEITE, E.M.D. **Diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição em pacientes submetidos à hemodiálise.** (Dissertação) Mestrado em enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

LOPES, F.M.; FERREIRA, J.R.; FLORES, D.G. Impacto da terapia renal substitutiva na função respiratória de pacientes sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 3, p. 251-257, 2013.

MELO, E.M. et al. Caracterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Pesquisa**, v. 8, n. 12, p. 4898-4904, 2016.

MENESES, A.M.C. Avaliação da biocompatibilidade da membrana de acetato de celulose em cães com insuficiência renal aguda submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Medicina Veterinária**, v. 36, n. 4, p. 362-366, 2014.

PEREIRA, E.R.; RIBEIRO, I.M.L.; RUAS, E.F.G.; SILVA, P.L.N.; GONÇALVES, R.P.F.; DIAMANTINO, M.A.N. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1123-1134, 2014.

PEREIRA, F.G.F.; CHAGAS, A.N.S.; FREITAS, M.M.C.; BARROS, L.M.; CAETANO, J.A. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Visa em Debate**, v. 4, n. 1, p. 70-77, 2015.

PERES, L.A.B.; WANDEUR, V.; MATSUO, T. Preditores de injúria renal aguda e de mortalidade em uma unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 38-46, 2015.

SOUSA, A.F.L.; OLIVEIRA, L.B.; MOURA, M.E.B. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. **Revista prevenção de infecção e saúde**, v. 2, n. 1-2, p. 11-17, 2016.

STEINHORST, R.C.; JUNIOR, J.M.V.; ABDULKADER, R.C.R.M. Acute Effects of Intermittent Hemodialysis and Sustained Low-Efficiency Hemodialysis (SLED) on the Pulmonary Function of Patients under Mechanical Ventilation. **Renal Failure**, v. 29, n. 3, p. 341-345, 2017.

TEIXEIRA, F.I.R.; LOPES, M.L.H.; SILVA, G.A.S.; SANTOS, R.F. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 64-71, 2015.

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

Adolescentes: 278, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 288, 289, 290 e 322.

Amazônia: 133, 136, 147, 166, 242, 255, 258, 305 e 315

Ambiente de Trabalho: 136, 212, 213, 214, 218, 220 e 223.

Anemia Falciforme: 315, 317, 318, 319, 320, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332 e 333.

Assistência ao Paciente: 28, 45, 136, 138, 140 e 251.

Assistência de Enfermagem: 287, 288, 292 e 294.

Assistência Integral à Saúde: 146, 152 e 262.

Atenção Primária de Saúde: 28.

Atividade Física: 186, 188, 189, 190 e 298.

C

CAPS: 299, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312 e 313.

Comunicação: 39, 55, 80, 81, 85, 87, 92, 93, 137, 212, 215, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 270, 276, 277 e 292.

Condições de Saúde: 30, 62, 66, 278, 289, 294 e 297.

Cuidado Pré-natal: 145.

Cuidados Críticos: 79.

Cuidados de Enfermagem: 300.

D

Diabetes de Mellitus: 171, 174, 177, 179 e 183.

Disbiose: 95, 97 e 101.

Distribuição de Produtos: 240.

Doença de Graves: 72, 73, 75, 76 e 77.

E

Educação Continuada: 45, 67, 133, 138 e 139.

Educação em Saúde: 14, 20, 21, 22, 23, 33, 108, 115, 116, 153, 165, 168, 302 e 328.

Enfermagem: 14, 17, 23, 24, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 53, 54, 81, 82, 83, 85, 86, 89, 91, 93, 108, 138, 141, 163, 165, 166, 171, 177, 189, 190, 192, 203, 209, 215, 219, 220, 221, 250, 262, 270, 281, 285, 286, 292, 299, 300, 301, 302, 317, 328 e 330.

Enfermagem Oncológica: 38 e 42.

Envelhecimento: 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 255 e 295.

Escore de disfunção orgânica: 248.

Especialidades: 28, 34, 35, 75, 136 e 306.

Estágio Clínico: 203.

Extremo Baixo Peso: 119, 120, 123 e 130.

F

Fatores de Risco: 67, 68, 120, 122, 124, 139, 164, 166, 168, 171, 174, 177, 189, 236, 278, 279, 282, 283, 286, 288, 289, 290, 344 e 346.

G

Gestante: 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 121, 145, 146, 150, 152, 153, 158, 279, 285, 286 e 287.

Gestão em Saúde: 237 e 248.

Gravidez: 51, 52, 53, 57, 58, 77, 124, 144, 145, 151, 152, 153, 279, 280, 288 e 289.

H

Hemodiálise: 335, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346 e 347.

Hipertensão: 122, 177, 182, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 270, 278, 280, 282, 283, 284, 288, 289, 290, 297, 298, 340, 341 e 346.

Hipertensão Gestacional: 282, 283, 278 e 284.

Hipertireoidismo: 72, 73, 74, 75, 76, 77 e 341.

Humanização: 14, 18, 19, 24, 174, 215, 223, 292, 299, 300, 316 e 330.

I

Infecção Hospitalar: 40, 133, 134 e 136.

Insetos Peçonhentos: 192, 193, 194, 199 e 201.

Interdisciplinar: 67, 133 e 269.

M

Microbiota Intestinal: 95, 96, 101 e 102.

Migração: 258, 262, 263, 264, 265, 266 e 268.

Mixedema: 72, 73, 75 e 76.

Mulheres: 15, 20, 24, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 124, 125, 147, 148, 150, 151, 152, 163, 164, 165, 167, 268, 280, 284, 285, 286, 287, 308, 309, 322, 335 e 340.

Multidisciplinar: 80, 82, 92, 93, 141, 147, 221, 262, 270, 299 e 320.

N

Neoplasias da Mama: 163.

Notificação de Doenças: 227.

P

Pacientes Internados: 79, 134, 140, 141, 177, 250, 269 e 335.

Parto Vaginal: 95, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 128 e 152.

Paternidade: 145, 146, 152, 153, 157 e 158.

Pessoas em Situação de Rua: 262, 263 e 264.

População Vulnerável: 292 e 294.

Prematuro: 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128 e 280.

Primeiros Socorros: 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116 e 117.

Prisões: 108.

Programas de Imunização: 240 e 241.

promoção em Saúde: 292 e 294.

R

Recém-nascidos: 102, 103, 104, 119, 121, 122, 123, 127, 129, 130 e 320.

Resíduos de Serviços de Saúde: 38, 39 e 42.

S

Satisfação no Trabalho: 212, 213 e 217.

Saúde de Populações Indígenas: 163

Saúde Mental: 214, 219, 305, 306, 308, 309, 310, 312 e 313.

Saúde Pública: 38, 39, 45, 119, 134, 136, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 187, 188, 189, 192, 193, 196, 206, 215, 216, 228, 280, 294, 295, 315, 316, 317, 318, 320 e 328.

Saúde Sexual: 51, 52, 53, 54 e 152.

Segurança do Paciente: 17, 38, 40, 41, 42, 44, 47, 48, 82, 83, 85, 135, 139 e 217.

Sexualidade: 51, 52, 53, 57, 58 e 60.

SRAG: 203, 204, 205, 206, 207, 209 e 210.

T

Tecnologia: 22, 62 e 337.

Transporte de Pacientes: 79, 80, 81 e 84.

Tuberculose: 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 270, 272 e 277.

U

Unidades de Terapia Intensiva: 81, 122, 127, 133, 134, 141, 250, 258 e 335.

Urbanização: 227 e 228.

V

Vacinas: 32, 203, 240, 241, 242, 243, 244, 245 e 246.

Ventilação Mecânica: 86, 91, 122, 196, 259, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 343, 344 e 346.

Vigilância em Saúde Pública: 227.

Vírus Respiratórios: 203 e 204.

ISBN: 978-65-86283-33-4

ORL



9 786586 283334

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283334