

# A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3



**Silene Ribeiro Miranda Barbosa**  
**(Organizadora)**

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

# A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3



**Silene Ribeiro Miranda Barbosa**  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecária**

Janaina Ramos

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial- NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista



**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Maria Alice Pinheiro  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadora:** Silene Ribeiro Miranda Barbosa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

E56 A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 3 /  
Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta  
Grossa - PR: Atena, 2020

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5706-670-6  
DOI 10.22533/at.ed.706200812

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Barbosa, Silene Ribeiro  
Miranda (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3” retrata em cinco volumes a produção científica sobre as diversas formas de gerenciar o cuidado. As produções apresentam, de forma multidisciplinar, as diferentes questões que envolvem o cuidado, desde o profissional até o cliente.

O objetivo principal foi categorizar os diversos estudos, ações e propostas das diversas instituições de ensino e de assistência do país, a fim de compartilhar as ofertas de cuidado. A condução dos trabalhos contextualizou desde farmacologia, saúde básica, educação sanitária, imunologia, microbiologia até o gerenciamento das áreas correlatas.

A diversificação dos temas organizados em cinco volumes favorecerá a leitura e o estudo permitindo que acadêmicos e mestres que se interessarem por essa viagem científica possam usufruí-la.

O avanço do tema “cuidar” impulsionou a organização deste material diante da situação de saúde a qual vivemos atualmente. Ressalto, contudo a importância do profissional atentar com o comprometimento necessário para que o resultado seja o mais digno possível dentro do processo do cuidar.

A proposta dos cinco volumes resultou nas unificações dos assuntos, sendo divididos: Gerenciamento do Cuidado da Assistência da Atenção Primária, Gerenciamento do Cuidado na Assistência Hospitalar, Gerenciamento do Cuidado com o profissional de saúde, Gerenciando o Processo Educacional na Saúde e por fim, e não menos importante, o Gerenciamento da Gestão do Cuidar. Assim sendo, a diversidade das discussões enfatizam a necessidade de compreender o cuidado como uma ciência, e, portanto, o estudo contínuo se faz necessário para que possamos constantemente ofertar dignos cuidados.

Façamos essa viagem científica buscando aprimorar os conhecimentos em questão.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO NO IDOSO**

Paulo Henrique Santana Feitosa Sousa

Andréa Exautação Primo

Ana Karine Braz Fernandes

Thaynara Fontes Almeida

Maria Morgana Lima Silva

Marcel Vinicius Cunha Azevedo

Ruth Cristini Torres

**DOI 10.22533/at.ed.7062008121**

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **ABORDAGEM DO ENFERMEIRO FRENTE AO PORTADOR DE DIABETES MELITTUS NA MELHOR IDADE**

Allexa Serra Lima

Aparecida Priscila da Silva Pereira Aleixo

Fabiana Vieira Silva Martins

Marina de Paula

Michelle Costa Ferreira

Taiz Barbosa Rodrigues

Nadir Barbosa Silva

Aline Voltarelli

**DOI 10.22533/at.ed.7062008122**

### **CAPÍTULO 3..... 20**

#### **ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: A ATENÇÃO BÁSICA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE**

Ana Caroline Oliveira Almeida

Amanda Rodrigues Figueiredo

Ana Beatriz Souza Cabral

Adely Cristine Sales Campos

Maura Layse Botelho Rodrigues

Allana Patrícia da Cruz Barros

Samilly de Laura Freitas Bechara

Thayna Maressa Santos de Souza

Gabriela Nascimento de Souza

Luiza Alessandra Oliveira Monteiro

Márcio Alves Ribeiro

Shirley Aviz de Miranda

**DOI 10.22533/at.ed.7062008123**

### **CAPÍTULO 4..... 28**

#### **ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Alinne Gomes do Nascimento

Sandra Maria Gonçalves de Lima  
Daiane Hermogenes Cordeiro  
Hugo Leonardo Guimarães Costa Silva  
Lara Cavalcante de Sousa  
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura  
Viviane de Oliveira Cunha  
Anádia de Moura Oliveira  
Lucineide Sousa Penha Silva  
Scarlet Elen Ferreira dos Santos  
Crystianne Samara Barbosa Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.7062008124**

**CAPÍTULO 5.....39**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE DE CATADORES DE LIXO NO AMAPÁ: RESULTADOS PRELIMINARES**

Clarice Lima de Lima  
Carlos Augusto Alves de Lima Junior  
José Luiz Picanço da Silva  
Dirley Cardoso Moreira  
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini  
Rosana Oliveira do Nascimento  
Rosemary Ferreira de Andrade  
Rubens Alex de Oliveira Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.7062008125**

**CAPÍTULO 6.....48**

**ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS EXECUTADAS NA ATENÇÃO AO IDOSO HIPERTENSO**

Luiza Maria Gaspar  
Evani Marques Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.7062008126**

**CAPÍTULO 7.....57**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Daniele dos Santos Sena  
Bentinelis Braga da Conceição  
Mariana Teixeira da Silva  
Marhessa Carlyne de Miranda Barros Gomes  
Adriana Carvalho Araújo  
Ricardo Clayton Silva Jansen  
Antônia Rodrigues de Araújo  
Láisa Ribeiro Rocha  
Paula Lima de Mesquita  
Rosa Alves de Macêdo  
Edilane Henrique Leôncio  
Thalita Ribeiro Gomes da Silva  
Priscila Pontes Araújo Souza

Annielson de Souza Costa  
Camylla Layanny Soares Lima  
**DOI 10.22533/at.ed.7062008127**

**CAPÍTULO 8..... 70**

**AVALIAÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL EM HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Maria da Cruz Alves da Silva  
Thais Amanda Rossa  
Allexia Schmitutz  
Joelson Santos  
Mariana Makuch Martins  
Fernanda Marciano Consolim-Colombo  
Carine Teles Sangaleti Miyahara

**DOI 10.22533/at.ed.7062008128**

**CAPÍTULO 9..... 82**

**CÂNCER INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA**

Hérica Tavares Milhomem  
Aline Alves da Silva Santos  
Débora Kathuly da Silva Oliveira  
Déborah Tavares Milhomem  
Maria Eduarda dos Santos  
Mariana Batista da Silva  
Maria Carolina de Albuquerque Wanderley  
Franciskelly de Siqueira Pessôa  
Roberta Luciana do Nascimento Godone

**DOI 10.22533/at.ed.7062008129**

**CAPÍTULO 10..... 89**

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

Marcella Tibúrcio Maia  
Alexiane Mendonça da Silva  
Maria Eduarda Almeida Marçal  
Geraldo Henrique Xavier Gomes  
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.70620081210**

**CAPÍTULO 11..... 98**

**COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Francisca Marcia Costa Pereira  
Maria Daniele Sampaio Mariano  
Jéssica Kari da Silva Gonçalves Saraiva  
Vânia Barbosa do Nascimento  
Halana Cecília Vieira Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.70620081211**

**CAPÍTULO 12..... 108**

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E PREVENÇÃO DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Vitória Araújo Mendes  
Jhonata Gabriel Moura Silva  
Renata Pereira Almeida  
Ismália Cassandra Costa Maia Dias

**DOI 10.22533/at.ed.70620081212**

**CAPÍTULO 13..... 120**

**CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Iara de Oliveira Pigozzo  
Paula Melo Pacheco  
Leidiléia Mesquita Ferraz  
Áurea Cúgola Bernardo  
Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt  
Ana Claudia Sierra Martins  
Eliana Amaro de Carvalho Caldeira

**DOI 10.22533/at.ed.70620081213**

**CAPÍTULO 14..... 131**

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Izadora Silva Ribeiro  
Rodrigo Duarte dos Santos  
Noelayne Oliveira Lima

**DOI 10.22533/at.ed.70620081214**

**CAPÍTULO 15..... 145**

**DENGUE: A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Fernanda Lima de Araújo  
Lianna Carolinny Dias de Moraes  
Adriana Carvalho Araújo  
Ricardo Clayton Silva Jansen  
Camylla Layanny Soares Lima  
Anny Sanielly de Moraes Araujo  
Francisca Agda Oliveira Dias  
Annielson de Souza Costa  
Ana Claudia Antunes Ferreira de Castro  
Maria da Cruz Alves da Silva  
Edilane Henrique Leôncio  
Layane Mayhara Gomes Silva  
Francilene Rodrigues de Pinho  
Nariane Moraes do Nascimento Silva  
Ana de Cássia Ivo dos Santos  
Adriano Nogueira da Cruz

**DOI 10.22533/at.ed.70620081215**

**CAPÍTULO 16..... 156**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rosana Oliveira do Nascimento  
Hiago Rafael Lima da Silva  
Mércia Gabrielle Bruno Bastos  
Luana Jandira Weber Silva  
Dicleuma Carvalho Ferreira  
Edylany Almeida de Oliveira  
Darci Francisco dos Santos Junior  
Luzilena de Sousa Prudêncio  
Nely Dayse Santos da Mata  
Rubens Alex de Oliveira Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.70620081216**

**CAPÍTULO 17..... 167**

**EDUCAR E PREVINIR O ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR COM UMA TECNOLOGIA  
EDUCATIVA**

Luciane Silva Oliveira  
Mikaelle Fernandes Marques  
Jefferson Dantas da Costa  
Lucas Teixeira de Sousa Santos  
Paula Andréia Araújo Monteiro  
Nataniel Lourenço de Souza  
Maria José Dias Gonzaga  
Adenyse Cavalcante Marinho Sousa  
Maria Janileila da Silva Cordeiro

**DOI 10.22533/at.ed.70620081217**

**CAPÍTULO 18..... 176**

**FATORES ASSOCIADOS À PERSPECTIVA DE TEMPO FUTURO DURANTE A  
GESTAÇÃO**

Luiza Guimarães Oliveira  
Clessiane de Brito Barbosa  
Daniela Sousa Oliveira  
Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes  
Cristiane Pereira Novaes  
Emanuella Soares Fraga Fernandes  
Marisa Fernandes Seixas  
Laila Teixeira Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.70620081218**

**CAPÍTULO 19..... 187**

**MEDO DO PARTO: AVALIAÇÃO EM UM GRUPO DE GRÁVIDAS**

Ana Maria Aguiar Frias  
Luís Manuel Mota de Sousa  
Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.70620081219**



**CAPÍTULO 20..... 199**

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO DO MARANHÃO**

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro  
Gabriela Oliveira Parentes da Costa  
Francisca Maria Pereira da Cruz  
Luciana Stanford Balduino  
Carolina Silva Vale  
Lígia Maria Cabedo Rodrigues  
Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves  
Carla Lorena Moraes de Sousa Carneiro  
Laíse Virgínia Soares Senna  
Eliseba dos Santos Pereira  
Vandoval Rodrigues Veloso  
Felipe Nascimento Vidal

**DOI 10.22533/at.ed.70620081220**

**CAPÍTULO 21..... 209**

**O PAPEL ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

David Ferreira Costa  
Jurandir Xavier de Sá Junior  
Marcelo Donizetti Chaves  
Roberta de Araújo e Silva  
Perpétua do Socorro Silva Costa

**DOI 10.22533/at.ed.70620081221**

**CAPÍTULO 22..... 221**

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA IMUNIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES PARA MELHORIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Nanielle Silva Barbosa  
Kayron Rodrigo Ferreira Cunha  
Amanda Karoliny Meneses Resende  
Camilla de Kássia Cruz da Silva  
Nailza Santos Sousa  
Andreza da Silva Fontinele  
Juliete Machado Aguiar Bandeira  
Angélica Gilderllany Sousa Silva  
Talita de Brito Silva  
Ananda Carolina Barbosa da Silva  
Lucas Costa de Gois  
Amanda Fonseca Costa Assunção

**DOI 10.22533/at.ed.70620081222**

**CAPÍTULO 23..... 229**

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS NOS ANOS DE 2017-2018**

Fernanda Andrade Vieira

Rebeca Tavares Carvalho  
Tacya Priscilla de Oliveira Borges  
Louise Carvalho Faislon Cruz  
Joyce Duarte Carvalho  
Alba Lúcia Santos Pinheiro  
Talita Machado Levi

**DOI 10.22533/at.ed.70620081223**

**CAPÍTULO 24.....239**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO SOBRE PREVENÇÃO DO ZIKA VÍRUS COM GESTANTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SINHARINHA BORGES**

Ana Clara Costa Mendes  
Júlia Diana Pereira Gomes  
Julyana Rodrigues Maciel  
Liana Carla Peixoto Xavier  
Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega  
Suelen Tamiles Pereira Costa

**DOI 10.22533/at.ed.70620081224**

**SOBRE A ORGANIZADORA.....245**

**ÍNDICE REMISSIVO.....246**

## ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE DE CATADORES DE LIXO NO AMAPÁ: RESULTADOS PRELIMINARES

*Data de aceite: 01/12/2020*

### **Clarice Lima de Lima**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).  
Graduanda do Curso de Enfermagem. Macapá  
- Amapá.

### **Carlos Augusto Alves de Lima Junior**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).  
Graduando do Curso de Enfermagem. Macapá  
- Amapá.

### **José Luiz Picanço da Silva**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).  
Macapá - Amapá.

### **Dirley Cardoso Moreira**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)  
e Mestre em Ciências da Saúde. Macapá -  
Amapá.

### **Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)  
e Mestre em Ciências da Saúde. Macapá -  
Amapá.

### **Rosana Oliveira do Nascimento**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e  
Mestre em Saúde Coletiva. Macapá - Amapá.

### **Rosemary Ferreira de Andrade**

DUiversidade Federal do Amapá (UNIFAP).  
Macapá - Amapá.

### **Rubens Alex de Oliveira Menezes**

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP),  
Laboratório de Estudos Morfofisiológicos e  
Parasitários (LEMP). Macapá - Amapá.

**RESUMO:** Inúmeros são os fatores que ajudam a identificar a qualidade de vida de um indivíduo, essas condições podem ser observadas na teoria dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que, segundo a Organização Mundial da Saúde, são todos os componentes que influenciam na vida da pessoa, sejam eles de natureza socioeconômica, psicológica, cultural, ambiental, entre outros. Este estudo tem como objetivo avaliar as condições de saúde de uma comunidade de catadores de lixo conhecida como Carapirá, localizada na Zona Norte do Município de Macapá - AP. Realizou-se um estudo transversal com abordagem quantitativa, baseado nos resultados de um questionário socioeconômico aplicado no decorrer de uma ação social de saúde realizada na referida comunidade. De um quantitativo total de aproximadamente 70 carapirás, foram coletados 33 através de questionário, desses 72,2% implicaram que as casas são de alvenaria, com fornecimento de água por poço Amazonas 69,7%. Com relação a escolaridade, 45,45% possuem apenas o 1º grau incompleto e 69,6% obtêm renda de 1 a 3 salários mínimos. Adicionalmente, 57,57% declararam sua condição de saúde como mediana, 39,39% possuem antecedentes familiares com doenças crônicas, e, 45,45% consideraram que a ação comunitária de saúde promovida foi excelente. Portanto, levando em conta os DSS, bem como a análise das falas dos entrevistados e os resultados do questionário aplicado, conclui-se que os riscos para a saúde dessa população encontra-se no ambiente de trabalho, dado que esses possuem contato direto com todo e qualquer tipo de material e/ou substância sem

saber sua natureza e sem nenhuma proteção física contra acidentes, ademais, destaca-se a satisfação deles com a ação realizada pois o acesso aos serviços sociais de saúde é dificultoso considerando ser uma comunidade longínqua do centro da cidade de Macapá.

**PALAVRAS-CHAVE:** Determinantes Sociais de Saúde, catadores de lixo, saúde.

## NALYSIS OF THE HEALTH CONDITIONS OF A COMMUNITY OF WASTE COLLECTORS IN AMAPÁ: PRELIMINARY RESULTS

**ABSTRACT:** There are countless factors that help to identify the quality of life of an individual, these conditions can be observed in the theory of Social Determinants of Health (DSS) which, according to the World Health Organization, are all components that influence the person's life, whether socioeconomic, psychological, cultural, environmental, among others. This study aims to evaluate the health conditions of a community of garbage collectors known as Carapirá, located in the North Zone of the Municipality of Macapá - AP. A cross-sectional study with a quantitative approach was carried out, based on the results of a socioeconomic questionnaire applied during a social health action carried out in that community. Of a total amount of approximately 70 carapirás, 33 were collected through a questionnaire, of which 72.2% implied that the houses are made of masonry, with water supply per well 69.7%. Regarding education, 45.45% have only incomplete primary education and 69.6% earn an income of 1 to 3 minimum wages. In addition, 57.57% declared their health condition as median, 39.39% have a family history of chronic diseases, and 45.45% considered that the community health action promoted was excellent. Therefore, taking into account the DSS, as well as the analysis of the interviewees' statements and the results of the applied questionnaire, it is concluded that the risks to the health of this population are found in the work environment, given that they have direct contact with all and any type of material and / or substance without knowing its nature and without any physical protection against accidents, in addition, their satisfaction with the action performed stands out because access to social health services is difficult considering it is a community far from the center of the city of Macapá.

**KEYWORDS:** Social Determinants of Health, garbage collectors, health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Buss e Filho (2007) descrevem que em meados do século XIX a qualidade de vida de uma população era definida biologicamente, ou seja, de acordo com o processo saúde-doença, contudo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse processo é muito mais complexo, pois a saúde e o bem-estar engloba todos os âmbitos da vida de um indivíduo, ou seja, físico, mental e social acordando com Carrapato et al (2017).

A partir disso surge a construção do conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), o qual mostra que a saúde da pessoa pode ser influenciada por todo o conjunto étnico, social e demográfico em que está inserida. As condições de moradia e de saneamento básico inadequado, assim como fatores econômicos e comportamentais, têm impacto direto na saúde da população mais vulnerável.

Segundo Almeida et al (2020), a população com maior déficit no nível de educação,

renda e profissional, em sua grande maioria, se submetem a situações desfavoráveis de moradia e trabalho, aumentando assim os riscos para a saúde dos indivíduos. Visto a importância governamental dos DSS para determinar e intervir na saúde populacional, em 2006 o Ministério da Saúde definiu uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) composta por dezesseis integrantes, os quais trazem uma definição oficial para os Determinantes Sociais de Saúde:

São características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias [...] estilos de vida individuais estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros. (BRASIL, 2006).

Conforme esse conceito buscou-se analisar as condições de vida de uma comunidade de catadores de lixo, denominada Carapirá, a qual, de acordo com a visão comum, vive em decadência e a margem da sociedade, onde suas condições habitacionais e trabalhistas são precárias, não adequadas para a saúde e menos ainda humanitárias.

O governo brasileiro os define como catadores de materiais recicláveis e reutilizáveis, e ressalta sua importância trabalhista para a manutenção dos aterros sanitários, para a economia e para a diminuição da extração de matéria prima. Entretanto, admite que as condições individuais ou coletivas em que isso ocorre são, muitas vezes, de extrema decadência e que pode pôr em risco a saúde dessas pessoas (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, essas áreas vulneráveis é considerada espaços de densidade populacional, onde se realizam atividades econômicas diversas, as quais têm importante função na organização dos grupos populacionais (KAGEYAMA, 2018). A escolha por esta área de intervenção fundamentou-se na reflexão e no estabelecimento de prioridades sobre os problemas de saúde da população com vulnerabilidades sociais, visando o desenvolvimento de ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas que no seu conjunto compõem os diferentes componentes da saúde coletiva.

Tendo em vista a escassez de trabalhos que avaliem esta temática, no estado do Amapá, especialmente abordando tais comunidades e buscando identificar similaridades ou condições de risco para esse agravo de saúde, bem como os aspectos socioeconômicos, higiênico-sanitários desses trabalhadores. Este estudo teve como objetivo avaliar as condições de saúde de uma comunidade de catadores de lixo conhecida como Carapirá, localizada na Zona Norte do município de Macapá, Amapá.

## 2 | METODOLOGIA

Para obter as respostas acerca da problemática apresentada realizou-se um estudo transversal, com abordagem quantitativa, baseado nos resultados de uma pesquisa feita

à partir de respostas de questionários de cunho sociodemográfico. Essas perguntas foram aplicadas de forma oral e respondidas em documento impresso no decorrer de uma ação social de saúde, realizada em uma comunidade de catadores de lixo denominada Carapirá, localizada na zona norte do município de Macapá no Amapá. Os indivíduos foram entrevistados e explicado os objetivos da pesquisa, assegurado o sigilo das informações prestadas para compor o estudo, reforçou-se a não obrigatoriedade da participação.

Para obter as informações necessárias referente ao estilo de vida do trabalhador, foi realizado a aplicação de um questionário assim como a realização exames com: aferição da pressão arterial (PA), coleta glicêmica, circunferência abdominal e coleta de dados antropométricos: Peso, altura e Índice de Massa Corpórea normal (IMC). Os valores de referência foram classificados segundo as recomendações da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO).

Foram ofertadas também a realização de testes rápidos mediante punção digital, para detecção de anticorpos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e hepatites B e C. Para averiguar informações referentes ao estresse ocupacional empregou-se um questionário referente ao grau de estresse vivenciado pelos sujeitos da pesquisa.

Este povoado se localiza no bairro Amazonas, Zona Norte de Macapá, sendo que trabalham no aterro sanitário da capital, no Km 14 da BR-210, lugar onde são despejados em média 250 toneladas de resíduos recolhidos diariamente em Macapá. Suas relações políticas se dão através de um porta voz, geralmente o líder comunitário. Segundo o líder da comunidade possui em torno de 70 carapirás cadastrado na cooperativa ou associação de catadores.

A coleta ocorreu em uma igreja da comunidade do bairro Amazonas. Na ocasião da coleta, aplicou-se questionário com perguntas pertinentes ao objetivo do estudo através de entrevista interpessoal com perguntas de cunho socioeconômico, higiênico-sanitário e de morbidades progressas.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os respondentes consentiram com a participação no estudo, registrando sua concordância no termo de consentimento livre e esclarecido e com assinatura ou com digital, quando não sabiam escrever. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética-CEP/UNIFAP, conforme parecer: 2.952.145.

Os dados obtidos foram armazenados em um programa de banco de dados da Microsoft Office Access 2016, sendo organizados em tabelas de contingência 2x2 conforme objetivos propostos. Os valores foram avaliados pela estatística descritiva, sendo utilizado as frequências absolutas e relativas (%) das variáveis de maior relevância para a construção de tabelas.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados 33 retornos do questionário aplicado, dos quais 75,75% correspondiam ao sexo feminino e 24,25% ao sexo masculino, do total 72,2% implicaram que as casas são de alvenaria, e que em média 5,7 pessoas residem em cada casa, o fornecimento de água se dá por poço Amazonas em 69,7% das moradias, e apenas em uma a fossa é negra enquanto que em todas as outras casas apresentam fossa seca.

<b>Características</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	8	24,25
Feminino	25	75,75

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao sexo

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Com a aplicação do questionário pode-se observar que a alimentação de 54,54% dos entrevistados é composta pelo consumo de frituras de três vezes a todos os dias da semana, vale ressaltar que de acordo com relatos obtidos através da entrevista, a maior parte da alimentação é composta por carne de frango.

<b>Características</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Consumo &lt;3 vezes/semana</b>		
Fritura	18	54,54
Carne vermelha	8	24,24
Carne branca	7	21,22
<b>Estilo de vida</b>		
Tabagismo	3	9,09
Excesso de bebidas alcólicas	8	24,24
Sedentarismo	21	63,63
Excesso de peso	01	3,04

Tabela 2 – Padrão alimentar e estilo de vida

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Relacionado à escolaridade, 45,45% dos entrevistados possuem apenas o 1º grau incompleto e 69,6% obtêm renda de 1 a 3 salários mínimos. Por fim, 57,57% declararam considerar sua condição de saúde como mediana, 39,39% possuem antecedentes familiares portadores de doenças crônicas, e, 45,45% consideraram que a ação comunitária de saúde

promovida foi excelente.

<b>Características</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	15	45,45
2º grau completo	05	15,15
3º grau incompleto	07	21,21
3º grau completo	01	3,03
<b>Renda familiar</b>		
>1 salário mínimo	10	30,30
1 a 3 salários mínimos	23	69,69

Tabela 3 – Características socioeconômicas da amostra

Fonte: Instrumento de coleta de dados

A maior parte dos entrevistados corresponde ao sexo feminino, tendo uma diferença exorbitante comparado aos homens, levando em conta o ambiente em que a pesquisa foi realizada, ou seja, uma ação social de saúde, sendo um fator que pode ser explicado pela circunstância de que homens que se encontram sujeitos a margem da sociedade, e/ou que possuem pouca ou nenhuma escolaridade são normalmente o provedor da casa, e precisam trabalhar para o seu sustento, alegam não ter tempo para procurar por esses serviços ou até mesmo passam por cima de doenças pois na visão deles nada pode abalar a sua força.

Outrossim, conforme Gomes et al (2006) os homens também possuem a questão da virilidade, da invulnerabilidade, se acham o “super-homem”, e que qualquer sinal de fraqueza toda a sua masculinidade pode ser posta em risco, no ponto de vista desses homens, o papel de se cuidar, de ser o sexo frágil é cabível a mulher.

Outro ponto a ser discutido está relacionado ao grande consumo de frituras e de carne branca observado entre os carapirás, isso pode ser considerado reflexo da baixa disponibilidade de dinheiro para ser gasto com uma alimentação mais variada, visto que o acesso a esse tipo de alimento é mais acessível.

De forma semelhante, a pesquisa de Defante, Nascimento e Filho (2015) demonstra a preocupação das famílias de baixa renda com o valor dos alimentos, uma vez que quanto menor for a renda familiar, maior será a importância do valor dos alimentos que serão consumidos na dieta, à vista disso, o padrão alimentício da população estaria ligada ainda a cultura brasileira, com o grande consumo de arroz, feijão, frango, carne suína e peixe.

O elevado consumo de frituras também pode desencadear o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade e outras relacionadas a população economicamente



mais vulnerável e com padrão alimentar danoso a saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados em moradores de palafitas em Macapá, Amapá, por Marinho et al. (2018), onde foi observado que maior parte da população estava com excesso de peso relacionado ao consumo de refrigerantes, frituras e ausência de exercícios físicos.

Brasil (2014) descreve no Guia Alimentar da População Brasileira que a deficiência de micronutrientes é expressiva em grupos vulneráveis do povo, também relata que há correlação desse déficit na alimentação com o aumento do índice de DCNT, sendo essas a principal causa de mortalidade no Brasil atualmente.

Atrelado a isso, Gualano e Tinucci (2011) apontam que a inatividade física é um dos grandes males da saúde pública brasileira do século XXI, revelando que mais de 70% dos adultos não atingem a quantidade mínima de atividade física recomendada. Dessa forma, é importante salientar que mais de 60% dos entrevistados está inserido no grupo de sedentarismo, a falta de exercícios físicos está diretamente ligado ao surgimento ou agravamento das DCNT, sendo que os poucos que praticam atividades revelaram ser somente uma caminhada.

Ademais, outro fator de grande influência para desencadear e/ou potencializar as DCNT é o tabagismo. Caram et al (2009) revela que o maior índice de tabagistas se encontra nas populações de baixa renda, contudo, é essa a população que mais procura ajuda para interromper o uso do cigarro, em sua maioria, devido a comorbidades. Viana et al (2018) relata que o uso do tabaco se dá, em grande parte, pela instabilidade emocional acarretada com a crise econômica e o endividamento, entretanto, apesar dos estudos apresentados pode-se observar que o quantitativo de usuários de tabaco dos entrevistados da comunidade carapirá é extremamente baixo, retratando menos de 10%.

De acordo com esses dados e relacionando os DSS, pode-se explorar o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (CNDSS 2008) que expõe de forma esclarecedora e de fácil compreensão as principais camadas que compõem os Determinantes Sociais de Saúde.

Sobral e Freitas (2010) explicam que a primeira camada do modelo representa as características individuais de cada ser humano, na camada seguinte está o comportamento social e/ou comunitário do indivíduo, a terceira camada, nomeada em algumas literaturas como camada intermediária, engloba as condições de vida e trabalhistas, e, por último o nível que equivale às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, conhecida como macrodeterminantes, pois ela pode influenciar diretamente todos os outros níveis.

## CONCLUSÃO

A comunidade carapirá encontra-se a margem da sociedade, desse modo tudo se reflete de alguma forma, em especial, negativamente. É possível observar esse fato no baixo nível de escolaridade, na alimentação deficiente, no sedentarismo, bem como o precário

acesso a serviços de saúde, e a procura por esses serviços ser predominantemente por mulheres.

Pode-se concluir que o risco de saúde para essa comunidade, de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead, compõe a camada intermediária e os macrodeterminantes dos DSS, é nela em que se situa às condições de vida e trabalho, além da situação socioeconômica de um indivíduo determinando a sua condição de vulnerabilidade.

Ressalta-se ainda a condição de trabalho em que essa população se encontra, mesmo com o decreto nº7.405, de 23 de dezembro de 2010 que instituiu o Programa Pró-catador tendo como alguns dos objetivos a capacitação, aquisição de equipamentos, implantação de infraestrutura física de cooperativas e associações, em alguns Estados ainda não se tornou realidade.

Portanto, a comunidade Carapirá vive em decadência trabalhista, não tendo preparo específico para lidar com todos os produtos que encontra no lixo populacional, além de sua saúde ficar totalmente suscetível já que entra em contato direto com todo e qualquer material e/ou substância sem saber sua natureza e sem nenhuma proteção física contra acidentes.

Ademais, a alimentação precária, sendo excessivamente composta por frituras sendo associado ao sedentarismo, torna essa população de amplo risco para o surgimento e agravamento de DCNT. Além disso, é importante acentuar a satisfação deles com a ação social de saúde desenvolvida, pois levou acesso facilitado a exames, consultas, remédios, orientações de cuidados com a saúde, entre outros, visto que por ser uma comunidade de localização longínqua o alcance de alguns serviços como esses se torna dificultoso.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. P. et al. Percepção dos moradores de uma ocupação urbana sobre o 'empoderamento' em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 335-348, abr-jun 2020. DOI 10.1590/0103-1104202012504.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 215p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a População Brasileira. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, Brasília, ed. 2, 2014.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente - MMA, et al. **Catadores de Materiais Recicláveis**. Brasília - DF. 2020. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/cidades-sustentaveis/residuos-solidos/catadores-demateriais-reciclaveis>. Acesso em 02.09.2020

BUSS, P.M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARAM, L. M. de O. et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.35, n. 10, 2009.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

DEFANTE, L. R.; NASCIMENTO, L. D. O.; LIMA-FILHO, D. O. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 265-276, 2015. DOI 10.1590/151870122015203.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011.

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural: conceito medida. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 379-408, set./dez. 2004.

MARINHO, I. G. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em moradores no entorno de áreas alagadas na periferia de Macapá, Amapá. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 148-163, jul./set. 2018.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v. 19, n. 1, jan-mar 2010. DOI 10.1590/S0104-12902010000100004.

VIANA, T. B. P. et al. Factors associated with cigarette smoking among public school adolescents. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019403320>.

# CAPÍTULO 6

## ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS EXECUTADAS NA ATENÇÃO AO IDOSO HIPERTENSO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

**Luiza Maria Gaspar**

Universidade Estadual do Centro-Oeste.  
Guarapuava/PR  
<http://lattes.cnpq.br/6807023478627781>

**Evani Marques Pereira**

Universidade Estadual do Centro-Oeste.  
Guarapuava/PR  
<http://lattes.cnpq.br/1278995262943102>

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo realizar um levantamento das ações não medicamentosas na atenção aos idosos hipertensos de uma unidade básica de saúde no município de Guarapuava-PR. A pesquisa teve caráter quantitativo. Por meio de observação participante na unidade, buscou-se saber sobre os métodos não farmacológicos empregados na população idosa portadora de hipertensão arterial sistêmica daquela região. Identificou-se 4 atividades propostas pela unidade básica de saúde: grupo de caminhada, de memória, de dança e programa de hipertensão e diabetes. Das 78 pessoas que participaram do check list, 96,15% afirmaram não participar das atividades não medicamentosas, 3,85% afirmaram envolver-se nessas ações, dos quais 2,56% frequentavam o grupo de memória e 1,28% o grupo de hipertensão e diabetes. Conclui-se que o tratamento não medicamentoso não é aderido por uma parcela significativa dos idosos hipertensos, o que reflete na condição da

saúde do indivíduo como um todo.

**PALAVRAS - CHAVE:** Idoso; Enfermagem; Hipertensão.

### ANALYSIS OF NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS EXECUTED IN ATTENTION TO HYPERTENSIVE ELDERLY

**ABSTRACT:** The study aimed to conduct a survey of non-pharmacological actions in the care of hypertensive elderly people in a basic health unit in the city of Guarapuava located in the state Paraná. The research was quantitative. Through participant observation at the unit, we sought to learn about the non-pharmacological methods used in the elderly population with systemic arterial hypertension in that region. Four activities proposed by basic health unit were identified: walking, memory, dance group and hypertension and diabetes program. Of the 78 people who participated in the check list, 96.15% said they did not participate in non-medication activities, 3.85% said they were involved in these actions, of which 2.56% attended the memory group and 1.28% the hypertension and diabetes group. It is concluded that the non-pharmacological treatment was not adhered by so a significant portion of the hypertensive elderly, which reflects on the health condition of the individual as a whole.

**KEYWORDS:** Elderly; Nursing; Hypertension.

### 1 | INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde (2016), afirmam que o Brasil possui a quinta maior

população idosa do mundo, com aproximadamente 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, totalizando cerca de 13,7% da população geral. Cabe ressaltar que os idosos longevos, aqueles com 80 anos ou mais, correspondem ao grupo que mais cresce. Estima-se que em 2030 o número de brasileiros com 60 anos ou mais ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos de idade.

Para Nóbrega e Karnikowski (2005), o processo de envelhecimento pode ser marcado por elevação da frequência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's), o que acarreta um aumento na demanda desses indivíduos na área da saúde.

E, dentre as DCNT's, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença crônica e de origem multifatorial, acomete uma parcela significativa da população, inclusive a população idosa (Mendes; Moraes; Gomes, 2014).

De acordo com a OMS, há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. E, dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), indicam que a doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade (BRASIL, 2011).

Sabe-se que para que haja um controle efetivo da pressão arterial em indivíduos portadores dessa patologia, deve-se aliar o tratamento medicamentoso com o não medicamentoso. O tratamento não medicamentoso consiste em realizar atividades físicas frequentemente, cessar o tabagismo e etilismo, estabelecer uma alimentação saudável, preferindo alimentos naturais e com sódio em baixa quantidade, controle do estresse, perda de peso, entre outros. Esse tratamento deve ser estimulado em todos os pacientes portadores de HAS, independente dos níveis de pressão arterial (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

A alimentação deve sofrer mudanças nesse tipo de tratamento. O indivíduo deve estabelecer uma dieta hipossódica, evitando alimentos enlatados, embutidos e defumados, em conserva e também diminuindo a quantidade de sal nos alimentos preparados em casa. Em casos de excesso de peso, deve-se também diminuir a quantidade de carboidratos e gorduras da dieta, e, assim incluir fibras, frutas, verduras e proteínas, bem como realizar atividade física com frequência para que haja queima de energia (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

Além disso, parar de fumar e não ingerir bebidas alcoólicas também tem impacto nos valores da pressão arterial. A cessação do tabagismo diminui o risco de complicação cardiovascular em pessoas hipertensas, enquanto a diminuição do consumo de álcool diminui os valores da pressão arterial (P.A) (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

De forma aguda, a nicotina gera ativação do sistema nervoso simpático e provoca aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica com redução da oferta de oxigênio aos vasos e miocárdio (SOUSA, 2015).

Segundo Nogueira *et al.*, (2012), o exercício físico aeróbio praticado com frequência de três vezes por semana, com intensidade moderada, se mostrou eficaz na redução dos valores pressóricos em idosos hipertensos.

No entanto, para que o tratamento não medicamentoso seja eficaz, é necessário dar suporte ao paciente, proporcionando-lhe uma equipe multiprofissional, visto que são inúmeras mudanças no cotidiano que afetarão diretamente seu estilo de vida (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

De acordo com Ministério da Saúde (2013), o tratamento adequado das doenças crônicas requer uma abordagem multiprofissional, pois demanda discussões dos casos da população e dos indivíduos a fim de encontrar a melhor solução. Faz-se necessário também incentivar o indivíduo a praticar o autocuidado, e para isso é importante o apoio dos familiares, amigos, comunidade e equipe multiprofissional. Essa prática incentiva o indivíduo a aderir um estilo de vida mais saudável, bem como a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Esse estudo teve como objetivo realizar o levantamento das ações de acompanhamento não medicamentoso dos idosos cadastrados no programa de hipertensão de uma unidade básica de saúde (UBS).

## 2 | METODOLOGIA

A pesquisa tem caráter quantitativo e, inicialmente, buscou saber o número de idosos cadastrados no programa de hipertensão na área coberta pela UBS no município de Guarapuava-PR, por meio do prontuário eletrônico que é utilizado nos serviços de saúde.

Participaram do estudo os idosos que preencheram os seguintes critérios: ser cadastrado no programa de hipertensão na unidade básica; possuir diagnóstico de HAS; pertencer a UBS; ser idoso, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), que classifica cronologicamente como idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos.

Por meio de observação participante na UBS, buscou-se saber sobre os métodos não farmacológicos empregados na atenção à população idosa portadora de HAS daquela região. Identificou-se 4 atividades propostas pela UBS: grupo de caminhada, de memória, de dança e programa de hipertensão e diabetes.

Entretanto, observou-se que não há registros da participação dos idosos cadastrados nas atividades propostas da unidade, não permitindo ter o controle da adesão ao tratamento não farmacológico. Por isso, foi usado o prontuário eletrônico utilizado na UBS para buscar informações sobre os usuários, como: data da última consulta, procedimentos realizados, e também o endereço do paciente para realizarmos a busca ativa por meio da visita domiciliar, que foi necessária para executar a pesquisa.

O instrumento utilizado para obter dados dos participantes foi o check list, contendo 9 itens, onde buscou-se saber sobre a participação do indivíduo em alguma atividade proposta pela UBS, como: se realizava alguma atividade física, se consumia álcool ou tabaco, se realizava acompanhamento com profissional de nutrição, se verificava a P.A com

frequência e, se sim, onde e quem aferia a pressão e qual aparelho era utilizado.

O instrumento formulado para obter os registros, visou englobar os métodos não farmacológicos nos itens do check list, a fim de que a pesquisadora registrasse, de forma clara e objetiva, o tratamento não medicamentoso que os idosos realizam, o que permitiu chegar aos dados apresentados.

A unidade possui 156 idosos hipertensos e residentes na área coberta, cadastrados no prontuário eletrônico. A partir dessa identificação pode-se realizar a busca ativa em domicílio. Dos 156 idosos cadastrados no programa de hipertensão da UBS, 78 não foram encontrados, por motivo de falecimento, capacidade cognitiva e de comunicação prejudicada, viagem, mudança de endereço ou de não estarem em casa no dia da visita. Sendo assim, foram encontrados o total de 78 idosos.

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2018 a agosto de 2019.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO, de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, que regulamenta pesquisas com seres humanos, e teve também autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarapuava – Paraná. CAAE: 38276714.0.0000.0106

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Identificamos que o serviço de saúde promove atividades para estimular a comunidade a aderir ao tratamento não farmacológico por meio de ações desenvolvidas na UBS. Na unidade básica de saúde, em Guarapuava-PR, existem ações, como: grupo de dança, de caminhada, de memória e também o grupo de hipertensão e diabetes, onde os pacientes com essas patologias e cadastrados na unidade se encontram uma vez por mês, para receber informações e dicas para seguirem com o tratamento regular.

O grupo de caminhada e de dança são coordenados pela educadora física da UBS, e os encontros acontecem semanalmente. O grupo de hipertensão e diabetes são dirigidos pelo profissional da enfermagem, juntamente com a nutricionista. Porém, segundo o enfermeiro da unidade, a atividade que mais tem procura é o grupo de memória, onde os idosos se encontram para realizar atividades como cruzadinhas, quebra-cabeças, entre outros exercícios mentais.

A partir da aplicação do check list de atividades das ações não farmacológicas foi possível levantar dados numéricos acerca da participação das ações não medicamentosas e acompanhamentos realizados pelos idosos hipertensos cadastrados na UBS.



Figura 1: Porcentagem de participantes em ações propostas pela UBS.

Fonte: A autora.

Das 78 pessoas que participaram do check list, 96,15% afirmaram não participar das atividades não medicamentosas propostas pela UBS. Apenas 3,85% afirmaram se envolver nessas ações, dos quais 2,56% frequentavam o grupo de memória e 1,28% o grupo de hipertensão e diabetes.

Um estudo realizado no município de Vitória-ES, em um ambulatório de serviços especializados, obteve um resultado maior na adesão não farmacológica: 73,3% das pessoas com mais de 60 anos tem boa adesão ao tratamento, mudando estilo e hábitos de vida (ARRUDA *et al.*, 2015).

Quanto ao consumo de álcool, 96,15% afirmaram não ingerir bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de tabaco, 10,26% declaram-se fumantes, enquanto 33,33% disseram não fumar. Porém, a taxa de ex-fumantes é significativa, 56,41% dos participantes desta pesquisa relataram que já fumaram em algum período de sua vida.

Como aponta a VII Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica, o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

Ainda, cerca de 83% dos idosos que fizeram parte da busca ativa relataram não realizar acompanhamento com nutricionista.

No Brasil, dados do VIGITEL de 2016 revelam que o excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), cresceu 26,3% em dez anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. No mesmo período a obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) cresceu 60%: de 11,8% em 2006 para



18,9% em 2016 (Brasil, 2016).

<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
<b>Todos os dias</b>	24	30,77%
<b>1 a 2 vezes na semana</b>	21	26,92%
<b>1 a 2 vezes por mês</b>	20	25,64%
<b>A cada 6 meses na consulta</b>	8	10,26%
<b>Nunca</b>	4	5,13%
<b>Outros</b>	1	1,28%

Tabela 1 – Quanto a frequência da aferição da pressão arterial:

Fonte: A autora.

A tabela 1 apresenta a frequência com que os idosos aferiam a pressão arterial. A maioria relatou aferir todos os dias, ou pelo menos 2 vezes na semana a fim de monitorar os valores. Outros 25,64% dos participantes, revelaram verificar a pressão arterial quando vão buscar o medicamento para o controle da mesma ou quando sentem mal-estar, de uma até duas vezes no mês.

Entretanto, cerca de 10% dos idosos participantes relataram aferir a pressão somente quando vão consultar e, aproximadamente, 5% nunca aferem.

<b>LOCAL</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
<b>Casa</b>	44	56,41%
<b>UBS</b>	20	25,64%
<b>Vizinho</b>	0	0%
<b>Farmácia</b>	9	11,54%
<b>Nunca aferem a P.A</b>	5	6,41%

Tabela 2 - Quanto ao local de aferição da pressão arterial:

Fonte: A autora.

A tabela 2 nos traz sobre o local onde os pacientes costumam aferir a pressão arterial. A partir dela nota-se que mais de 50% dos pacientes possuem o aparelho para monitorar a pressão em casa, e assim realizam o monitoramento dos níveis pressóricos. Já cerca de 25% dos idosos que realizaram o check list, relataram que vão a UBS aferir a P.A,

enquanto 11,54% buscam a farmácia para verificá-la.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, a P.A pode ser medida fora do consultório pela medição residencial da pressão arterial (MRPA), ou pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas. Medir a P.A fora do ambiente do consultório deve ser estimulada, pois traz vantagens, como: maior numero de medições obtidas; refletem as atividades usuais dos examinados; abolição ou sensível redução do efeito do avental branco (EAB) e também promove um maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

<b>QUEM AFERE</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
<b>Médico/Enfermeiro/Nutricionista</b>	1	1,28%
<b>Farmacêutico/Atendente de Farmácia</b>	4	5,13%
<b>Técnico/Auxiliar de Enfermagem</b>	25	32,05%
<b>Familiar/Cuidador</b>	16	20,51%
<b>Eu mesmo</b>	27	34,62%
<b>Nunca aferem a P.A</b>	5	6,41%

Tabela 3 – Quanto a quem aferi a pressão arterial:

Fonte: A autora.

No tocante a quem aferi a pressão arterial desses idosos, cerca de 34% afirmaram que eles mesmos o fazem, enquanto aproximadamente 20% referem que um familiar ou seu cuidador verificam a P.A.

Por volta de 32% dos idosos participantes disseram que o profissional de enfermagem com nível técnico ou auxiliar realizam a aferição da P.A, enquanto cerca de 1% afirma que verificam a pressão quando recebem visita domiciliar da nutricionista, médico ou enfermeiro. E, aproximadamente 5% aferem a P.A com um profissional da farmácia ou atendente de farmácia.

<b>TIPO DE APARELHO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
<b>Digital</b>	38	48,72%
<b>Estetoscópio e esfigmomanômetro</b>	35	44,87%
<b>Nunca aferem a P.A</b>	5	6,41%

Tabela 4 – Quanto ao tipo de aparelho utilizado para aferição da pressão arterial:

Fonte: A autora.

Como mostra a tabela 4, a maioria dos idosos que realizaram o check list costumam utilizar o esfigmomanômetro digital automático, totalizando 44,87%. Mas o estetoscópio e o esfigmomanômetro também são utilizados para aferir a pressão arterial por 44,87% dessa população.

Nota-se uma quantidade elevada de idosos utilizando o esfigmomanômetro automático (aparelho digital), em suas casas. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial aponta que para obter um monitoramento eficaz da pressão arterial é necessário que o aparelho esteja em boas condições, e também deve ser usado de maneira correta, pois é preciso que a pessoa que utilizará o aparelho esteja em posição adequada, não esteja com a bexiga cheia, não tenha consumido café, cigarro ou praticado atividades físicas nos últimos 30 minutos antes da medição da P.A. Todas essas orientações devem ser repassadas ao usuário para garantir um monitoramento adequado (Malachias M.V.B. *et al.* 2016).

## 4 | CONCLUSÕES

Através dos dados apresentados por este estudo, pode-se observar que grande parcela da população idosa pertencente a UBS e portadores de HAS não participa das atividades propostas.

E, analisando os resultados encontrados através desse estudo, conclui-se que o tratamento não medicamentoso não é aderido por uma parcela significativa dos idosos hipertensos dessa região, seja a atividade física, acompanhamento nutricional ou cessar tabagismo e etilismo, o que reflete na condição da saúde do indivíduo como um todo.

Portanto, faz-se necessário aos profissionais de saúde reforçar as orientações do tratamento não medicamentoso aos idosos, dar ênfase na importância e nos benefícios da adesão a esse recurso terapêutico. É necessário informar o paciente sobre as possíveis complicações da HAS, de forma com que haja incentivo para que o indivíduo siga o tratamento. A educação permanente em saúde possibilita ao paciente obter informações sobre a patologia e permite a promoção da saúde do indivíduo.

É preciso conscientizar e estimular o indivíduo portador de HAS a aderir ao tratamento não medicamentoso, o aliando com o tratamento farmacológico. Desta forma, é possível obter um controle eficaz dos valores pressóricos, proporcionando bem-estar ao paciente e também uma qualidade de vida melhor.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, D. C. J. de et al. **Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 18, n. 2, p.327-337, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério recomenda: é preciso envelhecer com saúde.** 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Ed.). **Saúde anuncia dados da hipertensão no País.** 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/04/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.28 p. : il.

BRASIL. VIGITEL: **Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão.** 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

LOPES, L. O.; MORAES, E, D, de. **TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL.** Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista\\_saude/arquivos/arqidvol\\_10\\_1339682941.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arqidvol_10_1339682941.pdf). Acesso em: 24 jun. 2019.

MALACHIAS M.V.B., SOUZA W.K.S.B, PLAVINK F.L, RODRIGUES C.I.S, BRANDÃO A.A, NEVES M.F.T, *et al.* **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [s.l.], v. 9, n. 32, p.273-278, 20 mar. 2014. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795).

NÓBREGA, O. de T.; KARNIKOWSKI, M, G, de O. **A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação.** 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 26 jun. 2019.

NOGUEIRA, I.C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 15, p. 587-601, out. 2012

SOUSA, M. G. de. **Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão.** Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 22, n. 3, p.78-83, ago. 2015.

# CAPÍTULO 7

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

### **Daniele dos Santos Sena**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Bentinelis Braga da Conceição**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.  
Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e  
Docência do Ensino Superior – FAEME.

### **Mariana Teixeira da Silva**

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –  
PI.  
Especialista em Saúde Coletiva e Vigilância  
Sanitária.

### **Marhesca Carolyne de Miranda Barros Gomes**

Centro Universitário Santo Agostinho –  
UNIFSA, Teresina – PI.  
Enfermeira, Especialista em Obstétrica – IESM.

### **Adriana Carvalho Araújo**

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina  
– PI.  
UTI Pediátrica e Neonatal – UNIPÓS.

### **Ricardo Clayton Silva Jansen**

Enfermeiro, Mestre em Biodiversidade,  
Ambiente e Saúde – UEMA, Caxias – MA.

### **Antônia Rodrigues de Araújo**

Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde  
pela Universidade Federal do Piauí – UFPI,  
Campos Floriano.

### **Laísa Ribeiro Rocha**

Centro Universitário UniFacid Wyden, Teresina  
– PI.  
Pós-Graduanda em Urgência e Emergência –  
UniFacid-Wyden.

### **Paula Lima de Mesquita**

Centro Universitário UniFacid Wyden, Teresina  
– PI.  
Enfermeira, Especialista em Urgência e  
Emergência – UniFacid-Wyden.

### **Rosa Alves de Macêdo**

Enfermeira, Especialista em Enfermagem  
Obstétrica pela Universidade Estadual do  
Acará, SOBRAL – CE.

### **Edilane Henrique Leôncio**

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina  
– PI.

### **Thalita Ribeiro Gomes da Silva**

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina  
– PI.

### **Priscila Pontes Araújo Souza**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Annielson de Souza Costa**

Enfermeiro, Mestre em Ciências pela  
Faculdade de Medicina da Universidade de São  
Paulo – FMUSP.

### **Camylla Layanny Soares Lima**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI,  
Teresina – PI.  
Enfermeira, Especialista em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial – FAEME.

**RESUMO:** A adolescência é a etapa da vida compreendida como processo de transição da infância a vida adulta, corresponde ao período da vida entre 10 e 19 anos, e é caracterizado por um período de intensas mudanças físicas, sexuais, psicológicas e sociais. O objetivo deste estudo foi analisar atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência. Tendo como objetivos específicos; identificar os problemas que os adolescentes enfrentam ao descobrir a gravidez; descrever a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência; descrever as ações desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da família voltada para prevenção da gravidez na adolescência. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com 07 enfermeiros por meio de um questionário onde participaram apenas os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família nas unidades básicas de saúde de Caxias-MA. A coleta de dados deu-se por meio de um formulário composto por 08 perguntas abertas, através de uma entrevista. Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin. Evidenciou-se que os enfermeiros entrevistados tinham idade mínima de 28 anos, máxima de 49anos e média de 36 anos, a maioria do sexo feminino, no que se refere à especialização três apresentavam mais de uma especialidade, prevalecendo à especialização em saúde da família. Conclui-se que o enfermeiro tem um papel importante no que se diz respeito à saúde do adolescente, onde se deve incluir a oferta de ações múltiplas e articuladas, internas e externas aos serviços de saúde, nos diferentes níveis assistenciais, ou seja, que haja mais esforços no incentivo de bons programas de orientação sexual para as adolescentes.

**PALAVRAS - CHAVE:** Estratégia Saúde da Família; Gravidez; Adolescência; Enfermagem.

## NURSE'S PERFORMANCE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN PREVENTING PREGNANCY IN ADOLESCENCE

**ABSTRACT:** Adolescence is the stage of life understood as the process of transition from childhood to adulthood, corresponding to the period of life between 10 and 19 years, and is characterized by a period of intense physical, sexual, psychological and social changes. The aim of this study was to analyze the role of nurses in the Family Health Strategy in preventing teenage pregnancy. Having as specific objectives; identify the problems that teenagers face when discovering pregnancy; describe the role of nurses in the Family Health Strategy in preventing teenage pregnancy; describe the actions developed by nurses of the Family Health Strategy aimed at preventing teenage pregnancy. It is a descriptive, exploratory field research, with a qualitative approach, carried out with 07 nurses through a questionnaire in which only nurses who work in the Family Health Strategy in the basic health units of Caxias-MA participated. Data collection took place through a form composed of 08 open questions, through an interview. The data were analyzed according to the content analysis proposed by Bardin. It was evidenced that the nurses interviewed were at least 28 years old, maximum 49 years old and average 36 years old, most of them female, with regard to the specialization

three had more than one specialty, prevailing the specialization in family health. It is concluded that nurses have an important role with regard to adolescent health, where the offer of multiple and articulated actions, internal and external to health services, at different levels of care must be included, that is, that there are more efforts to encourage good sexual orientation programs for adolescents.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy; Pregnancy; Adolescence; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida como processo de transição da infância a vida adulta, corresponde ao período da vida entre 10 e 19 anos, e é caracterizada por um período de intensas mudanças físicas, sexuais, psicológicas e sociais. O despertar da sexualidade na adolescência, associado com o desconhecimento do corpo, com a omissão da família sobre assuntos pertinentes, com a mídia e programas tais como novelas apelando ao sexo, fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais (FERREIRA et al., 2014).

O programa saúde da família é uma estratégia para organizar e fortalecer a atenção básica. Criado em 1994, o programa tem, entre suas responsabilidades, o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, as unidades de saúde da família (USF) caracterizam-se como unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por meio de equipe multiprofissional (BUENGENS et al., 2012).

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública que leva grandes problemas econômicos, gastos de saúde dentre outros fatores. As estratégias de saúde da família devem estabelecer parcerias com as escolas e a comunidade oferecendo atendimento aos adolescentes de forma integral e multidisciplinar, de modo a desenvolver ações informativas aos adolescentes, objetivando a conscientização sobre a prevenção da gravidez precoce e métodos contraceptivos (CAMPOS et al., 2017).

Nos países em desenvolvimento, a cada dia 20 mil meninas com menos de 18 anos dão a luz, e 200 morrem em decorrência de complicações relacionadas à gravidez ou parto. Em todo o mundo 7,3 milhões de adolescentes se torna mães a cada ano, entre as quais, dois milhões são menores de 15 anos, número que por sua vez tendem a aumentar para Três milhões até 2030, se a tendência atual for mantida (MOREIRA; ROCHA, 2015).

Observa-se que o combate à gravidez não planejada entre adolescentes requer abordagens holísticas. Em virtude da dimensão e complexidade do desafio, nenhum setor ou organização pode enfrentá-lo sozinho. Os obstáculos a seu progresso só podem ser vencidos por meio do trabalho em parceria com diversos setores e em colaboração com os próprios adolescentes (MOREIRA; ROCHA, 2015).

Com isso, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como a gravidez na adolescência pode ser prevenida através das ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da

Família? Para tal, este estudo teve como objetivo geral analisar a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência.

Este trabalho justifica-se pela necessidade da identificação das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência, podendo contribuir para o desenvolvimento de ações educativas direcionadas a população mais jovem e o fortalecimento de políticas públicas.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo é realizada com base na observação direta de fenômenos e fatos, coleta de dados de determinado grupo e interpretação dos mesmos. O estudo de campo busca se aprofundar o máximo possível nas questões propostas, apresentando assim maior flexibilidade e conhecimento acerca do tema exposto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

### **2.2 Cenário do Estudo**

A pesquisa foi realizada em Caxias-Ma no ano de 2018, onde apresenta uma área de unidade territorial 5.196,771 Km<sup>2</sup>. A estimativa populacional é de 161.137 habitantes em 2015, onde é composta por 36 Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa ocorreu com 09 Unidades Básicas de Saúde dos bairros Campo de Belém, Trizidela, Caldeirões, Pirajá, Baixinha, Fazendinha, Ponte, COHAB e Volta Redonda em Caxias-MA.

### **2.3 População e Amostra Do Estudo**

A pesquisa foi realizada com 07 enfermeiros que atuam diretamente nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana no programa Estratégia Saúde da Família.

Dentre o quantitativo de 09 questionários distribuídos aos enfermeiros que atuam diretamente no programa Estratégia Saúde da Família, 07 foram incluídos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, com idade entre 28 a 38 anos, do sexo masculino e feminino. Foram excluídos do estudo: os enfermeiros que não estão cadastrados na Estratégia Saúde da Família e que no momento do questionário não estavam nas Unidades Básicas de Saúde.

### **2.4 Análise dos Dados**

Após a coleta dos dados, todas as respostas relatadas pelos enfermeiros relacionadas às ações que podem prevenir a gravidez na adolescência foram analisadas de acordo com o conteúdo, que tem como finalidade compreender as falas dos questionários (BARDIN, 2011).



## 2.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação na Plataforma Brasil, e em seguida ao Comitê de Ética e Pesquisa, onde o mesmo foi aprovado com o nº de CAAE 85930718.2.0000.8007 e do PARECER 2.648.226.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias descritas e analisadas a seguir referem-se aos 07 enfermeiros participantes do estudo e versam sobre a caracterização sócio demográfica e sobre as classes em estudo:

- a) Os problemas que os adolescentes enfrentam ao descobrir a gravidez;
- b) A atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência;
- c) As ações desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família voltada para a prevenção da gravidez na adolescência.

### 3.1 Caracterização dos Participantes

Os 07 enfermeiros entrevistados tinham idade mínima de 28 anos, máxima de 49 anos e média de 36 anos. As características sociodemográficas do estudo apontam que 5 (71,4%) eram do sexo feminino e apenas 2 (28,6%) eram do sexo masculino. No que se refere à especialização dos profissionais, 3 apresentavam mais de uma especialidade, prevalecendo a especialização em Saúde da Família em todos os 07 (100%) participantes, 1 (14,3%) em Saúde Mental, 1 (14,3%) Gestão em Saúde e 1 (14,3%) em Materno Infantil.

O presente estudo teve amostra constituída em sua maioria por enfermeiros do sexo feminino (71,4%) e com especialidade em Saúde da Família (100%). Essas características assemelham-se ao estudo de Ramos et al. (2014) realizado com 20 enfermeiros da ESF do município de Parnaíba-PI, cujo propósito foi verificar a atuação da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Parnaíba para prevenção do Câncer do Colo Uterino (CCU), onde também predominou o sexo feminino (100%) e a especialização em Saúde da Família (80%).

A prevalência do sexo feminino em 71,4% da amostra coincide ainda com o estudo de Pires et al. (2016) realizado com 23 profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família das Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte do Brasil, cujo objetivo foi identificar as cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, analisando suas implicações na efetividade do acesso universal, onde identificou-se o predomínio do sexo feminino em 87%.

Para Arantes, Shimizu e Hamann (2016) o enfermeiro da Saúde da Família apresenta qualificações para atuar junto à comunidade na atenção básica, desenvolvendo estratégias de educação em saúde que favoreça o aumento da qualidade de vida da sociedade.

O enfermeiro de Saúde da Família deve atuar junto uma equipe multiprofissional no desenvolvimento de medidas de promoção, prevenção e recuperação de saúde, facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde e garantindo uma qualidade de vida a toda a população.

### 3.2 As Classes e Suas Descrições

Os dados obtidos a partir dos questionários com perguntas abertas aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS), participantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram apresentados por meio das falas mais apropriadas, de acordo com as classes a seguir:

#### **Classe 1: Os problemas que os adolescentes enfrentam ao descobrir a gravidez**

Nessa classe buscou-se identificar os principais problemas enfrentados pelas adolescentes ao descobrir a gravidez. Entre os 07 enfermeiros entrevistados, 5 relataram mais de um problema, onde 6 (85,7%) apontaram a falta de informações, 5 (71,4%) o abandono escolar, 4 (57,1%) a falta do apoio da família, 3 (42,8%) a insegurança, e apenas 1 (14,3%) relatou as dificuldades financeiras e o medo do parceiro não assumir o filho. Tais problemas são evidenciados pelos relatos abaixo:

A falta de informação pela a maioria, pois infelizmente não são maduros para entender as responsabilidades (Suj\_01).

A preocupação em como a família vai receber a notícia, se vão aceitar ou não (Suj\_02).

A evasão escolar, pois quase todos já não freqüentam a escola regularmente, e com a notícia da gravidez, abandonam de vez os estudos (Suj\_03).

[...] os adolescentes apresentam medo das mudanças que irão acontecer, não só no corpo, mas principalmente em suas vidas (Suj\_04).

Medo do companheiro não assumir o filho [...] (Suj\_05).

Entre os principais problemas enfrentados pelos adolescentes ao descobrir a gravidez, destacam-se a falta de informações (85,7%), seguida do abandono escolar (71,4%), a falta do apoio da família (57,1%) e a insegurança (42,8%).

Um dos principais problemas enfrentados pelos adolescentes ao descobrir a gravidez, com base nos relatos dos depoentes, é a falta de informações (85,7%). Muitos profissionais afirmaram que a maioria das adolescentes não são maduras o suficiente para entender as responsabilidades, onde a ausência de informações ainda é gigantesca e precária por parte dos jovens.

Em concordância com esse estudo, Araújo et al. (2015) ao realizar em uma pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de um município do Sertão Paraibano com uma amostra

de 19 adolescentes grávidas, cujo objetivo foi identificar as principais consequências da gravidez enfrentadas pelas adolescentes e avaliar o conhecimento das mesmas, também prevaleceu a falta de conhecimentos por parte dos adolescentes com 68,5%.

Já o estudo exploratório e qualitativo de Denis et al. (2015) desenvolvido com 20 adolescentes, onde objetivou a identificação e a análise das consequências objetivas e subjetivas de uma gravidez em adolescentes, considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas, apresentou resultados contrários, pois foi predominante na amostra a impossibilidade de completar a função na adolescência.

A maioria das adolescentes ainda não apresenta conhecimentos sobre as principais complicações e as consequências da gravidez, onde as informações necessárias por parte dos educadores, profissionais de saúde, e até mesmo da própria família ainda é considerada insatisfatória. A ausência de conhecimentos durante a gravidez dificulta a adesão ao pré-natal e ao seguimento das informações transmitidas pelos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2012).

O abandono escolar (71,4%) também prevaleceu na amostra, onde corroborou com o estudo de Chaves (2013) realizado com estudantes de 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental da Escola Estadual Sagrada Família da cidade de Siqueira Campos, com idades entre 12 e 17 anos, cujo objetivo foi levantar dados sobre a evasão escolar decorrente da gravidez precoce, onde também a maioria dos adolescentes (34%) relatou ter abandonado a escola por conta da gravidez, pois tiveram que cuidar do filho, além de se sentirem constrangidas no ambiente escolar.

A falta do apoio da família (57,1%) também é um dos principais problemas enfrentados pelos adolescentes ao descobrir a gravidez, onde apresentam receio de serem abandonados pelos familiares e até mesmo serem expulsos de seus lares. Achados semelhantes no estudo de Silva et al. (2010) realizado com adolescentes grávidas com idade menor ou igual a 16 anos, entre fevereiro e maio de 2012, cujo objetivo foi compreender as reações familiares diante da gravidez de adolescentes, percebeu-se que a gravidez é encarada como um problema na família, provocando questões individuais e coletivas que envolvem conflitos familiares.

Esses dados se diferenciam do estudo de Ribeiro et al. (2016) realizado com 20 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, por meio de uma entrevista semi-estruturadas, cujo objetivo foi analisar as percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade, onde identificou-se que os adolescentes não apresentavam medo do abandono familiar, pelo contrário, relataram que a família fornecia apoio social necessário, possibilitando uma melhor qualidade de vida.

A experiência da maternidade na adolescência não planejada agrava a reestruturação familiar, trazendo inúmeros conflitos e mudanças nas crenças, valores e atitudes, além da necessidade de alterações no espaço físico do lar, de tempo e de finanças. Assim, a ocorrência da gravidez na adolescência requer uma atenção por parte da família, o que

irá contribuir para as reações positivas da adolescente frente à nova situação e de todo o sistema familiar (SILVA et al., 2012).

A alta prevalência da insegurança encontrada nos adolescentes merece atenção especial das políticas públicas de saúde, principalmente para a inclusão de profissionais habilitados para o manejo dos aspectos emocionais no atendimento da maternidade precoce (ROSSETO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014).

### **Classe 2: A atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez na adolescência**

Quanto aos questionamentos relacionados à atuação do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência, 5 (71,4%) afirmaram realizar palestras educativas com bastante frequência nas UBS, 3 (42,8%) realizam rodas de conversas, e apenas 2 (28,6%) fazem captação precoce com os adolescentes de sua área, como mostra as falas abaixo:

Sempre que possível realizo palestras educativas na UBS direcionadas aos adolescentes (Suj\_06).

Realizo ações de conscientização, tais como: palestras e rodas de conversas com a população jovem (Suj\_07).

Faço captação precoce das adolescentes para a orientação e atividades educativas sobre a sexualidade e medidas de prevenção (Suj\_08).

Com base nos relatos percebeu-se que a maioria dos enfermeiros (71,4%) atua na atenção básica, como forma de prevenir a gravidez na adolescência, por meio da realização de palestras educativas. Tal fenômeno corroborou com o estudo de Gurgel et al. (2010) desenvolvido com enfermeiros de oito Centros de Saúde da Família (CSF) no município de Fortaleza-CE, no qual o objetivo foi analisar as práticas do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce na perspectiva do desenvolvimento de habilidades, tendo como principal método de atuação a realização de palestras educativas para grupos de adolescentes.

Os autores alegam ainda que as ações de educação em saúde desenvolvidas por meio de palestras com grupos de adolescentes permitem levar os jovens a uma reflexão crítica de sua realidade, contribuindo para o seu amadurecimento. Porém, o enfermeiro deve promover ações interdisciplinares de educação sexual que integrem não só os adolescentes, mas também a família, a escola, e a comunidade, despertando nos adolescentes o interesse em ampliar o conhecimento e desenvolver habilidades e atitudes, contribuindo para o exercício de uma sexualidade mais responsável e segura (HORTA, 2012).

No entanto Ribeiro et al. (2016) divergem quanto ao predomínio da realização de palestras educativas como principal meio de atuação da equipe de enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência em 71,4%, onde em seu estudo realizado com 15 enfermeiros que trabalham na ESF no município de Divinópolis-MG, cujo propósito foi

identificar as ações utilizadas pelos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família para a prevenção da gravidez na adolescência, teve amostra apenas de 46,66%.

A realização de rodas de conversas, como forma de atuação na prevenção da gravidez precoce, também prevaleceu na amostra com 42,8%. As rodas de conversas são caracterizadas como um suporte educacional para a realização da promoção e prevenção de saúde, devendo funcionar através do suporte e oferta da equipe de atenção primária, com intuito de alcançar o usuário em seus aspectos físicos, sociais e emocionais (CAMPOS, 2016).

Oyamada et al. (2014) afirmam ainda que as rodas de conversas representam espaços de acolhimento e não de controle, em busca da produção da consciência crítica e autônoma dos adolescentes diante de suas experiências afetivas/sexuais. O intuito das rodas de conversas é favorecer o diálogo sobre assuntos sociais e os considerados “proibidos”, como a sexualidade, possibilitando os questionamentos, as reflexões e, muitas vezes, a desconstrução de dúvidas e mitos.

E apenas 28,6% dos enfermeiros relataram fazer captação precoce dos adolescentes na atenção básica. A captação precoce de adolescentes favorece a construção de medidas que auxiliam a prevenção de diversos fatores interligados na população mais jovem, onde a identificação de adolescentes vulneráveis a fatores desencadeantes da gravidez precoce e ao desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis se torna uma grande ferramenta para os profissionais da atenção básica (DENIS et al., 2015).

Para Lakatos (2011) a captação dos adolescentes também deve ser feita para aquelas que já estão no período gestacional, o que diminui as chances do desenvolvimento de complicações na gravidez. O pré-natal é a principal medida de acompanhamento dessas gestantes, onde o enfermeiro irá avaliar e orientar não só as gestantes, mas também o parceiro e a família durante todo o período.

### **Classe 3: As ações desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência**

Nessa última classe procurou-se verificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para a prevenção da gravidez na adolescência. Dos 07 enfermeiros entrevistados, 4 relataram mais de uma ação, onde se verificou um maior predomínio na realização de orientações sobre os métodos contraceptivos por parte da equipe multiprofissional com 71,4% (5), seguido da realização do Programa Saúde na Escola (PSE) nas escolas que fazem parte da área com 57,1% (4), e o planejamento familiar com apenas 42,8% (3), como é relatado nas falas abaixo:

Oriento os adolescentes sobre os métodos contraceptivos, desde sua importância até a maneira correta de utilizá-los (Suj\_09).

Ofereço preservativos a todos, inclusive aos adolescentes, porém a maioria tem vergonha de receber (Suj\_10).

Nos raros momentos que os adolescentes procuram a UBS, busco sempre fazer o planejamento familiar com eles [...] (Suj\_11).

PSE nas escolas faz parte do nosso calendário de atividades, é onde temos um maior contato com os adolescentes e aproveitamos para discutir um tema tão importante (Suj\_12).

A realização de orientações sobre os métodos contraceptivos por parte dos profissionais de enfermagem prevaleceu na amostra com 71,4%. Em uma pesquisa realizada por Dombrowski, Pontes e Assis (2013), com 64 enfermeiros no município de Rio Branco-Acre, tendo como objetivo conhecer e analisar a atuação do enfermeiro na prescrição dos contraceptivos hormonais reversíveis na Rede de Atenção Primária a Saúde, obteve-se resultados similares, onde grande parte dos enfermeiros fazem as orientações sobre o uso dos métodos contraceptivos.

No entanto DENIS (2015) discordam sobre a predominância das orientações sobre os métodos contraceptivos dadas pelos profissionais de enfermagem como ações de prevenção da gravidez na adolescência, onde em seu estudo desenvolvido com 30 adolescentes do 8º e 9º ano no município de Fortaleza-CE, cujo objetivo foi descrever a participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção, grande parte dos adolescentes relataram falta de conversas mais direcionadas sobre os meios de prevenção, seja com os pais, nas escolas ou nas unidades de saúde.

Alguns enfermeiros relataram, dentre as suas ações para prevenir a gravidez na adolescência, a realização do PSE nas escolas em 57,1% da pesquisa. Tal resultado corroborou com o estudo de Amaral et al. (2015), desenvolvido com cinco adolescentes, cujo objetivo foi destacar a importância da educação sexual na escola, a partir da aliança entre escola e enfermagem/saúde, onde pode-se perceber que a maioria dos adolescentes relataram que os enfermeiros realizavam visitas às escolas, uma vez que a mesma é uma grande aliada e a porta de entrada para a comunicação mais efetiva com os adolescentes.

No ambiente escolar a educação em saúde se apresenta como um dos principais componentes a serem realizados, de forma que as informações sobre saúde passem a fazer parte do senso comum, devendo o profissional de saúde abranger diversos temas, inclusive a sexualidade na adolescência, uma vez que a maioria dos jovens inicia a vida sexual precocemente, resultando no alto índice de adolescentes grávidas (, 2013).

De acordo com Enderli et al. (2012), são essenciais o desenvolvimento de ações educativas envolvendo temas relativos à sexualidade, não só pela gestação precoce, mas também pela vulnerabilidade dos adolescentes aos riscos de IST, fazendo-se necessária a elaboração de medidas de promoção e educação em saúde voltadas para os métodos de prevenção de infecções.

Outro tipo de ações desenvolvidas pelos enfermeiros é o planejamento familiar (42,8%). Vieira (2017), define o planejamento familiar como um conjunto de ações

desenvolvidas pelos enfermeiros, incluindo cuidados de saúde, aconselhamento, informação e educação relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. O planejamento familiar na adolescência deve ser algo muito bem trabalhado na atenção básica e nas escolas, tendo como princípio fundamental a educação em saúde.

O autor afirma ainda que o planejamento familiar na adolescência não deve se restringir apenas as informações sobre os métodos contraceptivos, mas deve-se trabalhar junto com os adolescentes os significados e as ansiedades que envolvem o processo de paquera, iniciação sexual e de vida sexual ativa, de modo que as práticas contraceptivas passem a ser percebida cada vez mais como algo positivo e natural, assim como a vivência da própria sexualidade (VIEIRA, 2017).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família atuam na prevenção da gravidez na adolescência por meio da realização de palestras educativas nas UBS, rodas de conversas, captação precoce com os adolescentes, além da realização de ações de orientações sobre os métodos contraceptivos, Programa Saúde na Escola (PSE) e o planejamento familiar com a população mais jovem.

Frente aos achados, o enfermeiro tem um papel importante no que diz respeito à saúde do adolescente, onde se deve incluir a oferta de ações múltiplas e articuladas, internas e externas aos serviços de saúde, nos diferentes níveis assistências. A interação entre o profissional e o adolescente, além da confiança, deve-se basear na troca e no respeito ao modo de ser adolescente.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. C. et al. **A atuação de enfermagem na gravidez de adolescentes.** Ribeiro Preto, abr, p. 121-132, 2015.

ARAÚJO, R. L. D. DE et al. **Gravidez adolescência: consequências voltadas para a mulher.** INTESA (Pombal - PB - Brasil), v. 9, n. 1, p. 15–22, 2015.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo.* 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Diretriz Nacional para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde. p. 155-161, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Rede nacional da Primeira Infância (RNPI). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUENDGENS, B. B. et al. **A adolescência grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica.** Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012.

CAMPOS, G. W. S. et al. **A atenção Primária e o Programa Mais.** Gravidez na adolescência: uma revisão da literatura. Minas Gerais, 2011.

CHAVES, S. C. L. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** Ciência Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2013.

DENIS, J. S. **Estratégia Saúde da Família: Uma Inovação Tecnológica em Saúde.** Texto Contexto Enfermagem; Florianópolis, v.24, n.2, p.84-92, 2015.

ENDERLE, C. et al. **Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência.** Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v.46 n.2, abril, 2012.

FERREIRA, A. C. G. et al. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo.** Paidéia, Ribeirão Preto, v.20, n. 45, 2014.

GOHN, M. G. **Movimentos sociais na contemporaneidade.** Revista brasileira de educação, v. 16, n. 47, 2014.

HORTA, N. C. **Adolescente na atenção básica á Saúde: uma análise compreensiva.** Escola de Enfermagem, 2012.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos, relatório, publicações e trabalhos científicos.** 7. ed. São Paulo, 2011. Médicos do Sistema Único de Saúde: Revista Pública, São Paulo, v.51, 2017.

MOREIRA, T. A; ROCHA, L. S. **Gravidez na adolescência: reconhecimento do problema para atuação do enfermeiro na sua prevenção.** Anais VII SIMPAC, v. 7, n. 1, p. 222-227, 2015.

OYAMADA, L. H. et al. **Gravidez na adolescência e o risco para a gestante.** BrazilianJournalofSurgeryandClinicalResearch, v. 6, n. 2, p. 38–45, 2014.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. Ed. Novo Hamburgo: Fee Vale, 2013.

RIBEIRO, V.C. et al. **Role of the nurse of the family health strategy in the prevention of pregnancy.** Organização Mundial. v. 1, n. 6, p. 1957–1975, 2016.

ROSSETTO, M. S; SCHERMANN, L. B; BÉRIA, J. U. **Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 10, p. 4235–4246, 2014.

SILVA, L. A; CASOTTI, C. A; CHAVES, S. C. L. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2012.

SILVA, S. A; OLIVEIRA, N. **Diagnóstico de Saúde de uma População Atendida Pelo Programa de Saúde da Família em Alfenas:** Revista APS, Juiz de Fora, v.13, n.2, p.182-189, 2010.



VIEIRA, B. D. G. et al. **A Prevenção da gravidez na adolescência: Revisão Integrativa.** Revista Enfermagem UFPE, v. 3, p. 1504, 2017.

## AVALIAÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL EM HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

### **Thais Amanda Rossa**

Universidade Estadual do Centro-Oeste do  
Paraná, UNICENTRO.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/0072943865202387>

### **Allexia Schmitutz**

Universidade Estadual do Centro-Oeste do  
Paraná, UNICENTRO.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/1681626500612572>

### **Joelson Santos**

Universidade Estadual do Centro-Oeste do  
Paraná, UNICENTRO.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/6711879183621705>

### **Mariana Makuch Martins**

Universidade Estadual do Centro-Oeste do  
Paraná, UNICENTRO.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/1421764009150338>

### **Fernanda Marciano Consolim-Colombo**

Instituto do Coração - INCOR. Faculdade de  
Medicina da USP – FMUSP.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/8102854014364848>

### **Carine Teles Sangaleti Miyahara**

Universidade Estadual do Centro-Oeste do  
Paraná, UNICENTRO.  
Guarapuava – Paraná.  
<http://lattes.cnpq.br/4721448719649013>

**RESUMO:** A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) está associada ao risco aumentado de morbimortalidade cardiovascular e tem a hipertensão como um fator de risco estabelecido. O índice tornozelo-braquial (ITB) é uma importante ferramenta para identificação de indivíduos sintomáticos e assintomáticos da DAOP, mas ainda pouco empregado na atenção básica. O objetivo desse estudo foi investigar da prevalência de DAOP entre hipertensos na atenção básica. Tratou-se de um estudo descritivo prospectivo, transversal, realizado em duas unidades da Estratégia Saúde da Família em Guarapuava - PR. Hipertensos diagnosticados, com idade igual ou superior aos 18 anos, com os exames mínimos requisitados foram incluídos no estudo. Foram investigadas informações sociodemográficas e sobre as formas de atendimento em serviço. Foram avaliados os níveis de pressão arterial, as medidas antropométricas, os valores laboratoriais de medidas bioquímicas e foi realizada a medida do ITB. Os dados foram analisados de forma descritiva e as associações verificadas com o teste de qui-quadrado com o SPSS. Apenas 70 hipertensos participaram da pesquisa devido a falta dos exames mínimos exigidos. A média de idade foi de 60,74 anos ( $\pm 11,26$ ); 44,3% eram brancos, 77,1% do sexo feminino. A prevalência de DAOP foi de 3%. Houve elevada prevalência de obesidade corporal (78,5%) e visceral (82,9%) e, tabagismo (31,4%). Houve associação positiva entre ITB alterado com hipertrofia ventricular esquerda e queixas em membros inferiores ( $p < 0,000^*$  e  $0,012^*$  respectivamente). Conclui-se que é elevada a prevalência de fatores de risco para DAOP entre os hipertensos na atenção básica,

e a presença de DAOP indica a presença de outras lesões em órgão alvo. Além da falta de exames de seguimento, esses dados evidenciam que os hipertensos não são acompanhados de acordo com os protocolos e diretrizes, nacionais e estaduais, de atendimento.

**PALAVRAS - CHAVE:** doença arterial obstrutiva periférica, índice tornozelo-braquial, hipertensão arterial, risco cardiovascular.

## EVALUATION OF THE ANKLE-BRACHIAL INDEX IN HYPERTENSIVE PATIENTES IN BASIC CARE

**ABSTRACT:** Peripheral arterial obstructive disease (PAD) is associated with an increased risk of cardiovascular morbidity and mortality and has hypertension as an established risk factor. The ankle-brachial index (ABI) is an important tool for identifying symptomatic and asymptomatic individuals with PAD, but still little used in primary care. The aim of this study was to investigate the prevalence of PAD among hypertensive patients in primary care. This was a prospective, cross-sectional descriptive study, carried out in two units of the Family Health Strategy in Guarapuava - PR. Diagnosed hypertensive patients, aged 18 years or over, with the minimum tests required were included in the study. Sociodemographic information and forms of in-service assistance were investigated. Blood pressure levels, anthropometric measurements, laboratory values of biochemical measurements were evaluated and the ABI measurement was performed. The data were analyzed in a descriptive way and the associations verified with the chi-square test with the SPSS. Only 70 hypertensive patients participated in the research due to the lack of the minimum required tests. The mean age was 60.74 years ( $\pm 11.26$ ); 44.3% were white, 77.1% were female. The prevalence of PAD was 3%. There was a high prevalence of body (78.5%) and visceral (82.9%) obesity and smoking (31.4%). There was a positive association between altered ABI with left ventricular hypertrophy and complaints in the lower limbs ( $p < 0.000$  \* and  $0.012$  \* respectively). It is concluded that the prevalence of risk factors for PAD among hypertensive patients in primary care is increased, and the presence of PAD indicates the presence of other lesions in the target organ. In addition to the lack of follow-up tests, these data show that hypertensive patients are not followed according to national and state protocols and guidelines.

**KEYWORDS:** peripheral obstructive arterial disease, ankle-brachial index, arterial hypertension, cardiovascular risk.

## INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) está associada a um risco aumentado de morbidade e mortalidade cardiovascular. No entanto, muitos portadores deste agravo são assintomáticos e, por isso a DAOP frequentemente permanece subdiagnosticada, até graves desfechos a ela relacionados.

Valor inferior a 0.9 no índice tornozelo-braquial (ITB) é considerado um marcador não invasivo e simples no diagnóstico de DAOP, além disso também é preditivo de dano a órgãos-alvo na hipertensão (Morillas et al, 2009).

O potencial do uso da medida do ITB não é limitado a pessoas portadoras de alguma

doença, pois é capaz de identificar indivíduos assintomáticos que apresentam a DAOP na população de modo geral. A presença de valores de ITB inferiores a 0.90 é um preditor de mortalidade por doença cardiovascular, mesmo em indivíduos considerados saudáveis (Heald et al, 2006)

Segundo estudo de Korhonen *et al* (2009) a DAOP subclínica é comum em hipertensos, mesmo sem outras comorbidades e, a medida do ITB é um método eficiente para identificar indivíduos com risco cardiovascular aumentado, uma vez que é capaz de identificar essa lesão em um órgão alvo, as artérias dos membros inferiores.

A hipertensão é um fator de risco estabelecido para DAOP, mas a prevalência dessa condição em pacientes hipertensos, sem comorbidades, é pouco conhecida ou debatida, e isso é um fator que limita os profissionais de saúde a realizarem a medida do ITB, limitando seu uso aos idosos, fumantes com queixa de claudicação

A DAOP não é comum antes dos 50 anos e sua prevalência pode chegar a 20% nos idosos acima dos 75 anos. A hipertensão apresenta padrão semelhante de aumento de taxas de prevalência, em proporção bem mais significativa, com o envelhecimento. E nesse contexto, a DAOP tem se mostrado como fator de risco independente para a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e para mortalidade por todas as causas (Herráiz-Adillo et al, 2017). Apesar disso, a DAOP é uma doença subinvestigada e logo subtratada com consequências severas aos portadores dessa arteriopatia periférica.

Considerando os elevados índices de prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), os impactos de morbimortalidade deste agravo, bem como o potencial do uso da medida do ITB na identificação do risco cardiovascular, foi realizado este estudo que visou investigar da prevalência de DAOP entre hipertensos no âmbito da atenção básica. O enfoque nos serviços de atenção básica ganha suporte nas inúmeras evidências científicas sobre necessidade de qualificar o atendimento aos hipertensos e identificar precocemente, nestes indivíduos, os fatores de risco que levam a DCV. O emprego do ITB em serviços especializados é de caráter tardio, o que limita a prevenção efetiva da DCV.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de estudo descritivo analítico, prospectivo e transversal, realizado em duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Guarapuava – Paraná. O município de Guarapuava apresenta cobertura total dos serviços de atenção primária, são 32 unidades da ESF. Destas, foram selecionadas por sorteio, uma periférica e outra em área central, com vistas a identificar diferenças no perfil de risco cardiovascular relacionados a questões sociais.

A população de estudo foi composta por hipertenso, com idade igual ou superior aos 18 anos de idade e, que eram seguidos nas unidades da ESF sorteadas.

Foram critérios de inclusão neste estudo: possuir o diagnóstico de HAS no prontuário,

ser capaz de responder a entrevista e questões das avaliações, estar em seguimento regular na unidade de saúde. Tal seguimento é definido como apresentar pelo menos uma consulta (na unidade ou no domicílio) ou atividade em grupo no período de um ano e ser seguido pelo agente comunitário de saúde. Além disso, foi critério de inclusão deste estudo possuir, em prontuário, o registro dos exames laboratoriais mínimos, exigidos para seguimento do hipertenso no período de 12 meses.

Na consulta ao hipertenso foram consideradas a avaliação clínica com as seguintes variáveis: características sócio-demográficas; hábitos e estilo de vida; avaliação antropométrica (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal (CA)); medida da pressão arterial (PA); avaliação de exames laboratoriais e eletrocardiograma (ECG). Todos os valores de referência bem como método de avaliação foram seguidos de acordo com o que rege a 7ª Diretriz de Hipertensão Brasileira.

### **AValiação DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL (ITB)**

A avaliação do índice tornozelo-braço (ITB) foi medido com o participante em repouso na posição supina, com Doppler vascular portátil (MEDPEJ DV-2001, 10 MHZ) e esfigmomanômetro.

Foram seguidas as etapas do método descritas por Gengo e Silva e Consolim-Colombo (2011) para a realização da medida do ITB. Posteriormente foi calculado para cada perna pela razão entre o valor máximo da pressão sanguínea sistólica na perna para a maior pressão arterial sistólica no braço, ou seja, o cálculo do ITB de cada membro é realizado a partir dos dados obtidos utilizando-se a fórmula:

$$\text{ITB} = \text{PAsT} / \text{PASb}$$

(PAsT = pressão arterial sistólica do tornozelo; PASb = pressão arterial sistólica do braço).

Valores de ITB  $\leq 0.9$  em um ou ambos membros inferiores foram considerados diagnósticos de DAP, enquanto valores  $\geq 1.4$  indicam alterações no metabolismo da glicose e calcificação da camada arterial média (RAC-ALBU, 2014). Ausência de DAOP foi definida como níveis de ITB de 0,91 a 1,40, na ausência de revascularização arterial de membros inferiores.

Os dados foram analisados de forma descritiva, sendo as variáveis categóricas representadas por frequências absolutas. As variáveis numéricas, com distribuição normal foram resumidas com médias e desvio padrão, valor mínimo e máximo.

A existência de associações entre duas variáveis categóricas foi verificada através do teste de Qui- quadrado no SPSS 20.0. Foi considerado um nível de significância de 5% para todas as análises.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos nesse estudo 70 hipertensos, um percentil inferior ao esperado. Porém, mais de 500 prontuários foram avaliados, destacando assim, a dificuldade de inclusão de participantes, pois os mesmos não apresentavam os exames mínimos que são exigidos no acompanhamento do hipertenso.

Os hipertensos devem ser seguidos de acordo com protocolos e diretrizes estaduais e nacionais, com exames de rotina e avaliação dos fatores de risco e estratificação do risco cardiovascular, para detectar e evitar possíveis riscos para desenvolvimento de morbidade e mortalidade cardiovascular decorrente da hipertensão (BRASIL, 2016; PARANÁ, 2018). Pode-se afirmar que, nessa pesquisa, é um dado negativo que evidencia inadequações no seguimento nos serviços de atenção básica.

Em consonância com esse dado, um estudo evidenciou que a utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas para hipertensos e os registros de hipertensos com maior risco é baixa, indicando assim carência no seguimento dessa população alvo. Isso devido à dificuldade na efetividade dos serviços prestados na atenção básica, pois o número de profissionais é restrito, além de que a qualificação e formação é insuficiente para que os capacite para atuar na rede básica de serviços de saúde e a estrutura dos ambientes de trabalho é precária, com falta de materiais e recursos para melhor atendimento, que implicam negativamente na qualidade e efetividade da atenção básica. Outro dado desse estudo, é que o trabalho das equipes se mantém refém da demanda espontânea e do atendimento curativo, indo em contrapartida com a estratégia de organização do cuidado que atenda às necessidades de saúde da população. (GARNELO, et al, 2014).

Quanto a caracterização dos participantes, a média de idade foi de  $60,74 \pm 11,26$  anos, sendo a idade mínima e máxima de 34 e 86 anos, respectivamente. Dentre os participantes 44,3% eram brancos, 34,3% pardos e 21,4% negros. Quanto ao sexo, 77,1% eram do sexo feminino e 22,9% masculino. Referente ao estado civil, grande parte dos participantes eram casados (55,7%). Relataram ser católicos 70% dos indivíduos.

Pode-se notar que, nesta amostra, a maioria dos hipertensos eram idosos e do sexo feminino, considerando-se que estes procuram mais os serviços de atenção à saúde. Com a população idosa, o seguimento deve ser mais rigoroso, pois com a idade avançada, o risco de desenvolver DAOP tende a ser maior, pois com isso o indivíduo acaba por sofrer danos na sua estrutura e função vascular devido a exposição a fatores de risco, sendo então os idosos um grupo com maior risco de serem acometidos por agravos vasculares (MILLER et al, 2016).

Quanto aos hábitos de vida dos participantes, observou-se que apenas 35,7% praticam atividade física regularmente. Segundo Jama (2018), o sedentarismo se configura como um fator predisponente para acometimento por DAOP.

Quanto aos valores da pressão arterial, as médias de PAS e PAD entre os hipertensos:

Pressão Arterial Sistólica (PAS) =  $144 \pm 23,89$  mmHg e, Pressão Arterial Diastólica (PAD) =  $84,35 \pm 11,98$  mmHg. Esses valores médios indicam que os níveis da PAS se apresentam inadequados. A elevação da pressão arterial é um importante fator de risco para desenvolvimento de DAOP, devendo esta ser acompanhada e tratada adequadamente para evitar que os portadores venham a apresentar DCV (JAMA, 2018).

Na avaliação antropométrica relacionado com risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, observou-se uma prevalência alta de indivíduos com sobrepeso/obesidade e circunferência abdominal alterada (TABELA 01).

Variável	Frequência (n 70)	Porcentagem (%)
<b>IMC (kg/m<sup>3</sup>)</b>		
Baixo peso	2	2,9
Normal	13	18,6
Sobrepeso/Obesidade	55	78,5
<b>CA (cm)</b>		
Normal	10	14,3
Alterado	58	82,9
<b>CC (cm)</b>		
Abaixo de 42 cm	36	51,4
Acima de 42 cm	33	47,1

Tabela 01. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares entre os hipertensos na atenção básica.

IMC (Índice de Massa Corporal); CA (Circunferência Abdominal); CC (Circunferência Cervical);

A obesidade configura-se como um importante fator de risco para DAOP e nessa amostra tiveram uma importante significância. Apesar de não ter sido encontrada nesse estudo associação positiva entre os índices de obesidade com a prevalência de DAOP, vários estudos apontam que esses fatores de riscos estão intimamente relacionados com essa comorbidade. Um estudo que verificou os fatores de risco na presença de DAOP evidenciou que o índice de massa corporal e a circunferência abdominal alterados encontram-se entre os mais importantes, consideráveis na investigação e rastreamento (Makdisse e cols, 2008).

Na tabela 02 estão dispostos a prevalência de fatores de risco adicionais não modificáveis entre os hipertensos, indicando que a maioria da amostra apresenta histórico familiar de doença cardiovascular.

Segundo a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (2013), indivíduos que apresentam histórico familiar de doença cardiovascular, sendo parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos, configura-se um fator agravante do risco de desenvolver DCV em geral. Essa mesma diretriz ressalta que indivíduos que já tiveram

algum evento cardiovascular prévio apresentam maior probabilidade de desenvolver outros agravos cardiovasculares, como a DAOP, ainda mais quando associado a outros fatores de risco.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>FREQUÊNCIA (n=70)</b>	<b>PORCENTAGEM (%)</b>
<b>DCV prévia</b>		
Não apresenta	64	91,4
Apresenta	6	8,6
<b>HDCV</b>		
Não apresenta	29	41,4
Apresenta	41	58,6

Tabela 02 – Prevalência de fatores de risco adicionais não modificáveis entre ohipertensos na atenção básica.

HDCV (histórico de doença cardiovascular prévia); HFDCV (histórico familiar de doença cardiovascular).

Quanto as alterações metabólicas entre os hipertensos desta pesquisa, observou-se que os níveis de glicose, lipoproteína de baixa densidade (LDL) e triglicérides apresentaram uma média alterada (TABELA 03), indicando assim prevalência de dislipidemia. Mesmo não sendo encontrado associação positiva entre dislipidemia e DAOP nesse estudo, provavelmente devido ao número baixo de hipertensos incluídos, vários estudos apontam uma associação entre esses fatores, devendo assim ser investigado. Segundo Moor et al (2017) a dislipidemia é um fator predisponente para o acometimento dos leitos dos vasos sanguíneos por aterosclerose, podendo levar a outros agravos mais sistêmicos como acidente vascular cerebral isquêmico, doença arterial coronariana e doenças vasculares oclusivas periféricas.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>FREQUÊNCIA (n=70)</b>	<b>MÉDIA ± DP</b>
<b>Glicose</b>	21	138,10± 73,25
<b>CT</b>	20	179,54± 44,09
<b>LDL</b>	16	123,68± 43,73
<b>HDL</b>	18	44,34± 12,27



Tabela 03 – prevalência de alterações metabólicas entre os hipertensos atendidos na atenção básica.

CT (colesterol total); LDL (lipoproteína de baixa densidade); HDL (lipoproteína de alta densidade).

Quanto ao objetivo principal deste estudo, a prevalência encontrada de DAOP, segundo a avaliação do ITB, foi de 3% (GRÁFICO 1) e ambos apresentavam queixa de dor em membros inferiores e claudicação de pulso. A DAOP corresponde à principal causa de amputação de membros inferiores, depois dos acidentes automobilísticos. Além da amputação, a DAOP causa dor e limitação das atividades de vida diária de seus portadores (MAKDISSE El al, 2008). Foi o caso dos hipertensos com ITB alterado incluídos nesse estudo, que apresentavam queixas, mas não haviam recebido atenção voltada à identificação da DAOP, apenas tratamento medicamentoso para dor inespecífica.

Esse dado, associado às elevadas prevalências de alterações metabólicas, altos índices de obesidade e falta de seguimento adequado, baseado em diretrizes de atendimento (pois poucos hipertensos foram incluídos no estudo justamente por falta de seguimento adequado), evidenciam um cenário alarmante que ajuda a explicar as altas taxas de morbimortalidade por doença cardiovascular no município de Guarapuava entre os anos de 2008 a 2016 (DataSus, acessado em 17 de outubro de 2018).

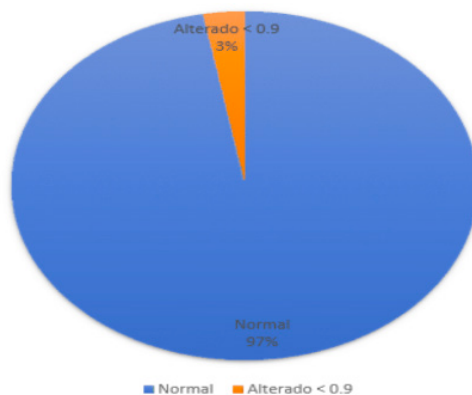


GRÁFICO 01 - Prevalência de ITB alterado em hipertensos na atenção básica.

Na tabela 04 apresenta-se a associação entre os valores do índice tornozelo-braço com outras variáveis. Houve associação positiva entre ITB alterado e portadores de HVE, entre ITB alterado e queixas periférica em membros inferiores (QPPMMII). Não houve

associação entre ITB alterado com tabagismo, como esperado.

Variável (n = 70)	Índice Tornozelo-braço		P valor
	Normal	Alterado	
<b>HVE</b>			<b>0,000*</b>
Apresenta	6	2	8
Não apresenta	62	0	62
<b>QPPMMII</b>			<b>0,012*</b>
Apresenta	15	2	17
Não apresenta	52	0	52
<b>Tabagismo</b>			<b>0,331*</b>
Sim	22	0	22
Não	46	2	48

Tabela 04 – Associações entre os valores do índice tornozelo-braço e outras variáveis

\*  $p < 0,05$  no Qui-Quadrado; HVE (hipertrofia ventricular esquerda); QPPMMII (queixa periféricas em membros inferiores).

Quanto a associação positiva entre ITB alterado e HVE, um estudo verificou uma alta prevalência de HVE em pacientes recém diagnosticados com DAOP (cerca de 50%). Isso significa que essa prevalência de HVE associado a DAOP é indicativo do aumento da taxa de mortalidade cardíaca (Gary A. Wright et al, 2007) e, que lesão em um órgão alvo é indicativa de lesão em outro.

Outro estudo apontou que em indivíduos portadores de hipertensão arterial, apesar de não terem manifestações clínicas de DAOP, os valores de ITB alterados estiveram associados a presença de HVE, sendo identificado os indivíduos com maior risco para desenvolvimento de doença cardiovascular (Albuquerque e cols. 2012).

As manifestações clínicas da DAOP se constituem de claudicação intermitente, ausência ou diminuição de pulsos tibiais posteriores e pediosos, ausência de pelos, desconforto ao realizar atividades físicas (JAMA, 2018). Apesar de a claudicação ser um importante sintoma da DAOP, não se deve apenas esperar a presença desse sintoma para que seja investigada essa comorbidade. Um estudo realizado no âmbito da atenção primária a saúde evidenciou que a claudicação esteve pouco presente em casos de ITB alterado. Porém, essa mesma população apresentava outros fatores de risco que muitas vezes subjugados, a grande maioria era hipertensa e uma porcentagem significativa tinha hiperlipidemia (Master RC, 2018).

Esses sintomas característicos muitas vezes são associados com o envelhecimento, não sendo investigados a fundo, fazendo com que o diagnóstico de DAOP seja subestimado, apesar de ser uma das principais causas de ulcerações em membros inferiores e amputação (task working group, 2000; a report of the european working group on driving and cardiovascular disease, 2013).

Assim, destaca-se nesse ponto que os serviços de atenção primária falham ao não empregarem o uso de evidências científicas, já organizadas em diretrizes de atendimento, que guiam o seguimento e a investigação clínica e até a social dos hipertensos, no cotidiano de suas práticas.

Quanto ao tabagismo, um dos principais fatores de risco para DAOP, não houve associação positiva entre ITB alterado com o mesmo. Porém, observou-se uma porcentagem significativa de tabagistas na amostra, 31,4%. Esse percentual de tabagista é considerável, pois tabagismo apresenta-se como um importante fator de risco para DAOP (JAMA, 2018).

Um estudo realizado em 2004 reforça essa afirmação pois, os autores evidenciaram que o ato de fumar aumenta o risco para DAOP devido a diversos fatores, como anormalidades da função endotelial dos vasos sanguíneos, metabolismo de lipoproteínas, coagulação e função plaquetária (LU; CREAGER, 2004). Ressalta-se que o ato de cessar o tabagismo contribui para a diminuição do risco cardiovascular dos indivíduos portadores de DAOP (LU; CREAGER, 2004). Segundo um estudo realizado por Yingji, 2010, o hábito de fumar pode levar o indivíduo a apresentar sete vezes maiores chances de desenvolver DAOP.

É de suma importância do monitoramento dos hipertensos de acordo com o que regem protocolos e diretrizes, tanto estaduais quanto nacionais, para evitar que essa população alvo venha a sofrer por DCV, considerando que esse agravo é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no Mundo, sendo intimamente relacionada às doenças hipertróficas e isquêmicas do coração, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e da doença arterial obstrutiva periférica, além de ser considerada, por suas consequências, como uma das maiores causas de redução qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (Firmino et al, 2015; WHO, 2016; Brasil, 2018).

Nesse contexto, o controle e diagnóstico da hipertensão têm sido atribuição das equipes da Estratégia da Saúde da Família nos serviços de atenção primária, com caráter de ação prioritária na saúde do adulto, especialmente em sua fase inicial. Isso decorre de evidências científicas que demonstram a influência da atenção primária na promoção da saúde, distinguindo-a de outros níveis de atenção. Essa evidência mostra que a atenção primária (em contraste com os cuidados especializados) está associada a uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações (Starfield, Shi, Machinko, 2005).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os hipertensos não são acompanhados de acordo com o que protocolos e diretrizes estaduais e nacionais estabelecem.

Conclui-se ainda que a prevalência de ITB alterado foi baixa em relação ao número de participantes, porém estes tiveram associações com HVE e QPPMII e não havia investigação da DAOP entre os hipertensos estudados.

Houve significativa prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento da DAOP como tabagismo, dislipidemia, obesidade corporal e visceral, o que reforça a necessidade da investigação e seguimento atendo, a fim de evitar acometimento por agravos cardiovasculares.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE E COLS. **Ankle-Brachial Index and Ventricular Hypertrophy in Arterial Hypertension.** Arq Bras Cardiol 2012;98(1):84-86

A REPORT OF THE EUROPEAN WORKING GROUP ON DRIVING AND CARDIOVASCULAR

DISEASE. **New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases.** Ec.europa.eu. 2013. Disponível em: [http://ec.europa.eu/transport/road\\_safety/pdf/behavior/driving\\_and\\_cardiovascular\\_disease\\_final.pdf](http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/behavior/driving_and_cardiovascular_disease_final.pdf)

BRASIL. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Brasileiro de Cardiol. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3 Setembro 2016.

DATASUS. **Índice de mortalidade por doença cardiovascular em Guarapuava do ano 2008 a 2016.** Acessado em 17 de outubro de 2018. Disponível em < <http://datasus.saude.gov.br/>>

GARNELO, L.; LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; ROCHA, E. S. C.; GONÇALVES, M. J. F. **Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia.** RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 158-172, OUT 2014

GARY A. WRIGHT, DONALD S.C. ANG, PETER A. STONEBRIDGE, JILL J.F. BELCH AND ALLAN D. STRUTHERS. **Left ventricular hypertrophy is present in one-half of newly-diagnosed peripheral arterial disease patients.** Journal of Hypertension 2007, Vol 25 No 2

GENGO E SILVA R, CONSOLIM-COLOMBO FM. **Aspectos relevantes para identificação da claudicação intermitente.** Acta Paulista de Enfermagem 2011;24(3), 426-429.

HEALD CL, FOWKES FG, MURRAY GD, PRICE JF; **Ankle Brachial Index Collaboration. Risk of mortality and cardiovascular disease associated with the ankle-brachial index: Systematic review.** Atherosclerosis. 2006 Nov;189(1):61-9.

HERRÁIZ-ADILLO Á, CAVERO-REDONDO I, ÁLVAREZ-BUENO C, MARTÍNEZ-VIZCAÍNO V, POZUELO-CARRASCOSA DP, NOTARIO-PACHECO B. **The accuracy of an oscillometric ankle-brachial index in the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease: A systematic review and meta-analysis.** Int J Clin Pract. 2017 Sep;71(9).

JAMA. **Screening for Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease Risk Assessment With the Ankle-Brachial Index US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** 2018;320(2):177-183. doi:10.1001/jama.2018.8357.

KORHONEN PE, SYVÄNEN KT, VESALAINEN RK, KANTOLA IM, KAUTIAINEN H, JÄRVENPÄÄ S, AARNIO PT. **Ankle-brachial index is lower in hypertensive than in normotensive individuals in a cardiovascular risk population.** JHypertens. 2009 Oct;27(10):2036-43

LU, J. T; CREAGER, M. A. **The relationship of cigarette smoking to peripheral arterial disease.** Rev Cardiovasc Med. 2004 Fall;5(4):189-93

MAKDISSE et al. **Risk factors and peripheral artery disease.** Arq Bras Cardiol 2008;91(6):370-382

MASTER RC, ARIF K. **Detection of Flow Obstruction in Peripheral Arteries by Primary Care Providers: A Population-Based Registry Study.** Fam Med Med Sci Res 7: 226, 2018. doi:10.4172/2327-4972.1000226

MOOR, V. J.A.; et al. **Dyslipidemia in Patients with a Cardiovascular Risk and Disease at the University Teaching Hospital of Yaoundé, Cameroon.** Int J Vasc Med. 2017; 2017: 6061306.

MORILLAS P, CORDERO A, BERTOMEU V, GONZALEZ-JUANATEY JR, QUILES J, GUINDO J, SORIA F, MAZÓN P, NIETO V, ANGUIA M, GONZÁLEZ-MAQUEDA I; **Prevalence of Peripheral Arterial Disease in Patients with Acute Coronary Syndrome (PAMISCA) Investigators.** Prognostic value of low ankle- brachial index in patients with hypertension and acute coronary syndromes. J Hypertens. 2009 Feb;27(2):341- 7.

MILLER, A. P; et al. **Vascular disease in the older adult.** J Geriatr Cardiol. 2016 Sep; 13(9): 727–732.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P2231 **Linha guia de hipertensão arterial / SAS.** – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018.

RAC-ALBU M, ILIUTA L, GUBERNA SM, SINESCU C. **The role of ankle-brachial index for predicting peripheral arterial disease.** Maedica (Buchar). 2014 Sep;9(3):295-302.

SIMÃO, A. F; et al. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** Arq Bras Cardiol. 2013; 101(6Supl.2): 1-63

YINGYI, L; et al. **Combined Effect of Smoking and Peripheral arterial Disease on all-Cause and Cardiovascular Disease Mortality in a Chinese male Cohort.** J. Vasc Surg. 2010 Mar;51(3):673-8. doi: 10.1016/j.jvs.2009.09.024.

# CAPÍTULO 9

## CÂNCER INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 08/11/2020

**Franciskelly de Siqueira Pessôa**

Faculdade Uninassau

Caruaru – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/5001809446685017>

**Hérica Tavares Milhomem**

Faculdade Uninassau

Caruaru – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1788921558285160>

**Roberta Luciana do Nascimento Godone**

Secretária de Educação de Pernambuco

Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7231909991931805>

**Aline Alves da Silva Santos**

Faculdade Uninassau

Caruaru – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/0378073795242038>

**Débora Kathuly da Silva Oliveira**

Faculdade Uninassau

Caruaru – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/6678281373152214>

**Déborah Tavares Milhomem**

Universidade Internacional Três Fronteiras

Ciudad del Este – Paraguai

<http://lattes.cnpq.br/1661710927062631>

**Maria Eduarda dos Santos**

Faculdade Uninassau

Caruaru – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3729123307412976>

**Mariana Batista da Silva**

Faculdade Venda Nova Imigrantes

Venda Nova – Espirito Santo

<http://lattes.cnpq.br/3780542374365816>

**Maria Carolina de Albuquerque Wanderley**

Faculdade Federal Rural de Pernambuco

Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/6748315178686037>

**RESUMO:** Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o câncer é um processo de crescimento e disseminação incontrolada das células. O câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. O câncer infantil muitas vezes pode ser de difícil diagnóstico, pois seus sinais e sintomas são semelhantes aos de outras patologias frequentes na infância, e nem sempre o profissional da atenção primária tem conhecimento dos principais tipos de cânceres infantil. Realizar uma análise de revisão bibliográfica do tipo integrativa sobre o câncer infantil na atenção primária. A busca foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo utilizados os seguintes bancos de dados: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE)*, Biblioteca Eletrônica Brasil (SCIELO) e Periódicos Capes. Foram utilizados os seguintes descritores sozinhos ou em associação para a seleção dos artigos: «Atenção básica à saúde», «Detecção precoce», «Câncer», «Criança». Os tumores que ocorre na infância dividem-se em

dois grupos, tumores hematológicos e tumores sólidos. As neoplasias mais comuns são as leucemias (25% a 35%), tumores de sistema nervoso central (8 a 15%) e sarcomas (4 a 8%). A dificuldade para o diagnóstico precoce existente na atenção básica se dá devido à falta de preparo e de conhecimento dessa temática por parte dos profissionais de saúde e pela apresentação clínica dessas doenças, que na maioria dos casos apresentam sintomas gerais, como é o caso de febre, emagrecimento, vômito, palidez e dor óssea, que podem ser facilmente relacionados a outras patologias ou a processos fisiológicos relacionados à idade. Resultando assim em um diagnóstico tardio e em alguns casos, na redução das possibilidades de cura. Falta aos profissionais da atenção básica um melhor conhecimento sobre os sinais e sintomas do câncer infantil, principalmente os enfermeiros que são os primeiros a terem contado com o paciente nesse nível primário. Tornasse necessário protocolos específicos de capacitação para o reconhecimento desse tipo de patologia ainda no início.

**PALAVRAS - CHAVE:** Atenção Básica à Saúde; Detecção Precoce; Câncer; Criança.

### CHILDHOOD CANCER IN PRIMARY CARE: THE IMPORTANCE OF CARE

**ABSTRACT:** According to WHO (World Health Organization), cancer is an uncontrolled cell's growth and dissemination. Cancer represents the first mortality cause among children and adolescents aged from 1-19 years old (8%). Pediatric cancer most of the time may be difficult to diagnose once its symptoms are similar to other pathologies that happen frequently at childhood, also, professionals on basic healthcare are not always familiar with the main types of pediatric cancer. To perform an integrative literature review about pediatric cancer at basic healthcare. The research was made at Virtual Health Library (VHL), utilizing the following data bases: Latin American & Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e *Periódicos Capes*. The following terms were used isolated or associated to material selection: "basic healthcare", "early detection", "cancer", "children". Tumors that happen on childhood are divided into two groups, hematological tumors and solid tumors. The most common neoplasms are leukemia, (25 to 35%), central nervous system's tumors (8 to 15%) and sarcomas (4 to 8%). The existent struggle to early diagnosis at basic healthcare happens due to the lack of knowledge about this subject by healthcare professionals and to clinical presentation of these illnesses, which, most of the time, show general symptoms, such as fever, weight loss, vomit, pallidness, osseous pain, that can be easily be related to other pathologies or physiological processes related to the age. Resulting in late diagnosis, and in some cases, reducing the chances to cure. Professionals on basic healthcare lack a better understanding about signs and symptoms of pediatric cancer, mainly, nurses, which are the first ones to be in touch with the patient on this healthcare level. Becoming necessary the, specific protocols and training to be able to detect this pathology on early stages.

**KEYWORDS:** Basic Healthcare; Early Detection; Cancer; Children.

## 11 INTRODUÇÃO

Existem registros de tumores a mais de 4.000 anos antes de Cristo, porém não há um registro preciso dessa doença, no entanto povos como os egípcios, indianos e persas, já haviam mencionado formas de tumores. Porém apenas na Grécia, na escola de medicina

referenciou a patologia como um tumor duro, que algumas vezes reaparecia após serem removidos. Já no século XVI, o câncer foi atribuído ao um desequilíbrio linfático (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

O câncer é uma patologia não transmissível, é silencioso e sua principal característica é o crescimento desordenado das células, estas se multiplicam e invadem outras células e até mesmo tecidos e órgãos. Durante a divisão celular essas células se dividem de maneira rápida e sem controle, assim as células do câncer são agressivas, com isso tumores agressivos podem ser formados, podendo invadir um órgão e até mesmo migrar para outros órgão ocasionando a chamada metástase (INCA, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o câncer é um processo de crescimento e disseminação incontrolada das células. O câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. O câncer infantil muitas vezes pode ser de difícil diagnóstico, pois seus sinais e sintomas são semelhantes aos de outras patologias frequentes na infância, e nem sempre o profissional da atenção primária tem conhecimento dos principais tipos de cânceres infantil. Na atualidade, o câncer é a segunda maior causa de mortes no mundo. Uma análise mundial indica que de seis óbitos um é causado por câncer, 70% destes casos acontecem em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos (OMS, 2018).

Os primeiros estudos e análises feitos dedicados para o câncer no Brasil começaram no século XX. Nesse período com a mudança da sociedade urbana e a transformação de seus hábitos, ocorreu a necessidade de uma maior cobertura e novas ações, para controle de doenças. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), pela visão da saúde pública, fizeram estudos diretamente relacionados a diversas patologias, assim como o câncer, foi nesse período que surgiu as ideias para o atual estatuto do câncer, com base nas regiões do país e com medidas de prevenção e controle da doença (NETO; TEIXEIRA, 2017).

Hoje no Brasil para o SUS, o câncer é considerado um problema de saúde pública, isso devido ao crescente número de casos da doença na população e também com o aumento da taxa de mortalidade, atrelados principalmente aos vários fatores que favorecem o desenvolvimento dessa patologia, como por exemplo, o aumento da população idosa e a exposição a fatores carcinogênicos (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

O controle do câncer no Brasil é feito através das informações obtidas pelos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com os dados coletados nessas bases de dados torna-se fácil o conhecimento da doença no país, possibilitando um melhor controle e conhecimento da população para o desenvolvimento de ações e políticas adequadas para cada região do país (BRAY et al, 2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 8% das mortes por câncer são de crianças na faixa etária de 1 a 19 anos. A principal diferença entre o câncer em



adultos e em crianças, que os cânceres infantis, muitas vezes são de origem embrionária, visto que as crianças em sua grande maioria não foram expostas a nenhum agente externo que modificasse seus genes (INCA, 2020).

Os tumores infantis podem ser divididos em dois principais grupos, os de tumores hematológicos e tumores sólidos. Os sintomas presentes podem ser: perda de peso, hematomas, sangramentos, palidez, inchaço abdominal, febre, mialgia, artralgia, cefaleia, êmese. Sintomas facilmente confundidos com outras patologias benignas (BRASIL, 2017).

A escuta qualificada feita pelos profissionais da atenção primária à saúde de grande importância para o diagnóstico precoce e eficaz. Assim aumentado a sobrevivência desse paciente. A atenção básica é onde essa criança tem seu maior contato principalmente no seu primeiro ano de vida. O que favorece é o conhecimento prévio de como a doença poderá se manifestar para que a intervenção adequada possa ser feita (BRASIL, 2017).

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa que tem como propósito reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre câncer infantil e a assistência na atenção básica, fornecendo compreensão mais profunda do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo, foram percorridas as etapas recomendadas pela literatura: delimitando o tema e formulando uma questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção das publicações; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos achados; e, por fim, divulgação do conhecimento sintetizado e avaliado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os critérios de inclusão foram: a publicação deveria conter como temática de estudo questões sobre câncer infantil na atenção básica; publicações com textos completos em português e inglês no período 2010 a janeiro de 2020, por pesquisadores da área da saúde e que apresentassem contextualização referente ao assunto investigado.

A busca foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo utilizados os seguintes bancos de dados: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE)*, Biblioteca Eletrônica Brasil (SCIELO) e Periódicos Capes. Foram excluídas as publicações cujos eram outros tipos de temáticas, textos publicados em anos anteriores ao proposto, que abordassem a câncer infantil, textos que se repetissem nas bases de dados, dissertações e teses. Foram utilizados os seguintes descritores sozinhos ou em associação para a seleção dos artigos: «Atenção básica à saúde», «Detecção precoce», «Câncer», «Criança».

A partir de então, foi realizada uma seleção para verificar quais trabalhos se enquadrariam na temática proposta. Foi feita uma leitura dos resumos e com isso foram

selecionados 23 artigos por se enquadrarem nos critérios de inclusão proposto, permitindo, assim, uma seleção mais apurada dos dados. Foram excluídos da pesquisa aqueles artigos que não se encontravam na íntegra e aqueles que não atenderam ao objetivo. A amostra final desta revisão integrativa foi composta de 5 artigos, por terem mais adesão ao objetivo proposto.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O câncer infantil faz parte do grupo de patologias, que tem como características o crescimento descontrolado de células cancerígenas podendo ser em qualquer órgão ou tecido. Os cânceres em crianças são raros, que tem como característica uma latência curta e possui uma grande agressividade (LIMA, 2018; MIRANDA; MELARANGNO; OLIVEIRA, 2017). O diagnóstico precoce do câncer em crianças favorece a melhor escolha para o tipo de tratamento e intervenção terapêutica. No entanto este é o grande desafio visto que o câncer nessa faixa etária se assemelha com outras patologias comuns na infância (DIAS et al, 2016).

A Atenção Primária tem como objetivo fornecer cuidados básicos tanto para a comunidade quanto para o indivíduo. Neste contexto a atuação do nível primário consiste na promoção da saúde, faz a prevenção de agravos e também trabalha na manutenção da saúde (PAIXÃO et al, 2018).

Durante o primeiro ano de vida a criança ela tem um acompanhamento constante na Unidade Básica de Saúde da Família, nesse período os profissionais podem verificar as mudanças nesses indivíduos. No entanto as doenças oncológicas em crianças são de difícil diagnóstico principalmente quando o profissional de saúde não sabe como diferenciar os sinais e sintomas de outras doenças que podem se manifestar nessa idade (AMORIM; CARIZZI; BRANDÃO, 2016).

Os tumores que ocorre na infância dividem-se em dois grupos, tumores hematológicos e tumores sólidos. As neoplasias mais comuns são as leucemias (25% a 35%), tumores de sistema nervoso central (8 a 15%) e sarcomas (4 a 8%). A dificuldade para o diagnóstico precoce existente na atenção básica se dá devido à falta de preparo e de conhecimento dessa temática por parte dos profissionais de saúde e pela apresentação clínica dessas doenças, que na maioria dos casos apresentam sintomas gerais, como é o caso de febre, emagrecimento, vômito, palidez e dor óssea, que podem ser facilmente relacionados a outras patologias ou a processos fisiológicos relacionados à idade. Resultando assim em um diagnóstico tardio e em alguns casos, na redução das possibilidades de cura. (LIMA, 2018; AMORIM, CARRIZI; BRANDÃO, 2016).

Os profissionais na Atenção Básica apresentam pouco conhecimento quando o assunto é câncer infantil, nem todos os profissionais conseguem diferenciar as características de doenças oncológicas para outros tipos de doenças mostrando que nem todos estão

capacitados para esse tipo de atendimento no nível primário. Isso deixa evidente que a falta de conhecimento leva ao diagnóstico tardio e muitas vezes a resposta ao tratamento pode não ser eficaz devido a demora do atendimento adequando a esse paciente (DIAS et al, 2016; LIMA, 2018).

Nos estudos feitos os profissionais relatam não ter nenhuma capacitação ou conhecimento prévio do tema, não ter visto durante a graduação ou nas suas pós-graduações, mostrando assim o desafio que é para esses indivíduos atuarem para poderem apresentar um diagnóstico diferencial. Esse tipo de informação previa favorece uma melhor atuação do profissional visto que muitas doenças podem ser facilmente acolhidas pela atenção primária e também um encaminhamento preciso para o profissional especialista (MIRANDA; MELARANGNO; OLIVEIRA, 2017; AMORIM, CARRIZI; BRANDÃO, 2016).

É importante lembrar das consultas puerperais que também é feita pelo enfermeiro de saúde da família, nesses períodos o profissional deve verificar todas as alterações fisiológicas do paciente, visto que esse acompanhamento periódico pode ser favorável a um diagnóstico mais preciso, pois durante essas consultas são feitas todas as anotações e através da padronização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, nesse momento o enfermeiro deve solicitar exames de rotina e até mesmo exames complementares (MIRANDA; MELARANGNO; OLIVEIRA, 2017).

As capacitações adequadas para todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde Família seria de suma importância tanto para o diagnóstico precoce quanto para o acompanhamento desses pacientes, visto que a Atenção Primária é a porta de entrada de todo o paciente e ela também que faz o acompanhamento e manutenção da saúde (LIMA, 2018; PAIXÃO et al, 2018).

## 4 | CONCLUSÃO

Falta aos profissionais da atenção primária um melhor conhecimento sobre os sinais e sintomas do câncer infantil, principalmente os enfermeiros que são os primeiros a terem contato com o paciente nesse nível primário. Tornasse necessário protocolos específicos de capacitação para o reconhecimento desse tipo de patologia ainda no início. Além da necessidade de desde início o tema deveria ser abordando tanto na graduação, quanto nas especializações nesse tipo de atuação, pois na atenção básica a saúde da família devemos ter conhecimento de todas as patologias que podemos ter contato nesse âmbito de atuação.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. A.; CARRIZI, C.Q.O; BRANDÃO, E. C. **Dificuldade dos profissionais de saúde no reconhecimento precoce das doenças oncológicas na infância.** Revista de Enfermagem da FACIPLAC. v. 1, n.1, p. 1-10, 2016.

BATISTA D.R.R.; MATTOS M.; SILVA S.F. **Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5 n.3, p.499-510, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico, 2017**. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/protocolo\\_diagnostico\\_precoce\\_cancer\\_pediatico.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/protocolo_diagnostico_precoce_cancer_pediatico.pdf)Acesso: 30 de setembro de 2020.

BRAY, F. et al. Planning and developing populations-based cancer registration in low-and middle-income settings. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014. (IARC technical publication, n. 43).

DIAS, S. R. S. *et al.* Consulta de Enfermagem como Instrumento de detecção precoce de câncer infantil. Revista Interdisciplinar. v. 9, n. 1, p. 49-56, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer infanto-juvenil 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 30 de setembro de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é câncer? 2019**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 8 de maio de 2020.

LIMA, I. M. CÂNCER INFANTOJUENIL: **AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Revista APS. v. 21, n. 2, p. 197 – 205, 2018.

Mendes K.D.S; Silveira R.C.C.P; Galvão C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. v. 17, n. 4, p. 758 – 564, 2008.

MIRANDA, L. R. O. N; MELARAGNO, A. L. P; OLIVEIRA, A. A. P. **Diagnóstico Precoce do Câncer Infanto-Juvenil na Atenção Primária à Saúde e Contribuições do Enfermeiro: Revisão da Literatura**. Revista Saúde. v. 11, n. 3-4, p. 63-74, 2018.

Neto, L. A. A.; Teixeira, L. A. **De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX**. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum., v. 12, n. 1, p. 173-188, 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS), **Folha informativa – Câncer**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

PAIXÃO, T. M. *et al.* **Detecção Precoce e Abordagem do Câncer Infantil na Atenção Primária**. Revista de Enfermagem UFPE OnLine. v. 12, n.5, p.1437-1443, 2018.

TEIXEIRA, L, A; FONSECA, C. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

# CAPÍTULO 10

## CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE NA ADOLESCÊNCIA

*Data de aceite: 01/12/2020*

*Data de submissão: 04/09/2020*

### **Marcella Tibúrcio Maia**

Instituto Federal de Pernambuco;  
Pesqueira - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/9643719057664890>

### **Alexiane Mendonça da Silva**

Instituto Federal de Pernambuco;  
Pesqueira - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/7738577755713073>

### **Maria Eduarda Almeida Marçal**

Instituto Federal de Pernambuco;  
Pesqueira - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/9273363324822190>

### **Geraldo Henrique Xavier Gomes**

Instituto Federal de Pernambuco;  
Pesqueira - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/5337586219688674>

### **Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves**

Instituto Federal de Pernambuco;  
Pesqueira - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/1530461337501494>

**RESUMO:** A violência é um problema de dimensão mundial que causa danos físicos e psicológicos às vítimas e suas famílias, além de gerar altos gastos com serviços de saúde como emergência, assistência e reabilitação. Entre seus grupos mais vulneráveis estão os adolescentes, pois é nessa fase da vida que se inicia às relações afetivas e sexuais, na qual

condutas violentas passa despercebida e incluída como demonstração de amor e afeto. Através disso, objetivou-se caracterizar a violência nas relações de intimidade entre os adolescentes. Estudo de natureza descritiva e exploratória, de abordagem metodológica quantitativa, transversal. Participaram adolescentes, com idade de 15 a 19 anos. Os dados foram coletados no IFPE no município de Pesqueira/PE por meio de instrumento anônimo e auto preenchível, composto pela escala CADRI e por questões fechadas. Os dados foram tabulados e analisados no Microsoft Office Excel 2016, os mesmos foram descritos por frequências absolutas e relativas, e apresentada a média. Dos 34 participantes, 27 (79,4%) eram do sexo feminino e 7 (20,5%) do masculino. A média de idade dos participantes foi de 15,7 anos. A média da idade em que eles começaram a “ficar” ou a namorar foi de 13,5 anos, e a média do número de pessoas com as quais os participantes “ficaram” ou namoraram foi 12,9 pessoas. 5,25% relataram ter sido vítima de pelo menos um tipo de violência e (6,46%), relataram ter perpetrado no mínimo um tipo. Com isso, enfatiza-se a importância do desenvolvimento de outras pesquisas com amostras maiores que abordem esta temática voltada para este público alvo, e que além de identificar a prevalência da VRI, busquem compreender melhor os fatores de riscos e a dinâmica de relacionamentos abusivos.

**PALAVRAS - CHAVE:** Saúde do Adolescente; Violência por Parceiro Íntimo; Promoção da Saúde.

## CHARACTERIZATION OF VIOLENCE IN RELATIONSHIPS OF INTIMACY IN ADOLESCENCE

**ABSTRACT:** The violence is a problem of world-wide dimension that causes physical and psychological damages to the victims and his families, besides producing high expenses with health services like emergency, assistance and rehabilitation. Between his most vulnerable groups the adolescents are, since it is in this phase of the life that begins to the affectionate and sexual relations, in which violent conducts raisin unnoticed and included like demonstration of love and affection. Through that, aimed characterize the violence to in the intimacy relations between the adolescents. Study of descriptive nature and exploratória, of approach metodológica quantitativa, cross. Participated adolescents with aged from 15 to 19 years. The data were collected at the IFPE of the city of Pesqueira - PE through anonymous instrument and auto fillable, composed by the scale CADRI and by shut questions. The data were tabulated and analysed in the Microsoftware package Office Excel 2016, same they were described by absolute and relative frequencies, and the average was calculated. Of 34 participants, 27 (79,4 %) was of the feminine sex and 7 (20,5 %) was of the masculine. The average of age of the participants was of 15,7 years. The average of the age in which they began to “stay” or to go out together it was of 13,5 years, and the average of the number of persons with whom the participants “stayed” or dated was 12,9 persons. 5,25 % reported to have been a victim of at least a type of violence and (6,46 %), reported to have perpetrated at least a type. Thereby, there is emphasizes the importance of the development of other inquiries with samples bigger than approach this theme turned to this target audience, and that besides identifying the predominance of the VRI, look to understand better the factors of risks and the dynamic one of abusive relationships.

**KEYWORDS:** Adolescent Health; Intimate Partner Violence; Health promotion.

### 1 | INTRODUÇÃO

A violência é considerada um grande problema de saúde pública, que afeta milhões de pessoas mundialmente, que causa danos físicos e psicológicos às vítimas e suas famílias, além de gerar altos gastos com serviços de saúde como emergência, assistência e reabilitação (MINAYO, 2006). A violência é definida como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que pode causar lesões, óbito, danos à saúde mental, deficiência de desenvolvimento ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Um subtipo de violência vem ganhando espaço entre as produções científicas: a violência de gênero. Muitas vezes esse termo “violência de gênero” é usado como sinônimo de violência contra a mulher, violência doméstica ou violência por parceiro íntimo. Independente da terminologia usada, esse tipo de violência baseia-se na desigualdade entre os sexos, em que as relações são hierarquizadas, colocando os indivíduos envolvidos em posição de submissão e superioridade, construída historicamente e culturalmente (BANDEIRA, 2014).

A Violência em Relações de Intimidade (VRI) geralmente é perpetrada pelos homens

contra as mulheres, mas também pode ser praticada por as mulheres contra os homens, e também pode ocorrer entre pessoas do mesmo sexo, em que os envolvidos tenham algum tipo de relacionamento íntimo, como por exemplo casamento, “morar junto”, namoro ou ficada, independentemente da duração, sendo praticada por parceiros íntimos atuais ou ex-parceiros (MONTEIRO, 2015).

Os relacionamentos entre adolescentes podem ter diferentes significados, podendo ser denominados de namoro, ficar ou pegar, etc. Pode se estabelecer uma relação de afeto e confiança em relacionamentos mais duradouros, e em alguns casos a relação acontece sem compromisso, sem necessariamente haver envolvimento amoroso. No namoro e no ficar evidencia-se os padrões de gênero que foram construídos ao longo da história, por meio do contexto sociocultural, que pode ser observado na forma que homens e mulheres vivem sua sexualidade e se comportam em seus relacionamentos (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011).

A violência no namoro muitas vezes não é percebida, parece ser algo normal do namoro, o ciúme que pode ser expresso por meio de abusos físicos (tapas, puxões de cabelo, empurrões), e psicológicos (ameaças, humilhações, constrangimentos, isolamento dos amigos e/ou familiares) são considerados formas de demonstrar afeto (SANTOS, 2013).

Durante cerca de duas décadas a investigação científica começou a privilegiar o tema da violência somente nas relações de intimidade casamento/união. No decorrer dos anos foram encontradas várias dificuldades nos estudos sobre a violência juvenil, as principais foram: difícil acesso a população juvenil, necessidade da autorização dos pais e principalmente a inexistência de um estatuto legal, autônomo e alusivo à violência sem estar relacionados a contextos maritais. Entretanto surge um estudo pioneiro na área da violência juvenil desenvolvido por MaKepeace. Desde então vemos um aumento das dinâmicas violentas subjacentes e prevalência da violência no namoro (CARIDADE; MACHADO, 2012).

Diante do exposto, constata-se a necessidade de conhecer e analisar as vivências dos adolescentes em suas relações de intimidade a fim de identificar violências sofridas e perpetradas, para assim, subsidiar o desenvolvimento de ações de enfrentamento contra a violência. Portanto, esse estudo objetivou analisar a violência nas relações de intimidade entre estudantes adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Campus Pesqueira.

## **2 | METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa transversal. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Quanto aos estudos exploratórios, são aqueles que têm como

principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008). O campo de estudo foi no município de Pesqueira, distante a 215 km da Capital Pernambucana, situada na Microrregião do Vale do Ipojuca e Mesorregião do Agreste Pernambucano (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A coleta de dados ocorreu no IFPE Campus Pesqueira, que oferece quatro cursos técnicos de edificações e eletrotécnica, sendo dois subseqüente e dois integrados; quatro cursos superiores, sendo dois deles licenciaturas em física e matemática e dois bacharelados em enfermagem e engenharia elétrica. Utilizou-se amostragem por conveniência, onde adolescentes que participaram atenderam aos critérios de inclusão: Estar matriculado no Curso Integrado de Eletrotécnica, ter idade de 15 a 19 anos, essa idade foi estabelecida por ser nessa faixa etária que a maioria dos adolescentes estarem envolvidos em relações de intimidade, e como critério de exclusão, determinou-se que seria excluídos os adolescentes que nunca tivessem namorado ou ficado (MINAYO, ASSIS, NJAINE, 2011).

Foi utilizado um instrumento anônimo e autoaplicável, favorecendo assim o relato das situações de violência sem a necessidade de que o adolescente fosse identificado pelos pesquisadores, o que poderia inibir os participantes, esse instrumento era composto por questões referente ao perfil sociodemográfico dos adolescentes, caracterização das relações de intimidade e caracterização da VRI sofrida e perpetrada pelos mesmos. Os dados foram tabulados e analisados no software Excel 2016, os mesmos foram descritos por a média, frequências absolutas e relativas, e apresentados em tabelas.

A pesquisa atendeu aos requisitos propostos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovada sob o parecer nº 2.618.789. Foi solicitada à direção do Instituto a permissão para a realização da pesquisa através da carta de anuência. Os adolescentes menores de 18 anos somente puderam participar do estudo com a autorização do responsável legal, mediante assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Os mesmos também deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se refere ao consentimento do adolescente em relação à participação no estudo. Para os adolescentes maiores de 18 anos, também foi solicitada a assinatura do TCLE específico para esses participantes.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A partir dos dados obtidos foi possível estabelecer três categorias: Perfil dos adolescentes, Caracterização das relações de intimidade e Caracterização da violência sofrida e perpetrada.



### 3.1 Perfil dos adolescentes

Participaram do estudo 34 adolescentes, 27 (79,4%) do sexo feminino e 7 (20,5%) do masculino. A média de idade dos participantes foi de 15,7 anos. Quanto à nacionalidade, todos os adolescentes eram brasileiros. Quanto à cor da pele, 47,05% se autodeclararam pardos, 41,17% brancos, 5,88% amarelos/indígenas e 5,88% preta. Quanto à procedência, 35,29% era do município de Pesqueira, 47,05% viviam na zona rural, e 52,94% na zona urbana. Houve predomínio de católicos (67,64%) e que não tinham religião (20,05%). A maioria (38,2%) vivia com o pai e a mãe, irmãos e irmãs. A média do número de cômodos da casa foi 6,5, e a média do número de pessoas que moravam na casa foi 3,6. A maioria (88,2%) dos participantes não trabalhava, 5,88% trabalhavam e recebiam por o trabalho realizado, a média de ganhos foi R\$ 245,00. Em relação à escolaridade do pai ou responsável do sexo masculino, 35,2 % concluíram o ensino fundamental II e 29,4% da mãe ou responsável do sexo feminino concluíram o ensino superior.

### 3.2 Caracterização das relações de intimidade

Quanto à caracterização das relações de intimidade, a média da idade em que eles começaram a “ficar” ou a namorar foi de 13,5 anos, e a média do número de pessoas com as quais os participantes “ficaram” ou namoraram foi 12,9 pessoas. Observa-se na Tabela 1, as relações de intimidade dos adolescentes apresentaram-se predominantemente heterossexuais.

Variáveis	N	%
<b>Já “ficou” ou namorou com pessoa</b>		
De sexo diferente	27	79,41
Do mesmo sexo e de sexo diferente	3	8,82
Do mesmo sexo	4	11,76
<b>Teve relação sexual</b>		
Sim	16	47,06
Não	18	52,94
<b>Atualmente tem relação sexual com</b>		
Apenas com um (a) parceiro (a) fixo (a)	15	93,75
Com parceiros (as) não fixos (as)	1	6,25
Com um (a) parceiro (a) fixo (a) e com parceiros (as) não fixos (as)	0	0

Tabela 1 - Caracterização das relações de intimidade dos adolescentes. Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2019.

A maioria (52,94%) dos adolescentes não havia tido relação sexual, diferentemente do resultado obtido no estudo realizado também com adolescentes em Curitiba, em que 65,7% já haviam tido relação sexual. Dentre os que tiveram, 93,75% afirmaram ter relações sexuais apenas com um (a) parceiro (a) fixo (a), dessa forma, corrobora com o mesmo estudo citado anteriormente, em que 76,1% também relataram ter um parceiro sexual fixo (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

### 3.3 Caracterização da violência sofrida e perpetrada

Para responder as questões referentes a VRI, solicitou-se aos participantes que selecionassem uma pessoa com a qual tivessem “ficado” ou namorado: 58,8% escolheram responder sobre a pessoa com quem estavam namorando ou “ficando”, 26,4% escolheram com quem haviam ficado ou namorado há menos de um ano e 14,7% selecionaram a pessoa com quem haviam ficado ou namorado há mais de um ano, nenhum participante respondeu sobre quem estavam noivos ou casados ou alguém de quem já foi noivo ou casado.

Em relação à idade do parceiro selecionado, eles eram mais velhos em 64,7% das relações, 23,5% têm ou tinham a mesma idade que o parceiro e 11,7 % eram mais novos. Houve predomínio de relações heterossexuais (79,4%).

Quando questionados sobre a frequência de discussões ou brigas com os parceiros, a maioria dos adolescentes relataram discutir ou brigar poucas vezes (38,2%) ou nunca (32,3%), 23,5% disseram que isto ocorria muitas vezes e 5,88% sempre. A tabela 2 apresenta o percentual e os tipos de violência sofrida e perpetrada pelos adolescentes em suas relações de intimidade.

Variáveis	N	%
<b>Foram vítimas de violência</b>		
Sim	15	44,12
Não	19	55,88
<b>Tipo de violência sofrida</b>		
Física	2	13,33
Psicológica	13	86,67
Sexual	0	0
<b>Perpetraram violência</b>		
Sim	13	38,24
Não	21	61,76
<b>Tipo de violência perpetrada</b>		
Física	1	7,69
Psicológica	12	92,31

Tabela 2 - Caracterização da violência sofrida e perpetrada pelos adolescentes em suas relações de intimidade. Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2019.

Dos 34 participantes, 44,12% relataram ter sido vítima de pelo menos um tipo de violência e 38,24% relataram ter perpetrado no mínimo um tipo (Tabela 2), esses percentuais encontram-se mais elevados que os de um estudo realizado em Recife, onde 19,2% dos adolescentes foram vítimas de violência e 22,7% agrediram seus parceiros (BESERRA *et al*, 2015). Entretanto, o estudo de Brancaglione e Fonseca (2016), realizado em Curitiba, obteve um valor ainda mais alto, 90,1% foram agredidos e 91% perpetraram a violência, essa discrepância pode ter se dado devido a quantidade da amostra ser pequena em relação a esse estudo.

A violência psicológica foi a mais prevalente em ambas as situações, seguida da violência física, não havendo casos de violência sexual. Em outros estudos a violência psicológica também se apresenta como a mais prevalente, dentre esse estudo, um identificou que 80,6% referiram sofreram violência psicológica, e em relação à perpetração da mesma, 75,0% a praticaram (GOMES, 2017). É importante destacar que em alguns casos foi sofrido e perpetrados simultaneamente a violência física e psicológica.

O estudo apresentou algumas limitações como o tamanho da amostra, que é considerada pequena, outra limitação é que os participantes talvez tenham dificuldade em reconhecer as situações de VRI, pois essa é uma temática pouco abordada com esse público, o que fez com que os mesmos não identificassem a violência sofrida e/ou perpetrada.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência nas relações de intimidade é um fenômeno frequente, fazendo parte também da realidade de adolescentes de ambos os sexos e diferentes classes sociais e orientação sexual, possuindo elevada magnitude e gravidade. Esse estudo identificou que a violência física e psicológica foram as que mais acometeram os participantes em suas relações de intimidade, posto isso, faz-se necessário a promoção de estratégias que estimulem a reflexão acerca da naturalização da violência nas relações de intimidade, para que a violência possa ser prevenida e identificada.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de outras pesquisas com amostras maiores que abordem esta temática voltada para este público alvo, e que além de identificar a prevalência da VRI, busquem compreender melhor os fatores de riscos e a dinâmica de relacionamentos abusivos, como também a percepção dos adolescentes em relação a violência sofrida e perpetrada.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 02 set. 2020.

BESERRA, Maria Aparecida *et al.* Prevalência de Violência no Namoro entre Adolescentes de Escolas Públicas de Recife/Pe: Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 7, p. 91-99, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000700010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000700010&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em: 02 set. 2020.

BRANCAGLIONI, Bianca de Cássia Alvarez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Violência por parceiro íntimo na adolescência: uma análise de gênero e geração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 946-955, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000500946&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000500946&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 02 set. 2020.

CARIDADE, Sônia; MACHADO, Carla. Violência nas relações juvenis de intimidade: uma revisão da teoria, da investigação e da prática. **Psicologia**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 91-113, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492013000100006&lng=pt&rm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492013000100006&lng=pt&rm=iso)>. Acesso em 14 ago. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Editora Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

GOMES, Lucélia Filipa Rodrigues. **Violência no namoro na adolescência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4531/1/LuceliaFilipaRodriguesGomes%20DM.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Populações residentes estimadas, segundo municípios: Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/pesqueira.html>. Acesso em: 02 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; NJAINE, Kathie. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4c6bv>. Acesso em: 02 set. 2020.

MONTEIRO, Ana Sofia Carvalho. **Avaliar atitudes para prevenir comportamentos: As atitudes do jovens universitários acerca da violência no namoro**. 2015. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, 2015. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83267/2/120463.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.academia.edu/download/34165228/65818661-Relatorio-Mundil-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

SANTOS, Joana Catarina Serralha Manaia dos. **Conceções e perceções dos jovens em função do género.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2013. Disponível em: <https://repositorio.esenfnc.pt/private/index.php?process=download&id=23932&code=806>. Acesso em: 02 set. 2020.

## COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*Data de aceite: 01/12/2020*

*Data de submissão: 10/09/2020*

### **Francisca Marcia Costa Pereira**

Centro universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-Ceará, Atua como técnica em enfermagem no Hospital São Francisco, Crato-Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6571212033343381>

### **Maria Daniele Sampaio Mariano**

Centro universitário Doutor Leão Sampaio, Preceptora de estágio do curso de Enfermagem da Unileão, Juazeiro do Norte-Ceará; Docente e preceptora do curso técnico em enfermagem do Centro Educacional São Miguel-CESAM, Missão Velha- Ceará.

<https://orcid.org/0000-0003-4987-1213>

### **Jéssica Kari da Silva Gonçalves Saraiva**

Centro universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-Ceará, Docente do curso técnico em enfermagem do Centro Educacional São Miguel-CESAM, Missão Velha- Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5630518401875931>

### **Vânia Barbosa do Nascimento**

Faculdade de Medicina do ABC - FMABC – Santo André, São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-4534-024X>

### **Halana Cecília Vieira Pereira**

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) e Estácio – FMJ – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. Doutoranda da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André, São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-8049-1994>

**RESUMO:** A violência doméstica pode ser entendida como qualquer ato ou omissão que, em relação ao gênero, resulte em dano físico, psicológico, sexual, patrimonial ou moral. O objetivo foi compreender a vivência das mulheres em situação de violência. Adotou-se uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com 10 mulheres que viviam situações de violência e decidiram denunciar ou não o companheiro, atualmente em acompanhamento no Centro de Referência da Mulher - CRM da cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, onde os dados foram obtidos por meio de gravação, foram transcritos na íntegra na forma de texto, garantindo seu sigilo e anonimato. A pesquisa atendeu à Resolução brasileira nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A coleta de dados foi realizada após autorização da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho (SDEST) e o projeto foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (Unileão), com parecer nº 2.354.192. Os resultados constataram que os participantes vivenciaram algum tipo de violência por muito tempo antes de fazer a denúncia e mesmo poderem buscar ajuda, enfrentaram muitas dificuldades, entre elas o medo de morrer principalmente e a vergonha de expor a situação. A violência psicológica foi o tipo mais prevalente nas falas das mulheres. Assim, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam a violência como um problema de saúde pública que extrapola todas as dimensões das relações sociais. A pesquisa evidenciou a complexidade

do tema e a necessidade de desenvolver políticas e serviços que proporcionem proteção integral às mulheres em situação de violência, considerando seus aspectos jurídicos, sociais, econômicos e de saúde.

**PALAVRAS - CHAVE:** Violência, Saúde Pública, Processo Saúde-Doença.

## UNDERSTANDING THE EXPERIENCE OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

**ABSTRACT:** Domestic violence can be understood as any act or omission that, regarding gender, results in physical, psychological, sexual, patrimonial or moral damage. The aim was to understand the women's experience in violence situations. An exploratory descriptive research with a qualitative approach was adopted. The study was carried out with 10 women who faced violence situations and decided to denounce or not their partner, currently being accompanied by the Women's Reference Center - CRM in the town of Juazeiro do Norte, Ceará, Brazil. A semi-structured interview script was used, where the data were obtained through recording, were transcribed in full in text form, guaranteeing their secrecy and anonymity. The research followed Brazilian Resolution No. 466/12 by the National Health Council - CNS. Data collection was carried out after authorization from the Municipal Social Development and Labor Secretariat (SDEST) and the project was registered in the Research Ethics Committee (CEP) of the University Center Doctor Leão Sampaio (Unileão), with approval number 2,354,192. The results found the participants experienced some type of violence for a long time before making the complaint and even being able to seek help, they faced many difficulties, among them the fear of dying mainly and the shame of exposing the situation. The violence psychological was the type most prevalent in women's statements. Thus, it is necessary for health professionals to recognize violence as a public health problem that goes beyond all dimensions of social relations. The research showed the complexity of the theme and the need to develop policies and services that provide women in situations of violence with full protection, considering their legal, social, economic and health aspects.

**KEYWORDS:** Violence, Public Health, Health-disease Process

## 1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que está presente em todos os âmbitos da vida, ao longo de seu ciclo vital e pode se manifestar sob diferentes formas e diversas circunstâncias. Esse fenômeno se expressa principalmente, através da violência sexual, física, patrimonial, moral e psicológica, no entanto essas manifestações não se apresentam somente no corpo, pois nem sempre deixam marcas visíveis, o que repercute em toda vida social da mulher (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Os autores supracitados afirmam que dentre as diversas situações de violência das quais as mulheres são vítimas, destaca-se a violência doméstica, que se reporta a todas as outras formas de violência, onde essa mulher presencia os comportamentos dominantes praticados por seu companheiro no ambiente familiar.

A desigualdade de gênero é constituída por várias contradições da sociedade, que

ao longo da história vem colocando as mulheres como objetos de extrema subordinação, resultante de uma diferença de poder, força e dominação (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Para Sacramento e Rezende (2006), a preocupação com a violência hoje em dia é colocada como uma questão central, onde inúmeras causas são descritas como motivadoras do seu aumento. A violência doméstica está tão presente na vida social de determinadas famílias que passa a ser percebida como uma situação normal que não se caracteriza apenas por agressão física, mas também envolve a violência sexual e psicológica, que engloba as agressões verbais e humilhações que interferem na autoestima e na capacidade de reação da vítima, violando seu direito de liberdade e segurança.

No Brasil, está em vigor, a Lei Maria da Penha nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006, que visa coibir e eliminar todas as formas de discriminação, violência doméstica e familiar contra a mulher e punir os infratores. Mesmo assim com a existência da referida Lei há diferentes razões que impedem a mulher de recorrer à justiça, entre elas pode-se destacar: o medo do agressor, a vergonha, a dependência financeira e a punição leve, onde a última geralmente o autor do crime presta apenas serviços para a sociedade, o que para as mulheres violentadas causa muita indignação (OLIVEIRA; PAES, 2014).

Sabe-se que é necessário entender a violência contra a mulher como um grave problema de Saúde Pública, e que necessita da intervenção de vários setores sociais, tendo em vista a necessidade de amparo às mulheres violentadas. É essencial o processo de acolhimento, escuta e orientação profissional, livre de julgamentos ou valores morais, é importante ressaltar que haja um olhar criterioso perante a justiça para as penalidades contra o agressor.

Tal estudo mostra-se relevante por investigar as principais implicações no processo saúde-doença das mulheres violentadas, considerando que essa população na maioria das vezes omite as informações por sentir vergonha de se expor, por medo ou para simplesmente proteger seus agressores para que eles não sejam presos.

Assim, a pesquisa teve como objetivo investigar as principais implicações no processo saúde-doença em mulheres vítimas de violência doméstica com idade superior a 18 anos assistidas em um Centro de Referência da Mulher- CRM em Juazeiro do Norte-CE.

## **2 | MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de natureza descritiva exploratória com uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com mulheres vítimas de violência doméstica assistidas no Centro de Referência da Mulher- CRM na cidade de Juazeiro do Norte-CE.

O CRM é uma unidade pública que oferta serviço especializado e continuado a mulheres em situação de ameaça ou que tiveram violação de seus direitos, tais como:



violência física, psicológica, sexual, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc. com o objetivo de acolher essas mulheres vítimas de violência e contribuir para que elas conquistem a autossuficiência e resgatem a autoestima. Além de buscar construir um espaço para acolhimento dessas mulheres, fortalecendo os vínculos familiares priorizando a reconstrução de suas relações (BRASIL, 2011).

Primeiramente foi solicitada através de um ofício a autorização à Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho (SEDST) do município de Juazeiro do Norte-CE para realização da pesquisa em campo e posteriormente a essa autorização e aprovação do comitê de ética em pesquisa-CEP do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-UNILEÃO, foram coletados os dados. Para tanto, a pesquisa ocorreu no período entre fevereiro a novembro de 2017, sendo que a coleta de dados foi realizada em outubro conforme a aprovação do comitê de ética.

A população da pesquisa foi composta por mulheres vítimas de violência doméstica assistida pelo CRM supracitado. Até outubro de 2017 existiam 500 mulheres cadastradas no CRM, porém a amostra foi composta apenas por 10 delas, sendo a dificuldade de retorno por parte das mulheres à instituição a principal causa para um número tão pequeno da amostra. Uma vez que o medo do agressor e a vergonha diante da família são pontos chave para não continuarem o acompanhamento multiprofissional oferecido pela referida instituição, além daquelas que não se incluíam na pesquisa como será descrito posteriormente. Deste modo, os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturada por aquelas que aceitaram contribuir com a pesquisa.

O critério de inclusão para que os dados fizessem parte da amostra desse trabalho, foram as mulheres que sofreram violência doméstica com idade superior a 18 anos, que tinham condições de verbalizar e que aceitaram participar da pesquisa através da leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida a assinatura do Termo de Consentimento Pós Esclarecido (TCPE).

Foram excluídas da amostra as mulheres que não apresentavam pleno exercício de suas faculdades mentais, aquelas que viessem a desistir em algum momento da pesquisa, as que não se encontravam na faixa etária estudada e não estiveram na unidade nos dias de coleta. A psicóloga e a assistente social do CRM depois de seus acolhimentos referente à instituição abordavam cada mulher de forma individual sobre a pesquisa, convidando-as a participar.

Depois do aceite da pesquisa e assinatura do termo, iniciou a entrevista de forma individualizada, sendo garantida às mulheres uma cópia do TCLE e TCPE devidamente assinados pela pesquisadora e pela entrevistada. Foram disponibilizados às participantes nomes de sentimentos que irão identificá-las, mantendo, assim, o sigilo de sua identidade. Esses nomes foram dados pela pesquisadora conforme o sentimento expresso pelas mulheres durante a entrevista.

Foi realizada a visita no CRM no horário da tarde durante dois dias na semana,

segunda e terça-feira, haja vista que o atendimento nesta instituição é de segunda à sexta-feira, mas eram os únicos dias que a pesquisadora tinha disponível para realização da entrevista. Deu-se preferência ao momento em que estas mulheres já haviam recebido as orientações por parte dos profissionais da instituição para que não houvesse prejuízo na assistência das mesmas.

A fim de verificar a operacionalidade do instrumento da coleta de dados foi realizado um pré-teste. O pré-teste foi aplicado no CRM da cidade do Crato-CE onde a amostra foi composta por 5 mulheres que aceitaram participar da pesquisa. Através deste teste, foi possível perceber que as perguntas e respostas tinham condições de atender aos objetivos propostos e que não houve necessidade para ajustes, permitindo assim que o roteiro de entrevista pudesse ser utilizado para a realização da coleta de dados.

Para o desenvolvimento dos dados coletados foi adotado o método de análise de conteúdo, onde os relatos das participantes foram lidos minuciosamente com o objetivo de encontrar as “Ideias Centrais”, sendo apresentadas no texto e ilustradas por fragmentos dos depoimentos para elucidação das ideias principais. Os dados coletados foram analisados e interpretados sob a ótica da literatura científica que fundamenta a temática. Foram criados pseudônimos para identificação simbólica das mulheres, sendo atribuídos a elas nomes de sentimentos.

A pesquisa seguiu os padrões estabelecidos pela Resolução nº 466/12 pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, do ministério da saúde - MS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A coleta de dados só foi efetivada somente após autorização da Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho (SDEST) do município, através do Termo de Anuência, posteriormente o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, em seguida encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (Unileão), para apreciação, análise e validação dos dados conforme os princípios da bioética, o qual recebeu parecer de aprovação sob o número 2.354.192.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Neste estudo foram analisadas as falas de mulheres vítimas de violência doméstica assistidas no Centro de Referência da Mulher- CRM na cidade de Juazeiro do Norte-Ce. As respostas contidas nas entrevistas estão organizadas e articuladas a interpretação desses dados através do confronto com o referencial teórico pertinente ao estudo. Foram entrevistadas 10 mulheres, onde as mesmas foram identificadas por nome de sentimentos. Na análise das respostas emergiram seis categorias de discussão, que a seguir estão relacionadas.

### 3.1 A percepção das mulheres sobre o que é violência

Sobre a percepção e definição da violência vivida, as entrevistadas que vivenciaram algum episódio de violência não conseguem perceber o quanto é diverso o ciclo da violência e a sua gravidade. No entanto as respostas das mulheres que mais reconhecem o que é a violência e a situação vivida como violenta, destacaram-se apenas aquelas cometidas por agressões físicas, sugerindo que estes seriam os mais identificados como violentos por elas.

Dessa forma, ao questioná-las sobre o que entendem por violência, responderam da seguinte forma:

[...] violência é quando uma pessoa bate em outra, maltrata, é ignorante, chega até a matar a mulher às vezes [...] (Gratidão).

Violência é um ato de covardia que uma pessoa comete sobre outra [...] (Coragem).

É espancamento, é bater é... Tudo né? Bater, espancar (Desesperança).

Através das respostas, é notória a vaga compreensão das mulheres sobre violência, e isso pode se revelar como uma forma de aprisionamento através de sentimentos de humilhação e vergonha que sentem delas mesmas diante da situação que vivenciam. Nesse sentido as mulheres vítimas de violência apresentam pouca percepção a respeito do que é viver em situação de violência, pois não sabem reconhecer o ato em quaisquer situações de agressão. E que o cotidiano dessas mulheres é envolvido de constantes conflitos de submissão, menosprezo, solidão e humilhação (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

### 3.2 Principais manifestações que as mulheres apresentaram após sofrer violência

Essa categoria contextualiza sobre os agravos à saúde das mulheres após o ato de violência. É perceptível que são diversas as formas de manifestações de violência que compromete a qualidade de vida dessa população. Consequências claramente percebidas, quando se observa os depoimentos das participantes a seguir:

Eu comecei a sentir muita dor de cabeça [...] muito medo [...] tive depressão [...] (Fé).

Um medo muito grande e uma gastrite muito agressiva (Coragem).

[...] Entrei numa depressão profunda porque achei que o mundo tinha acabado naquele dia (Desânimo).

Diante das falas descritas acima pode-se perceber que a violência quando não se apresenta como um caso fatal, muitas vezes, deixa sequelas de alta gravidade, o que

causa, dessa forma, repercussões nos índices de morbidade podendo trazer grandes prejuízos à saúde da mulher.

De acordo com Guedes, Silva e Fonseca (2009), as mulheres vítimas de violência têm sua saúde fragilizada, desde suas formas mais sutis, até suas manifestações mais visíveis. Esses sintomas podem levar ao aparecimento de doenças psicossomáticas, como o estresse pós- trauma, ansiedade, alterações gastrintestinais, fobias, pânico e a depressão, que é considerada a mais comum dos transtornos desenvolvidos (LEITE et al., 2016).

### **3.3 A importância do apoio psicológico diante desse fenômeno**

Com a análise da pesquisa percebeu-se que o atendimento psicológico para as mulheres que sofrem ou sofreram agressões é de fundamental importância uma vez que busca auxiliar as mulheres a saírem da situação de violência e ajudá-las a se recuperarem dos possíveis danos emocionais ocasionados pela violência.

Quanto aos resultados sobre a importância do apoio psicológico, todas as mulheres afirmaram ser importantes e necessárias para sair ou enfrentar tal situação, as quais foram evidenciadas nas falas:

[...] os profissionais foram muito atenciosos comigo e me oferecem ajuda necessária, é muito bom conversar com a psicóloga ela me traz paz (Receio).

A psicóloga e os outros me ajudaram muito, mais sei que depende muito de mim também né? [...] (Raiva).

Os relatos evidenciam o quanto a violência sofrida por mulheres gera sofrimentos psíquicos e grandes impactos emocionais. Por isso a satisfação de participar das reuniões nos Centros de Referência da Mulher (CRM), como busca por apoio psicossocial é uma forma de encorajamento para o rompimento com o ciclo da violência. É dessa forma que a mulher vem conquistando espaços e coragem para sair da situação de violência, pois existe esta rede de apoio para dá suporte a suas decisões.

Ao se tratar das consequências que a violência traz para sua saúde e de como as mulheres percebem a gravidade do caso, é percebido na busca por ajuda no serviço de saúde não apenas para a resolução dos agravos físicos, mas, principalmente, para os de caráter psicológico (LETTIERE; NAKANO, 2011).

### **3.4 Vivenciando a denúncia contra o agressor**

Algumas mulheres que sofrem violência doméstica têm contribuído de maneira satisfatória para livrar-se de um sentimento de angústia e baixa autoestima. Diante disso as mulheres entrevistadas relataram vários os motivos que as fizeram denunciar seus agressores, como identificado nas falas, a seguir.

[...] não deixaria essa situação passar sem denunciá-lo (Desanimo).

Sim, fiz porque eu tinha medo da reação dele quando ele voltasse a me ver, ele podia reagir da mesma forma quando ele me viu da última vez (Medo).

Percebe-se através das falas das participantes acima, que há vários motivos pelos quais as mulheres tem o desejo de realizar a denúncia contra seu agressor como, por exemplo, o desgaste físico e emocional.

Portanto, das entrevistadas, cinco mencionaram que não realizaram a denúncia contra seu agressor. Quando indagadas a respeito do por que não ter realizado a denúncia, obtiveram-se as seguintes falas:

[...] ele falou que se chegar um dia eu denunciasse quando ele chegasse ele me matava, aí eu não quero morrer (Solidão).

Não denunciei, porque sempre que eu falava em denunciar, ele sempre diz que da cadeia ele saia um dia e quando saísse me matava (Desesperança).

Como se percebe, as motivações para a falta de denúncia contra o agressor são das mais variáveis, sendo que a principal consequência dessa ausência de atitude da mulher é a continuação do sofrimento que a acaba prejudicando mais do que se preferisse dar um fim a essa situação.

As autoras Oliveira e Paes (2014), enfatizam que o medo que as mulheres têm de realizar a denúncia na maioria das vezes vem de ameaças feitas pelo agressor, que são violências anunciadas, mas nem sempre são levadas a sério. É preciso ter coragem de denunciar o agressor. Uma atitude correta pode proteger a vítima de futuras agressões e servir de exemplo para tantas outras que ocultam seu sofrimento.

Este medo é o principal motivo da violência contra a mulher ainda ser mascarada no Brasil, o que reflete a pequena parcela de denúncias sobre a violação sofrida.

### **3.5 A importância da família para o enfrentamento do problema**

Percebe-se que o contexto familiar é um fator que pode proteger, uma vez que a família atua com fator externo e que leva à reconstrução diante do sofrimento e é a influência que pode melhorar ou alterar a resposta dela frente ao ato violento.

Sendo assim, as entrevistadas referiram em suas falas quando perguntadas sobre a importância da família:

Meus filhos são os que mais me ajudam, porque presenciam junto comigo (Medo).

Muitos familiares me ajudam dando apoio para sair dessa vida só não ajuda mais porque tenho vergonha de falar para eles (Receio).

As falas descritas acima evidenciam a representatividade que a família tem diante dessas mulheres, onde o apoio familiar cria um elo entre a relação de violência e a tomada de decisão, pois essa relação influencia em todo o social.

Diante do ciclo violento ao qual a mulher está inserida a busca por ajuda, na maioria das vezes, ocorre inicialmente na família e nos amigos, vistos como forma de protegê-las da situação de violência, principalmente quando essa ajuda visa o cuidado para com as mulheres e também a ajuda financeira (LETTIERE; NAKANO, 2011).

As falas registradas na análise dessa pesquisa nos apontam para uma discussão ainda mais complexa, ou seja, o acompanhamento dos casos como um fator essencial no atendimento integral às mulheres. Pois a vivência da violência envolve uma gama de sentimentos, muitas vezes ambíguos e contraditórios. As vítimas vivem entre o medo, a raiva, a indignação e a surpresa em relação à reação agressiva do companheiro. Portanto apoio e proteção são fundamentais no processo da ruptura do ciclo de violência, para fortalecer as mulheres na construção de novas perspectivas e reconstrução de suas vidas.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar a caminhada percorrida durante este estudo, foi possível perceber e compreender que a violência sofrida pelas mulheres em suas múltiplas formas de expressão fizeram de sua existência uma verdadeira via crucis de sofrimento, em função da mais absoluta dominação que desencadeou na desestruturação da própria vida e da família, e culminou no ato da violência extrema: a ameaça à vida.

Dessa forma a violência doméstica contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública que precisa ser reconhecido e enfrentado, tanto pela sociedade como pelos órgãos governamentais, através da criação de políticas públicas que visem contemplar sua prevenção e combate, assim como o fortalecimento das redes de apoio à vítima já existente. É necessário que este fenômeno não seja compreendido apenas em nível individual e privado, mas sim como uma questão de violação dos direitos humanos, pois, além de afrontar a dignidade da pessoa humana, impede o desenvolvimento pleno da cidadania da mulher.

Considerando os limites desta pesquisa, sobretudo pelo fato de se tratar de um estudo embasado na literatura e acompanhado de pesquisa de campo, em que o número de participantes não foi tão representativo, é importante que as pesquisas continuem, de modo a dar mais visibilidade à violência doméstica contra as mulheres e contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema.

É preciso ampliar também o debate acerca da violência contra a mulher dentro dos serviços de saúde, para que os profissionais possam compreender esse fenômeno e utilizar dos recursos disponíveis para lidar com as consequências da violência sofrida, promovendo a visibilidade dos agravos provocados, dando ênfase ao empoderamento para

essas mulheres.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Norma regulamentadora de Pesquisa com seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08-03-2017.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009 jul-set;13(3):625-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>. Acesso em: 03-03-2017.

LEITE, Franciele Marabotti Costa; SILVA, Aline Cristina Araujo; BRAVIM, Larissa Regina; Fabio Lucio Tavares4, PRIMO, Candida Caniçali; LIMA, Eliane de Fátima Almeida. **Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 6):4854-61, dez., 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30044>. Acesso em: 13/10/2017.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó. **Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento**. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(6):[08 telas] nov.-dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_20.pdf). Acesso em: 15/10/2017.

OLIVEIRA, Gabriela Cristina Costa de, PAES, Maione Silva Louzada. **Violência de gênero contra a mulher: a vivência deste fenômeno**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V. 7 - N. 1 - Jul./Ago. 2014. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v7/05-violencia-de-genero-contra-a-mulher-a-vivencia-deste-fenomeno.pdf>. Acesso em: 03-02-2017.

SACRAMENTO, Livia de Tartari e; REZENDE, Manuel Morgado. **Violências: lembrando alguns conceitos**. Aletheia, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009). Acesso em: 02/04/2017.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia; LIMA, Gabriela Quadro de. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas**. Pensando fam. vol.17 no.1 Porto Alegre jul. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007). Acesso em: 19/05/2017.

# CAPÍTULO 12

## CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E PREVENÇÃO DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/11/2020

### Vitória Araújo Mendes

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz- MA  
<http://lattes.cnpq.br/1307820836616902>

### Jhonata Gabriel Moura Silva

Universidade Federal do Maranhão  
Campestre do Maranhão - MA  
<http://lattes.cnpq.br/4308930073514807>

### Renata Pereira Almeida

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz- MA  
<http://lattes.cnpq.br/0269557211491994>

### Ismália Cassandra Costa Maia Dias

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz - MA  
<http://lattes.cnpq.br/5430922242923133>

**RESUMO:** O objetivo desta pesquisa foi traçar um perfil do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre os principais teratogênicos, e possíveis ações de prevenção para malformações congênitas. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 11 Enfermeiros atuantes na APS, município de Imperatriz, entre março e junho de 2020. Os dados foram coletados por meio de questionário objetivo, estruturado e compartilhado através da ferramenta *Google forms* por e-mail e *WhatsApp*. Os dados obtidos

foram analisados de forma descritiva. Dos 11 enfermeiros vinculados à APS, 54,5% definiram corretamente o que são anomalias congênitas, 36,4% indicaram que a tetraciclina não é um medicamento capaz de teratogênese, 90,4% dos profissionais sabiam que o álcool é capaz de causar síndrome alcoólica fetal, fissuras palpebrais, defeitos cardíacos e deficiência intelectual; entretanto, apenas 3% identificaram o vírus do HIV como possível teratogênico. 9% dos profissionais associaram corretamente as malformações características da Toxoplasmose, 55% não consideraram a alimentação como fator de risco, nem a suplementação alimentar como fator de prevenção contra anomalias.

**PALAVRAS - CHAVE:** Atenção Primária; Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Anormalidades Congênitas; Perigos Teratogênicos.

### NURSES KNOWLEDGE RELATED TO DEVELOPMENT AND PREVENTION OF CONGENITAL ABNORMALITIES IN PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT:** The objective of this research was to outline a profile of the knowledge of nurses in Primary Health Care about the main teratogens, and possible preventive actions for congenital malformations. Descriptive study with a quantitative approach, conducted with 11 nurses working in PHC, municipality of Imperatriz, between March and June 2020. Data were collected through an objective questionnaire, structured and covered by the Google Forms tool by email and WhatsApp. The data obtained were descriptive. Of the 11 nurses linked to PHC, 54.5%



correctly defined what are congenital anomalies, 36.4% indicated that tetracycline is not a drug capable of teratogenesis, 90.4% of professionals knew that alcohol is capable of causing syndrome fetal alcohol, eyelid fissures, heart defects and mental retardation, however, only 3% identified the HIV virus as a possible teratogenic. 9% of professionals correctly associated it with malformations characteristic of Toxoplasmosis, 55% do not consider food as a risk factor, nor food supplementation as a factor to prevent anomalies.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Prenatal Care; Nursing; Congenital Abnormalities; Teratogenic Dangers.

## 1 | INTRODUÇÃO

Definem-se anomalias congênitas (ACs) como malformações, defeitos ou alterações funcionais, estruturais, comportamentais ou metabólicas, de origem genética, ambiental, ou de etiologia desconhecida que ocorrem durante desenvolvimento fetal, sendo detectáveis durante a gestação, parto ou nascimento (OPAS, 2020).

No contexto gestacional, dentre as causas evitáveis associadas às malformações congênitas durante o pré-natal, evidenciam-se o rastreamento trimestral das infecções por citomegalovírus, rubéola e toxoplasmose, assim como a investigação de exposição prévia aos teratógenos ou agentes teratogênicos, que se configuram como qualquer substância, organismo ou agente físico capaz de induzir uma modificação na estrutura ou função do embrião, ocorrendo, na maioria, entre a terceira e oitava semana de gestação (PINHEIRO et al., 2013).

Apesar do embrião estar protegido pela placenta, alguns agentes infecciosos são capazes de transmissão vertical, gerando defeitos congênitos. A transmissão pode ocorrer por via ascendente através do canal cervical ou hematogênica; nesta última, há presença de microrganismos na circulação placentária, como bactérias, protozoários e vírus (COSTA et al., 2013).

Os bioagentes causadores da sífilis, toxoplasmose e rubéola são exemplos de teratogênicos capazes de desencadear implicações para a mulher e o conceito, durante a gestação, desde abortamento, morte intrauterina, óbito neonatal até sequelas graves nos recém-nascidos, como complicações neurológicas e cardiovasculares (MENDES et al., 2018). Desse modo, é importante avaliar e conhecer a soro prevalência de determinadas patologias durante o pré-natal (COSTA et al., 2013).

Além dos biológicos, há fatores químicos como álcool, nicotina, *cannabis*, talidomida, misoprostol, que também potencializam mecanismos desencadeadores de malformações congênitas, devido a diversidade de receptores na membrana e a ação destes agentes no processo embrionário, especialmente na organogênese (STEFANI et al., 2018).

A estimativa é que no mundo, cerca de 8 milhões de recém-nascidos nascem com um grave defeito ou malformação congênita, e aproximadamente 3 milhões morrem antes do quinto aniversário (OPAS, 2020). No Brasil, tais alterações representam a segunda

maior causa de morte de recém-nascidos menores de um ano de idade em todas as regiões do país, correspondendo a 22% dos óbitos infantis (GUIMARÃES et al., 2019). Na região Nordeste, no ano de 2018 houve 836.850 nascidos vivos, destes, 6.585 apresentaram algum tipo de malformação congênita (DATASUS, 2018).

Considerando as altas taxas e as graves consequências das anomalias congênitas é imprescindível o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação de fatores de risco, incluindo os reprodutivos ou a predisposição para doenças multifatoriais ou monogênicas, além de exposição à agentes teratogênicos, permitindo encaminhamento quando necessário, bem como acompanhamento dos pacientes afetados e suas famílias (VIEIRA, 2013).

A equipe de APS é composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro especialista em saúde da família e agente comunitário de saúde, podendo abranger cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

No âmbito da APS, a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 ampliou e sistematizou o cuidado direcionado à mulher durante o pré-natal, a partir da adesão de protocolos específicos, além disso, propiciou maior participação e autonomia ao profissional enfermeiro, cabendo a esse profissional realizar triagem e rastreamento de patologias por meio das consultas de enfermagem, sobretudo, proporcionando aos familiares a compreensão de quadros de malformações (quando houver), evitando interpretações equivocadas e rupturas nas relações com a equipe e dentro da família (ROECKER et al., 2012).

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo traçar um perfil do conhecimento dos enfermeiros da APS sobre os principais teratogênicos, reconhecimento de fatores de riscos e possíveis ações de prevenção de malformações congênitas.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O estudo foi realizado com 11 Enfermeiros atuantes na APS, Município de Imperatriz, Maranhão, no período de março a junho de 2020. O serviço conta com 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 28 destas localizadas na zona urbana e 9 na zona rural, e 46 Estratégias Saúde da Família (ESFs) (IMPERATRIZ, 2020; DATASUS, 2020).

Como critérios de inclusão tinham-se: ser enfermeiro da APS, trabalhar na zona urbana de Imperatriz e responder ao questionário integralmente. Excluíram-se: Quarenta e um profissionais enfermeiros que se recusaram a participar da pesquisa, não assinando ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de questionário objetivo, estruturado e

compartilhado através da ferramenta *Google forms* (MOTA, 2019). O instrumento incluiu 12 questões de múltipla escolha, com temáticas que contemplaram: I) definição e causas das anomalias congênitas; II) principais fármacos envolvidos na teratogenia, implicações clínicas e os defeitos congênitos associados à ingestão do álcool na gestação; III) relação entre fatores químicos e biológicos, tais como, cocaína, talidomida, ácido valpróico, rubéola, sífilis, citomegalovírus, respectivamente, e as disfunções no desenvolvimento embrionário e fetal; e IV) fatores de risco para malformações congênitas rastreáveis durante o pré-natal, as principais complicações desencadeadas pelo tabagismo nesse período, assim como as principais medidas de prevenção.

Diante do contexto da pandemia por COVID-19, assim como à adesão das medidas de etiqueta respiratória e distanciamento social, a coleta de dados ocorreu através do *e-mail* e *WhatsApp* de cada profissional (HORTA, MASCARENHAS, 2017).

Os dados obtidos foram armazenados em planilha do software Microsoft Excel® 2010, e a análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas e percentuais, apresentados em tabelas.

Em cumprimento aos aspectos éticos apresentados na resolução 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ciências Humanas e Sociais, este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com parecer de número 3.593.095.

### 3 | RESULTADOS

Dos 11 enfermeiros vinculados à APS no município de Imperatriz, 54,5% definiram corretamente o que são anomalias congênitas. Outros dados referentes ao conhecimento sobre as ACs estão apresentados na Tabela 1.

Dentre os pesquisados, 81,8%, marcaram como causas para as malformações congênitas os agentes teratogênicos, radiação, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e agentes infecciosos (Tabela 1). Apesar disso, 36,4% indicaram que a tetraciclina não é um medicamento capaz de teratogênese.

Temáticas	FA	FR%
<b>Causas das anomalias congênitas:</b>		
Radiação, Diabetes Mellitus gestacional, Idade materna, Infecções parasitárias	1	9,1
Agentes teratogênicos, Radiação, Diabetes Mellitus gestacional, Agentes infecciosos	9	81,8
Agentes teratogênicos, Infecção parasitária, má alimentação, Cardiopatias	1	9,1
<b>Agentes infecciosos associados a falhas no desenvolvimento embrionário e fetal:</b>		
Citomegalovírus	10	90,9
HIV	3	27,3
Rubéola	9	81,8
Sífilis	8	72,7
Toxoplasmose	11	100,0
<b>Sobre Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):</b>		
Tratamento da DMG: dieta balanceada com corte total dos carboidratos e prática de exercício físico	5	45,5
Hiperglicemia e as anomalias congênitas estão relacionadas porque quadro de diabetes pode gerar a hipóxia do embrião	3	27,3
Dentre os sintomas mais frequentes da Diabetes Gestacional sobressaem-se o cansaço, ganho de apetite, polaciúria, polidipsia	1	9,1
O IMC da gestante e os antecedentes familiares de Diabetes Mellitus são considerados fatores de risco para desenvolvimento de diabetes gestacional	2	18,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Tabela 1 – Análise percentual das respostas dos enfermeiros sobre os temas relacionados às anomalias congênitas. Imperatriz, MA, 2020.

Fonte: Pesquisa. FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.

Todos os enfermeiros marcaram a opção de que o álcool, cocaína, talidomida, ácido valpróico, e isotretinoína são agentes químicos associados a falhas no desenvolvimento embrionário e fetal. Já com relação a identificação de agentes infecciosos responsáveis por falhas no desenvolvimento as respostas foram mais diversificadas, com destaque para o reconhecimento de 100% para o agente causador da Toxoplasmose, enquanto apenas 3% identificaram o vírus do HIV como possível teratogênico. Quanto a Diabetes Gestacional,

45,5% dos profissionais marcaram corretamente a assertiva que cortar totalmente carboidratos não corresponde a conduta adequada diante dessa condição clínica, no entanto, poucos profissionais assinalaram a hipóxia do embrião e os sintomas da DMG (Tabela 1).

Sobre a compreensão dos agentes teratogênicos e as principais malformações causadas por eles, 90,4% dos profissionais relacionaram que o álcool é capaz de causar síndrome alcoólica fetal, fissuras palpebrais, defeitos cardíacos e retardo mental. Em seguida, as malformações causadas pelos agentes da Rubéola, Ácido Valpróico e Raio-X, foram relacionadas corretamente, respectivamente por, 36,3%, 27,7% e 27,2% dos enfermeiros pesquisados. É interessante destacar que apenas 9% dos enfermeiros relacionaram que hidrocefalia, calcificações cerebrais e microftalmia podem ser causadas pelo agente da Toxoplasmose.

Apesar de não reconhecerem corretamente quais as malformações típicas relacionadas a cada agente teratogênico, os pesquisados responderam que agentes infecciosos poderiam causar falhas embrionárias e fetais. Citomegalovírus, Rubéola, Sífilis e Toxoplasmose foram reconhecidos e marcados respectivamente por 90,9%, 81,8%, 72,7%, e 100% dos profissionais pesquisados. Contudo, a opção que apresentava o Vírus HIV foi assinalada por apenas 27,3% dos enfermeiros (Tabela 1).

Na perspectiva dos pesquisados, os fatores de riscos mais associados ao desenvolvimento de anomalias congênicas foram: Uso de álcool durante a gestação (100%), Idade materna (72,7%) e Histórico familiar de anomalia congênita (72,2%) (Tabela 2).

<b>Fatores de Risco</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Alimentação	5	45,5
Idade materna	8	72,7
Histórico familiar de anomalias congênicas	8	72,2
Uso de álcool durante a gestação	11	100,0
<b>Medidas de Prevenção</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Educação em saúde sobre agentes teratogênicos	9	81,8
Imunização	8	72,7
Interrupção do consumo de álcool, fumo e demais drogas	11	100,0
Realização de testes rápidos	9	81,8
Suplementação alimentar	5	45,5

Tabela 2 – Fatores de risco e medidas de prevenção relacionadas às anomalias congênicas, segundo enfermeiros da APS, Imperatriz, MA, 2020.

Fonte: Pesquisa de campo. FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.

Com relação às principais medidas de prevenção para malformações congênitas, os enfermeiros assinalaram a interrupção de álcool, fumo e demais drogas (100%); educação em saúde sobre agentes teratogênicos (81,8%); realização de testes rápidos (81,8%) e imunização (72,2%) (Tabela 2). A alimentação e a suplementação alimentar foi o fator de risco e a medida de prevenção menos assinaladas pelos enfermeiros (45,5%).

## 4 | DISCUSSÃO

A partir dos resultados coletados foi possível observar que os profissionais demonstraram dificuldades nas temáticas Alimentação como fator preventivo contra anomalias congênitas, condutas na Diabetes gestacional, sobre os medicamentos teratogênicos e alguns agentes infecciosos como responsáveis para defeitos embrionários e fetais, em especial o vírus HIV.

Nesse contexto, o Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco sugere que o profissional de enfermagem investigue o potencial risco gestacional, realize a orientação alimentar, incluindo a prescrição de suplementação, oriente a respeito de hábitos prejudiciais como uso de drogas lícitas e ilícitas, e, ainda seja capaz de prestar o devido cuidado diante de intercorrências na gestação, diabetes gestacional e Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2012).

Sobre as substâncias teratogênicas, Mendes et al. (2018) elencaram que álcool e o fumo associados aos agentes infecciosos, radiação e DMG são as principais causas das anormalidades congênitas.

Destaca-se que o álcool se caracteriza uma droga lícita, acessível e quando consumida no período gestacional pode acarretar graves problemas para o feto e posteriormente para o recém-nascido (RN), como a síndrome alcoólica fetal (SAF), responsável inclusive, por alterações neuropsiquiátricas (SOUSA; ROSS, 2015).

Por outro lado, os medicamentos também podem apresentar níveis de toxicidade tanto à gestante quanto ao feto, gerando risco teratogênico. Dessa forma, o enfermeiro precisa estar atento sobre as medicações prescritas, seus efeitos adversos e, sobretudo, orientar a gestante sobre a gravidade e os riscos da automedicação.

Uma pesquisa realizada na cidade de Fortaleza indicou que 96,6% das mulheres pesquisadas fizeram uso de pelo menos um medicamento durante a gestação, dentre as quais 35,6% expuseram-se a alto risco teratogênico, além de 11% relatarem automedicação (ROCHA *et al.*, 2013).

Dentre as temáticas abordadas no questionário observou-se que 45,5% dos profissionais apontaram a alimentação como um fator preventivo ou de risco, quando inadequada, para anomalias congênitas.

Nesse sentido, apesar do Ministério da Saúde (2013), recomendar a suplementação profilática com sulfato ferroso durante a gestação, a ingestão de alimentos enriquecidos

de ferro devem ser estimulados, no intuito de prevenir anemia ferropriva, e complicações relacionadas ao baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e parto prematuro.

De maneira semelhante, a suplementação alimentar do ácido fólico, anterior a gestação planejada, sobretudo, no primeiro trimestre contribui para formação do DNA/RNA e fechamento do tubo neural, evitando a ocorrência de defeitos congênitos nesse processo (LÉDA *et al.*, 2015).

Em contrapartida, as repercussões da DMG também estão associadas ao estado nutricional da gestante, dessa forma o reconhecimento do risco e complicações da Diabetes Mellitus pré-gestacional pelo enfermeiro (a) objetiva o controle glicêmico, por meio de uma dieta balanceada (MOREIRA, 2015; ALBRECHT *et al.*, 2019).

Quanto a correlação das malformações com os respectivos agentes teratogênicos, os entrevistados apresentaram dificuldade nessa associação, entretanto, reconheceram os principais agentes infecciosos envolvidos em falhas embrionárias e fetais. A análise dos resultados, permitiu destacar que apenas 27,3% dos profissionais associaram o HIV a alterações no desenvolvimento embrionário e fetal.

Diante disso, Lana e Silva (2010) relataram que a transmissão vertical do HIV se tornou a principal via de infecção em crianças. Apesar do Ministério da Saúde preconizar a solicitação do Anti-HIV no 1º e 3º trimestres (BRASIL, 2012). Destaca-se que o tratamento antirretroviral é eficiente na diminuição da transmissão vertical, mas alguns fármacos apresentam risco significativo de toxicidade e teratogenicidade materna e fetal, exigindo uma escolha terapêutica criteriosa (BRASIL, 2019).

Em referência, um estudo realizado no sul do Brasil constatou que 70% das gestantes com HIV foram diagnosticadas durante o pré-natal, e destas, 12,8% apresentaram complicações neonatais, tais como, morte neonatal, graus variados da síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, pneumonia, malformação anorretal, pé-torto congênito, lábio leporino e fenda palatina (KONOPKA *et al.*, 2010).

Desse modo, o enfermeiro deve estar atento e capacitado de maneira técnico-científica para acolher as gestantes, utilizando-se do Protocolo clínico de prevenção da transmissão vertical de HIV estabelecido pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2019).

Assim, realizar sorologias e testes rápidos, durante o pré-natal, pode ser um fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoce da gestante, bem como a adoção de medidas de intervenção que reduzam a transmissão vertical das doenças infectocontagiosas e suas complicações (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Dessa forma, Horovitz, Llerena Junior e Mattos (2005) elencaram ações governamentais voltadas à prevenção e monitoração de anomalias congênitas, das quais destacam-se: o Programa Nacional de Imunizações que além de consistir um dispositivo fundamental no combate a rubéola congênita, também contempla vacinas contra difteria e tétano (dT), coqueluche (dTpa), hepatite B e influenza (SIQUEIRA; *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, Amaral *et al.* (2011) relataram que os óbitos por causas evitáveis

de malformações congênitas envolvem intervenções, como, início precoce do pré-natal e assiduidade, educação em saúde das gestantes sobre fatores de risco durante a gestação, melhoria da prática clínica do pré-natal, incentivo a alimentação saudável, uso de ácido fólico e ferro, registro de informações das pacientes e promoção de planejamento familiar.

## 5 | CONCLUSÕES

Embora os dados não possam ser generalizados para toda a APS, estes são um recorte dos enfermeiros que trabalham na assistência a gestantes, responsáveis pelo pré-natal de baixo risco. Diante disso, os profissionais apresentaram conhecimento com relação às possíveis causas para anomalias congênitas, demonstraram capacidade em distinguir a Síndrome Alcoólica Fetal, suas características, além de associar alguns agentes químicos a falhas no desenvolvimento embrionário.

Entretanto, as temáticas relacionadas ao fator preventivo da alimentação, ao risco da suplementação alimentar inadequada, diabetes gestacional, HIV, e associação entre agentes teratogênicos e as respectivas malformações, foram as menos reconhecidas pelos enfermeiros no âmbito da APS.

Como limitações desta pesquisa, apontam-se: inexistência de um questionário padronizado para a avaliação do conhecimento dos profissionais sobre anomalias congênitas, a recusa dos enfermeiros em participar da pesquisa; além do contexto da pandemia por COVID-19 que impossibilitou a ida de forma presencial às Unidades Básicas de Saúde no período da coleta dos dados.

## AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. C. *et al.* **Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura.** *Journal Of Nursing And Health.* [S. L.], p. 1-20. mar. 2019.

AMARAL, E. *et al.* **A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the vigimoma project.** *Bmc Pregnancy And Childbirth, [S.l.],* v. 11, n. 1, p. 1-8, 22 jan. 2011. Springer Science and Business Media LLC.

ARAÚJO, E.C. *et al.* **Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil.** *Rev Pan-Amaz Saude* 2018; 9(1):33-39 – e-ISSN: 2176-6223.



BRASIL. Ministério da Saúde. **NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 32: ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. 32 ed. Brasília: Secretaria de Atenção À Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Sulfato Ferroso: Manual de condutas Gerais**. Brasília. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf). Acesso em: 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2019.

COSTA, *et al.* **Síndrome da Rubéola Congênita: revisão de literatura**. Rev Med Saude. 2013; 1 (2): 46 –57.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Rede assistencial, CNES – Equipe de Saúde: banco de dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeMA.def> Acesso em: 23 jul. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 08 de set de 2020.

GUIMARAES, A. L. S. *et al.* **Análise das malformações congênitas a partir do relacionamento das bases de dados de nascidos vivos e óbitos infantis**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 19, n. 4, p. 917-924, Dez. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292019000400917&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000400917&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 Jul. 2020.

HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA JR, J. C.; MATTOS, R. A. **Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, ago. 2005. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2005.v21n4/1055-1064/>. Acesso em: 27 set. 2020.

HORTA, D. S.; MASCARENHAS, M. P. **Aplicativo whatsApp como ferramenta de trabalho**. Revista Brasileira de Gestão e Engenharia. N.15. p 01-15.2017 Disponível em: <http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia>. Acesso em: 08 de set 2020.

IMPERATRIZ, Prefeitura de. **A cidade**. Disponível em: <https://www.imperatriz.ma.gov.br/portal/imperatriz/a-cidade.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.

KONOPKA, C. K. *et al.* **Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 184-190, Apr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 Set. 2020.

LANA, F. C. F.; SILVA, A. L. **Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 4, 2010.

LEDA, R. M. *et al.* **Prescrição de ácido fólico por ginecologistas no Distrito Federal para prevenir defeitos de tubo neural.** Com. Ciências da Saúde, Brasília, 26(3/4), p. 97- 104, Fev. 2015.

MENDES, I. C. *et al.* **Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão.** Revista Médica de Minas Gerais, Goiânia, v. 28, n. 1, p. 1-6, jun. 2018.

MOREIRA, M. I. S. **Diabetes Mellitus e o risco de malformações fetais.** 2015. 35 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, [S.l.], 2015.

MOTA, J. S. **Utilização do google forms na pesquisa acadêmica.** Revista Humanidades e Inovação v.6, n.12 – 2019.

OPAS/Brasil. DATAÉRIO/OMS Brasil, 2020. **Nascidos com defeitos congênitos: histórias de crianças, pais e profissionais de saúde que prestam cuidados ao longo da vida.** Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6117:nascidos-com-defeitos-congenitos-historias-de-criancas-pais-e-profissionais-de-saude-que-prestam-cuidados-ao-longo-da-vida&Itemid=820#:~:text=Anomalias%20cong%C3%AAnitas%20s%C3%A3o%20anormalidades%20que,seja%20poss%C3%ADvel%20identificar%20sua%20causa](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6117:nascidos-com-defeitos-congenitos-historias-de-criancas-pais-e-profissionais-de-saude-que-prestam-cuidados-ao-longo-da-vida&Itemid=820#:~:text=Anomalias%20cong%C3%AAnitas%20s%C3%A3o%20anormalidades%20que,seja%20poss%C3%ADvel%20identificar%20sua%20causa). Acesso em: 16 jul. 2020

PINHEIRO, A. P. A. *et al.* **Avaliação de teratógenos potenciais em grupo de gestantes assistidas em unidades do programa saúde da família.** Arq Ciênc Saúde, v.20, n.3 p. 83-7. 2013 Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-20-3/ID-540-20\(3\)-jul-set-2013.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-20-3/ID-540-20(3)-jul-set-2013.pdf). Acesso em: 07 set. 2020

ROCHA, R. S. *et al.* **Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, Jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 Set. 2020.

ROECKER, S. *et al.* **Demandas assistenciais frente à gestação e o nascimento de bebês com malformação.** Rev Enferm UFSC. v.2, n.2, p. 252-263. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/4614/3749>. Acesso em: 07 set. 2020

SIQUEIRA, J. P. *et al.* **Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da vacinação em gestantes: construção e validação de conteúdo de um instrumento.** Revista Cuidarte, [S.l.], v. 11, n. 1. 19 dez. 2019. Universidade de Santander - UDES.

SOUSA, P. H. L.; ROSS, J. R. **Fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica por gestantes em uma cidade do leste maranhense.** Rev.Interd. V. 8, N. 4, P. 144-151, Out. Nov. Dez. 2015.

STEFANI, R. R. *et al.* **Malformações congênitas: principais etiologias conhecidas, impacto populacional e necessidade de monitoramento.** Acta méd.(Porto Alegre), p. 155-184, 2018.

VIEIRA, D. K. R. *et al.* **Atenção em genética médica no SUS: a experiência de um município de médio porte.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 243-261, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 Jul. 2020.

# CAPÍTULO 13

## CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Data de aceite: 01/12/2020*

*Data de submissão: 27/10/2020*

### **Iara de Oliveira Pigozzo**

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora –  
Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9036627638062453>

### **Paula Melo Pacheco**

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora –  
Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2325468874350742>

### **Leidiléia Mesquita Ferraz**

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora –  
Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9716900254174496>

### **Áurea Cúgola Bernardo**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Minas  
Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/7137273911395387>

### **Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Minas  
Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8032123272413172>

### **Ana Claudia Sierra Martins**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Minas  
Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9350362171936942>

### **Eliana Amaro de Carvalho Caldeira**

Universidade Iguazu – UNIG - Nova Iguazu –  
Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/0257386338982871>

**RESUMO:** O Diabetes Mellitus é uma doença de origem metabólica e crônica, causada pela produção insuficiente ou pela má absorção da insulina, produzida no pâncreas, gerando um aumento da glicemia, com hiperglicemia persistente, levando a complicações graves, inclusive a morte. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) afeta tanto a mãe quanto o bebê, expondo-os a diversas complicações durante gestação, parto e puerpério, como o nascimento de fetos grandes para a idade gestacional e quadros de hipoglicemia neonatal. O que torna fundamental a atuação do enfermeiro junto a gestante desde a Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo teve por objetivo apresentar as atribuições do enfermeiro no rastreamento do DMG, no contexto da APS. Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, através da revisão bibliográfica, baseando-se em artigos científicos, livros, protocolos e manuais do Ministério da Saúde. Foi possível identificar neste estudo que o rastreamento do DMG deve ser realizado o mais precocemente possível, durante o acompanhamento do pré-natal, a partir da solicitação de exames, previamente estabelecidos em programas de saúde pública. A hiperglicemia pode ter intensidade variável, podendo persistir ou não após o parto, relacionado ao excesso de peso corporal entre mulheres na idade reprodutiva. Porém a idade e o excesso de peso foram os fatores preditivos para diabetes gestacional. O diagnóstico de DMG é baseado na análise dos dados antropométricos, como o cálculo do índice de massa corpórea, o metabolismo da glicose, o perfil lipídico e índice de resistência à insulina. Verificou-se que as

contribuições do enfermeiro no rastreamento do DMG, na Atenção Primária à Saúde são inúmeras, enfatizando a consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual e as suas atribuições voltadas para a prática educativa pautada no autocuidado, em que a gestante é aconselhada quanto aos riscos de complicações e agravos associados à doença.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermeiro; Diabetes Gestacional; Atenção Primária à Saúde.

## NURSES 'CONTRIBUTIONS IN THE TRACKING OF DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, IN PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT:** Diabetes Mellitus is a disease of metabolic and chronic origin, caused by insufficient production or malabsorption of insulin, produced in the pancreas, generating an increase in blood glucose, with persistent hyperglycemia, leading to serious complications, including death. Gestational Diabetes Mellitus (DMG) affects both mother and baby, exposing them to various complications during pregnancy, childbirth and the puerperium, such as the birth of fetuses large for gestational age and neonatal hypoglycemia. This makes it essential for nurses to work with pregnant women since Primary Health Care (PHC). The study aimed to present the nurse's duties in the screening of DMG, in the context of PHC. A qualitative research was carried out, through bibliographic review, based on scientific articles, books, protocols and manuals from the Ministry of Health. It was possible to identify in this study that the screening of the DMG should be performed as early as possible, during the prenatal monitoring, based on the request for tests, previously established in public health programs. Hyperglycemia can have variable intensity, which may or may not persist after delivery, related to excess body weight among women of reproductive age. However, age and excess weight were the predictive factors for gestational diabetes. The diagnosis of GDM is based on the analysis of anthropometric data, such as the calculation of body mass index, glucose metabolism, lipid profile and insulin resistance index. It was found that the nurse's contributions in the screening of the GDM in Primary Health Care are numerous, emphasizing the nursing consultation in the assistance of usual risk prenatal care and its attributions focused on the educational practice based on self-care, in which pregnant women are advised about the risks of complications and injuries associated with the disease.

**KEYWORDS:** Nurse; Gestational diabetes; Primary Health Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os integrantes da Equipe de Saúde da Família assistem a gestante durante o pré-natal conforme seu registro e habilitação técnica, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde que norteiam as ações na Atenção Primária à Saúde (CAMPAGNOLI; SILVA; RESENDE, 2019). Ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Obstétrica, no atendimento à gestante de risco habitual através pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde do Brasil, a qual originou a Rede Cegonha, a fim de garantir a atenção segura e humanizada às gestantes (BRASIL, 2011).

A prevalência do pré-natal adequado no Brasil foi de 80,6%. As maiores prevalências de pré-natal adequado segundo critérios de qualidade foram encontradas na região Sudeste

(86,3%), enquanto os menores foram encontrados na região Norte (69,5%) (MARIO et al., 2019).

Ocorre que a cobertura de consultas no pré-natal ultrapassou aos 90% das grávidas, sendo um pouco menor em mulheres com baixa escolaridade. Porém, apenas 80% das gestantes iniciaram o pré-natal antes dos 120 dias de gestação e realizaram pelo menos seis consultas, recomendadas pelo Ministério da Saúde a partir do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e reforçada pela Rede Cegonha (GOMES et al., 2019).

A Rede Cegonha apresenta critérios para encaminhamento de gestantes para serviços ambulatoriais de Gestação de Alto Risco. A classificação de risco gestacional foi definida como: alto risco, médio risco e baixo risco. As variáveis utilizadas para a classificação são a idade, situação familiar, escolaridade, hábitos, avaliação nutricional, antecedentes obstétricos e patologias de risco atual obstétrico e ginecológico, com destaque para a Doença Hipertensiva da Gestação e a Diabetes Gestacional, que representam riscos cirúrgicos (BRASIL, 2017).

O diabetes gestacional (DMG), na população atendida pelo SUS no Brasil, apresenta uma alta prevalência (5,4%) e fatores de risco importantes, tais como: idade da gestante (acima de 35 anos), ganho de peso na gestação (obesidade grau 1 e grau 2) e número de gestações (três ou mais). A idade e o excesso de peso foram os fatores preditivos para diabetes gestacional (SANTOS et al., 2020). Sua prevalência é de 3 a 25% das gestações, variando de acordo com a população avaliada e o critério diagnóstico utilizado (SBD, 2019).

A atuação do Enfermeiro na assistência à gestante foi possível com a criação do Programa Saúde da Família – PSF (1994), onde uma equipe multidisciplinar se responsabilizava pelas atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde de cerca de 1000 famílias cadastradas em uma área definida. Somado ao PSF, a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2006) propôs um protocolo assistencial com práticas adequadas para os profissionais integrantes das ESF se nortearem para uma assistência qualificada à gestante de baixo risco, baseada em evidências científicas. A Rede Cegonha, ao incorporar as ações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento fortaleceu a importância do pré-natal e parto respeitoso (BRASIL, 2017).

Desta forma presente estudo tem como questão norteadora: Como a participação do enfermeiro no pré-natal de risco habitual pode contribuir para o rastreamento do DMG, na APS. Portanto, diante dos dados relatados e da importância deste tema, o objetivo desse trabalho é: apresentar as atribuições do enfermeiro no rastreamento do Diabetes Mellitus Gestacional, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

O percurso metodológico adotado nesta pesquisa foi de natureza qualitativa, através da revisão bibliográfica, baseando-se em artigos científicos, livros, protocolos e manuais do Ministério da Saúde. Para construção do tema foram utilizados descritores específicos ao tema proposto: Enfermeiro; Diabetes Gestacional; Atenção Primária à Saúde que foram

cruzados entre si pelo boleano “AND” no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Os critérios de inclusão seguidos em um recorte temporal histórico dos últimos 5 anos artigos publicados em português e que estivessem disponíveis na íntegra e de forma gratuita na base de dados *Scientific Electronic Library Online*. Foram excluídos todos os materiais que não atenderam o objetivo do trabalho e que não estavam disponíveis de forma gratuita. Desta forma foram encontrados 35 artigos, sendo selecionados 12 textos científicos utilizados para a discussão. As demais fontes literárias, tais como: protocolos, diretrizes, publicações em anais e textos legislativos foram selecionados com base na temática selecionada.

O desenvolvimento foi dividido em três categorias, a saber: fisiopatologia do DMG, a importância do diagnóstico precoce do DMG e atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco para o rastreamento do DMG.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Fisiopatologia do Diabetes Mellitus Gestacional

O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico, compreendido como um problema de saúde pública, devido a sua manifestação crônica e ocorrência em grande escala. É causado pela produção insuficiente ou pela má absorção da insulina. A ausência parcial ou total desse hormônio pode causar o aumento da glicemia, provocando uma hiperglicemia persistente que pode levar a complicações como doença cardiovascular, nefropatia, retinopatia e polineuropatia diabética, em casos mais graves até a morte (BRASIL, 2020).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde revelou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de DM, sendo 7,0% no sexo feminino e 5,4% em homens (IGBE, 2014). Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (IDF), estabeleceu uma campanha mundial para estipular medidas para garantir a melhoria de vida da mulher diabética. Entre essas medidas estão: prestar atenção adequada e específica às mulheres, permitindo o acesso a medicamentos para tratamento, educação para autocuidado, planejamento pré-concepção para redução de riscos durante a gravidez e a realização de atividades físicas para garantir a melhoria de sua saúde (SBD, 2019).

O DM pode ser caracterizado como Tipo1 (T1), Tipo2 (T2) e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Diabetes Latente Autoimune do Adulto (LADA) e Diabetes Insípidos. Neste trabalho daremos ênfase nos DM T1 e T2, o DM T1, caracterizado pela baixa ou nenhuma produção de insulina. O aparecimento da doença ocorre geralmente na infância ou na adolescência, podendo acometer mulheres em idade reprodutiva. O Diabetes T2 é a forma mais comum de manifestação da doença, em que o organismo não utiliza de forma adequado à insulina produzida devido o excesso de glicose presente possuindo relação com o sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo, presença de níveis pressóricos e

triglicerídeos elevados, alimentação inadequada (BRASIL, 2020).

Durante a gravidez a mulher passa por inúmeras transformações hormonais em seu corpo para permitir o desenvolvimento fetal. A placenta produz o hormônio lactogênico placentário (HPL) a partir da segunda semana da implantação, elevandose gradativamente até a 36<sup>a</sup> semana. Possui funções prolactínicas, aumentando a insulina plasmática, a lipólise, os níveis de ácidos graxos livres e a neoglicogênese, fazendo com que o pâncreas faça adequações na produção de insulina (ZUCCOLOTTO et al., 2019).

O DMG afeta tanto a mãe quanto o bebê, colocando ambos em risco. O recém-nascido pode apresentar algumas complicações, tais como: macrossomia, sofrimento fetal, distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia, desequilíbrio no crescimento geralmente grande para idade gestacional (GIG). Para minimizar as consequências, é necessário um diagnóstico recente para que o início do tratamento ocorra o mais rápido possível (QUEIROZ; BERTOLIN; WERNECK, 2019).

A hiperglicemia presente em algumas gestantes pode ter intensidade variável, sendo diagnosticada como DMG, podendo persistir ou não após o parto. É o distúrbio metabólico mais frequente na gravidez com crescimento relevante relacionado ao excesso de peso corporal entre mulheres na idade reprodutiva (ZUCCOLOTTO et al., 2019).

## **2.2 A importância do diagnóstico precoce do DMG**

O padrão de rastreamento e o diagnóstico do DMG deve ser feito em todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal a partir da investigação pela glicemia em jejum, tendo como valor limítrofe o valor de 92mg/dl. Nos casos de valores superiores deve-se fazer o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) com 75 g de glicose, entre 24 e 28 semanas de gestação. É estabelecido o diagnóstico de DMG quando a glicemia em jejum for igual ou maior a 92 mg/dL, uma hora após a sobrecarga maior ou igual a 180 mg/dL e após 2 horas após 153 md/dL. A captação de gestantes para início imediato do pré-natal é de extrema importância para o diagnóstico precoce e início das intervenções adequadas (SBD, 2019).

Toda mulher com diagnóstico prévio de DM tipo 1 ou tipo 2 deve ser alertada da importância de um controle glicêmico antes da concepção. A Hemoglobina Glicada (HbA1c) deve ser inferior a 6,5%. É desejável a monitorização das glicemias capilares pré e pós-prandiais em todas as refeições (por sete dias), porém, o mais usual é a monitorização 1 hora pós-prandial, para melhor controle glicêmico e menor risco de pré-eclâmpsia. As mulheres que desenvolvem o DMG recomendam-se a monitorização da glicemia capilar quatro vezes ao dia. As metas da glicemia capilar na gestação são: em jejum de 12 horas inferior a 95 mg/dL; 1 hora pós-prandial inferior a 140 mg/dL e 2 horas pós-prandial inferior a 12 mg/dL (SBD, 2019).

Ocorre a definição do estado hiperglicêmico, mesmo apresentando níveis glicêmicos que não alcançam os critérios para o diagnóstico de Diabetes Mellitus em não grávidas, em



que a referência para o diagnóstico é de valores superiores a 126 mg/dL no jejum (SBD, 2015).

Os valores glicêmicos predominam dentro dos níveis de referência nas mulheres com faixa etária menor que 34 anos, observando o aumento desses valores, incluindo o Teste de Tolerância Glicose (TOTG), com o aumento da idade (FONTANA; POZZOBON, 2018). O DMG é uma complicação da gravidez, que oferece risco materno e fetal, promovendo o aumento nas taxas de mortalidade materna e neonatal (MASSA et al., 2015).

### **2.3 Atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco para o rastreamento do Diabetes Gestacional**

O enfermeiro é o profissional integrante da equipe de saúde, sendo uma profissão regulamentada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Destacam-se como ações privativas do enfermeiro no que refere ao pré-natal de risco habitual a consulta de enfermagem; a prescrição de cuidados assistenciais; a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames, previamente estabelecidos em protocolos dos programas de saúde pública da assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, dentre outros (BRASIL, 1987).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada na rede de atenção à saúde e envolve ações realizadas por uma equipe multidisciplinar que integra a Equipe de Saúde da Família formada por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Neste cenário, para se cumprir as ações da Política Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, o enfermeiro inicia o acolhimento da gestante e da sua família a partir da primeira consulta de pré-natal que deverá ser realizada dentro do primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2016).

O enfermeiro da APS atua na estratégia de promoção à saúde e na prevenção de doenças, sendo apto na elaboração do plano de assistencial de enfermagem da consulta de pré-natal, de acordo com as necessidades identificadas, seguidas das intervenções assistenciais para o rastreamento de alterações na gestação e encaminhamento a outros serviços de referência, pautado na interdisciplinaridade das ações (MARIO et al., 2019).

Na primeira consulta o enfermeiro realiza o cadastro da gestante no Sistema de Informação do Pré-Natal, faz a abertura da caderneta da gestante e a orienta-a como utilizá-la. Também deve ser apresentado o calendário de consultas e encontros de gestantes, com destaque para consultas mensais (até a 37ª semana), quinzenais (entre a 37ª a 40ª semana) e semanais (após a 40ª semana) (ALMEIDA et al., 2019).

Durante as consultas o enfermeiro elabora o histórico de enfermagem; a classificação de risco obstétrico; o exame físico tanto ginecológico e obstétrico; a solicitação e a análise dos exames, incluindo a investigação para a DMG seguido do encaminhamento da mulher para o pré-natal de alto risco se esta apresentar DMG ou outras comorbidades que se configure alto risco, contudo, preservando o acompanhamento na unidade de saúde de

origem (BRASIL, 2016).

O enfermeiro deve estar apto a observar os critérios utilizados para o diagnóstico do DMG. O grupo de estudos da Associação Internacional de Diabetes e Gravidez recomendam a análise dos dados antropométricos (cálculo do Índice de Massa Corpórea), metabolismo da glicose, perfil lipídico, função das células  $\beta$  e índice de resistência à insulina, sendo estabelecidos com base na ocorrência da Hiperglicemia e de resultados adversos da gravidez, sendo estes os critérios usados para determinar a DMG mundialmente (MIAO et al., 2020).

O tratamento poderá ser não farmacológico para a DMG e deve ser iniciado imediatamente a partir do diagnóstico, devendo orientar a gestante para o controle glicêmico diário, quando se espera a redução dos valores glicêmicos adequados até as duas semanas após o início das mudanças de hábito nutricional e comportamental, como a atividade física se não contraindicado. Caso não ocorra alteração dos valores glicêmicos é recomendado o início do tratamento farmacológico, em conformidade com a prescrição médica (BRASIL, 2016).

Em média cerca de 20% das gestantes portadoras da DMG precisarão utilizar a insulina Regular e a Intermediária, pois em alguns casos, somente as medidas não farmacológicas não são eficazes para o controle da DMG. Porém o uso da insulina pode e deve ser mantido nas mulheres que usavam antes da gravidez e deve ser iniciado nas mulheres sabidamente com DM do tipo 2 que já faziam uso de hipoglicemiantes orais, sendo assim os ajustes de doses serão baseados nos valores de glicemia e de acordo com a prescrição médica, sendo o monitoramento realizado no seu domicílio (SBD, 2015).

O enfermeiro poderá prescrever medicamentos conforme protocolo do Ministério da Saúde e fazer a solicitação de exames complementares, assim como oferecer o encaminhamento da paciente para outros serviços de saúde, se necessário, no contexto da Atenção Primária à Saúde (CORENSC, 2017).

Por meio da educação em saúde, durante o pré-natal, as ações de prevenção e promoção de saúde realizada pelo enfermeiro são pautadas na melhoria da qualidade de vida das gestantes portadoras do DMG, também sendo sua responsabilidade a capacitação da grávida diabética para a promoção do autocuidado (FEIJÃO; GALVÃO, 2007). Os grupos educativos são uma extensão das consultas o que possibilita o acolhimento, os exercícios nas formas de discussão e as conversas para a troca de conhecimento entre as participantes do grupo, de modo a respeitar as ideias apresentadas (LIMA et al., 2019).

A participação da família e do companheiro nas práticas educativas se faz necessário para apoiar a gestante em seu dia-a-dia no preparo de uma alimentação apropriada, com baixo consumo de carboidratos e gorduras, e adesão a uma dieta equilibrada, rica em frutas e hortaliças no seu cardápio diário, dentro da sua realidade socioeconômica, auxiliando-a no controle glicêmico (PUGGINA, 2016).

A recomendação de prática de atividade física deve ser criteriosa e acompanhar a

história patológica progressiva (HPP) da gestante, promovendo o bem estar, a redução de peso, o controle glicêmico e a redução das chances de complicação durante o parto. Neste sentido, é contraindicado o exercício físico para as portadoras de hipertensão na gestação, o sangramento uterino, para aquelas com risco de trabalho de parto prematuro e com restrição do crescimento uterino (GOULBERT et al., 2019).

Para uma intervenção satisfatória, o enfermeiro deverá estar atento para um cuidado humanizado, a partir de uma escuta qualificada eficaz, o que poderá favorecer o contato direto e constante com a gestante, adotando condutas de autoconfiança durante toda a gestação, possibilitando a uma atitude proativa no seu autocuidado para um resultado positivo no tratamento clínico medicamentoso e nutricional para o DMG (ALMEIDA et al., 2019).

A gestante deverá ser orientada quanto aos riscos de complicações e agravos associados à DMG, tais como: dor em baixo ventre, doença hipertensiva que surge na gravidez, corrimento vaginal com odor, dor de cabeça, dificuldade respiratória e infecção do trato urinário. Entre as doenças pré-existentes, inclui a hipertensão arterial, que é a doença mais prevalente nas gestantes antes da gravidez atual, seguida de hábitos sociais como o tabagismo, antecedentes de asma e hipotireoidismo (QUEIROZ, BERTOLIN, WERNECK, 2019).

O monitoramento rigoroso e o diagnóstico precoce da DMG são artifícios decisivos para o desenvolvimento de uma gestação saudável, o que culmina na melhora da qualidade de vida e na redução dos riscos materno e fetal, quando a paciente adere ao tratamento proposto (MATTOS et al., 2018).

Torna-se necessário que os enfermeiros estejam preparados para acolher as portadoras da DMG, promovendo a integralidade do cuidado, para que haja melhoria nas estratégias de saúde, com o controle da doença, reforçando a importância do enfermeiro na sistematização do cuidado realizada na consulta de enfermagem no pré-natal de risco habitual (SANTOS et al., 2016).

### **3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O DMG é um distúrbio hormonal e metabólico causado pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, o hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. É caracterizado como Tipo1, Tipo2 e Diabetes Mellitus Gestacional, Diabetes Latente Autoimune do Adulto e Diabetes Insípidos.

As atribuições do enfermeiro no rastreamento do Diabetes Mellitus Gestacional, no contexto da Atenção Primária à Saúde se iniciam na consulta de enfermagem durante a assistência ao pré-natal, para o rastreamento da doença entre as gestantes. E através da prática educativa é fortalecido o conceito de autocuidado, em que a gestante é aconselhada quanto aos riscos de complicações e agravos associados à doença, necessitando do seu

envolvimento para o sucesso no tratamento.

Outros fatores importantes a serem trabalhados são a idade e o excesso de peso por serem fatores preditivos para o DMG, uma vez que os padrões alimentares estão diretamente relacionados com a saúde. Porém, a abordagem da enfermagem juntamente com a prática educativa de padrões alimentares e medida da glicemia pré e pós-prandial é mais abrangente.

Na APS o enfermeiro realiza a visita domiciliar sendo possível a busca ativa de novas gestantes, possibilitando a sua captação e o início precoce do pré-natal, além do seu monitoramento no local aonde vive, o que poderá favorecer para a criação de vínculo com a família e desenvolvimento das atividades puerperais ao fim da gestação.

Portanto, o enfermeiro precisa focar nas orientações ofertadas à gestante através de grupos, auxiliar no autocuidado durante a consulta de enfermagem o pré-natal e implementar as medidas que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, criando estratégias para amenizar as complicações e propor formas de prevenção desse distúrbio metabólico e encaminhar a grávida para o nível de acompanhamento pré-natal adequado, em conformidade com a sua classificação de risco.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.P.L. et al. O Enfermeiro Docente e o Diabetes Mellitus Gestacional: o olhar sobre a formação. **Enferm. Foco**. Piauí, v. 10. N. 1, p. 111-16, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1954>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRG. Regula SUS. Pré-natal de alto risco. **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia**. 2016. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_enca\\_minhamento\\_obstetricia\\_TSR\\_20160324.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_enca_minhamento_obstetricia_TSR_20160324.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Decreto no. 94.406, de 8 de junho de 1987: regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 de junho de 1987.. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreton-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreton-9440687_4173.html)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 de junho de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risc\\_o\\_obstetricia\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risc_o_obstetricia_2017.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CAMPAGNOLI, M.; SILVA, C.P.; RESENDE, R.C.P. Atendimento de Pré-natal na Estratégia Saúde da Família: a singularidade da assistência de enfermagem. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 22, n. 251, abr. p. 2915-20, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998869>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, COREN-SC. **Saúde da Mulher; Acolhimento à mulher nos diferentes ciclos da vida**. Protocolo de Enfermagem. Florianópolis, v. 3, 2017. 93p. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wpcontent/uploads/2018/04/Protocolo-de-EnfermagemVolume-3.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

FEIJÃO, A.R.; GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na Atenção Primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.8, n.2, p. 41-49, maio./ago.2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5296/3895>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

FONTANA, R.; POZZOBON, A. Avaliação glicêmica em uma amostra de gestantes do Vale do Taquari, RS. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**. Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Lajeado, v.1, n.4, Out./Dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/rips.v1i4.13028>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

GOMES, C.B.A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170544, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072019000100320&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100320&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014. 180 p.

LIMA, V.K.S. et al. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Rev FunCare Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 968-975, jul./set. 2019. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822/pdf_1)>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MARIO, D.N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. saúde colet**. Rio de Janeiro, v. 24 n. 3, Mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

MASSA, A.C. et al. Diabetes Gestacional e o Impacto do Actual Rastreio. **Acta Med Port**. Lisboa, v.28, n.1, p.29-34, Jan/Fev, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/2027/1/AMP%202015.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

MATTOS, V.S. et al. Cuidados de Enfermagem às Mulheres com Diabetes Gestacional. In: Semana Científica da Unilasalle (SEFIC), 14ª edição, 2018. Unilasalle. **Anais...** Canoas: Unilasalle, 2018. Disponível em: <<https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2018/issue/view/6/showToc>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MIAO, Z. et al. Avaliação dos critérios de diagnóstico de diabetes mellitus gestacional recomendados pela associação internacional do grupo de estudos sobre diabetes e gravidez para resultados maternos pós-parto em longo prazo na China continental. **Revista Medicina**. Baltimore, v. 99, n. 8, p. e19242, fev. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl32080127>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

PUGGINA, C.C. et al. Educação Permanente em Saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v.16, n.4, p.: 87-97, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/22580/11>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

QUEIROZ, I.S.; BERTOLIN, D.C.; WERNECK, A.L. Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com Diabetes Mellitus. **Rev. Enferm UFPE. On line**. Recife, v. 13, n. 5, p. 1202-7, maio 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/biblio-1024126>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SANTOS, A.D.B. et al. Saúde das mulheres. **Protocolos de Atenção Básica**. Ministério da Saúde Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SANTOS, P.A. et al. Diabetes gestacional na população atendida pelo sistema público de saúde no Brasil. Prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v.42, n.1, p. 12-18, jan 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32107761>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. 192p. 2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-20152016.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Sociedade Brasileira de Diabetes. p. 269-278, 2019. Disponível em: <[www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-20192020.pdf](http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-20192020.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

ZUCCOLOTTO, D.C.C. et al. Padrões alimentares de gestantes, excesso de peso materno e diabetes gestacional. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.53, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102019000100247&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102019000100247&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 26 mar. 2020.

## CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 05/10/2020

### Izadora Silva Ribeiro

Universidade do Estado da Bahia – Campus VII, Senhor do Bonfim, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/2245962301169303>

### Rodrigo Duarte dos Santos

Universidade do Estado da Bahia– Campus VII, Juazeiro, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/5467521290158128>

### Noelayne Oliveira Lima

Universidade do Estado da Bahia – Campus VII, Senhor do Bonfim, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/2348592995535595>

**RESUMO:** Os cuidados paliativos constitui uma filosofia onde são destinados aos pacientes acometidos por doenças sem possibilidade de cura e/ou em processo de terminalidade. Estes cada vez mais, estão em evidência em todo mundo, modificando como tem se dado os cuidados a estes pacientes. No Brasil, ainda são incipientes esses cuidados, principalmente quando se trata da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Identificar a partir de uma revisão de literatura as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos nesse contexto. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados LILACS e SCOPUS no período de julho a

setembro de 2014. **Resultados:** As publicações selecionadas foram submetidas à análise da qual, emergiram dez estratégias que descrevem as práticas dos profissionais de APS em cuidados paliativos: 1) Dispensação de medicamentos; 2) Assistência domiciliar; 3) Acolhimento ao paciente e a familiares; 4) Comunicação como um instrumento terapêutico; 5) Atendimento emocional ao usuário; 6) Encaminhamento para outros profissionais que integram a equipe multiprofissional de cuidados; 7) Consulta de enfermagem; 8) Projeto Terapêutico Singular (PTS); 9) Uso da Escala de Performance de Karnofsky (KPS); e 10) Formação dos profissionais da saúde em cuidados paliativos. **Considerações finais:** Os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde é uma possibilidade recente e se apresenta como um dos recursos para atender uma nova clientela de crescente demanda, bem como uma possibilidade aos profissionais que buscam aperfeiçoamento para que sejam atingidas as propostas dos cuidados a serem prestados aos pacientes.

**PALAVRAS - CHAVE:** Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Equipe de Saúde.

### HOSPICE CARE IN PRIMARY HEALTH WARNING

**ABSTRACT:** Palliative care is a philosophy of care for patients suffering from diseases without possibility of cure and / or terminally process. These increasingly, are in evidence throughout the world, changing as it has been given the care of these patients. In Brazil, are still incipient such care, especially when it comes to primary health

care. Objective: Identify from a literature review the strategies used by health professionals working in primary health care, with regard to the implementation Palliative Care in this context. Methodology: This is an integrative literature review, conducted in the LILACS and SCOPUS databases from July to September 2014. Results: The selected publications were analyzed which emerged ten strategies that describe the practices of professionals APS in palliative care: 1) Dispensing medicines; 2) Home care; 3) Home to the patient and the family; 4) Communication as a therapeutic tool; 5) Emotional Service to the user; 6) Referral to other professionals within the multidisciplinary team care; 7) nursing consultation; 8) Singular Therapeutic Project (TSP); 9) Use of the Karnofsky Performance Scale (KPS); and 10) Training of health professionals in palliative care. Final Thoughts: Palliative care in primary health care is a new possibility and is presented as a resource to meet a new customer growing demand as well as a possibility for professionals seeking to improve the proposals of care are met to be provided to patients.

**KEYWORDS:** Palliative Care; Primary Health Care; nursing; Health Team.

## INTRODUÇÃO

Atualmente está sendo traçado um novo perfil epidemiológico que vem transformando o cenário mundial com relação às doenças e seus modos de tratamento. No Brasil, na primeira metade do século XX, as doenças infectocontagiosas eram as causas mais frequentes de mortes. Contudo, a partir dos anos de 1960 as doenças e agravos não transmissíveis passaram a ocupar esse cenário (BRASIL, 2011). Esta transição favorece o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); a transição nutricional, com diminuição expressiva da desnutrição e aumento do número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade); o aumento dos traumas decorrentes de causas externas, como violências, acidentes e envenenamentos, entre outros (BRASIL, 2011).

Os avanços biomédicos trouxeram novas possibilidades de tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), prolongando a vida a qualquer custo, mesmo de pessoas gravemente enfermas, mas apesar de todo arsenal tecnológico na saúde, ainda existe e possivelmente existirão por muitos séculos as doenças fora de possibilidade de cura (SILVA; AMARAL, 2013). Isto ocasionou novas demandas no cuidar, que requerem reestruturações do sistema de saúde e requalificação dos profissionais (DIAMANTE; TEIXEIRA, 2007).

Dessa forma, os cuidados paliativos vêm obtendo um crescente olhar por parte dos profissionais de saúde, gestores, administradores de instituições hospitalares, unidades de saúde primária, Universidades, governo, mas, principalmente, da sociedade em geral. Com o novo cenário mundial das doenças, suas evoluções e tratamentos, os cuidados paliativos passaram a ter que ser compreendidos e incorporados definitivamente nos tratamentos dos pacientes em todas as esferas dos cuidados de saúde, seja ela hospitalar, da atenção primária a saúde ou domiciliar (PAZ, 2013).



Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

A questão crucial nos cuidados paliativos é proporcionar qualidade de vida aos pacientes considerados por sua gravidade no estado de saúde, como pacientes em situação de terminalidade, e não somente postergar o tempo de vida, atribuindo dessa forma, uma sobrevivência com sofrimento. A promoção à saúde e a bioética se unem pela defesa da vida ameaçada e têm como objetivo comum à qualidade de vida e o respeito à dignidade humana diante da eminência de morte (BIONDO; ARAÚJO; SILVA, 2013). Assim, os Cuidados Paliativos surgem como cuidados integrais e contínuos oferecidos aos pacientes e familiares onde possam aliviar o sofrimento, seja ele físico, psicológico e/ ou espiritual (SANTOS, 2009).

Apesar da inquestionável e crescente importância, os cuidados paliativos ainda é um assunto negligenciado na maioria dos países. Para a efetivação dessa modalidade nas redes de saúde, é necessária uma determinação política e social, que vise promover tanto quanto possível e até ao fim da vida o bem-estar e a qualidade de vida desses pacientes (PAZ, 2013 apud QUILL, 2009). Ainda hoje, é preciso estudos sobre cuidados paliativos para melhor se compreender, e gerir mais adequadamente as complicações clínicas e a reestruturação dos serviços para o atendimento das demandas por este tipo de cuidado (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

No Brasil, um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade da assistência (BRASIL, 1990), o que significa considerar a integralidade da pessoa, dos serviços e dos cuidados – que deveria incluir necessariamente os cuidados no final da vida. No mesmo sentido e em consonância com o SUS, a Atenção Primária de Saúde (APS) orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006). Portanto, a aplicação desses princípios já é por si, uma maneira de incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária.

Teixeira, Mishima e Pereira (2000), salientam as dificuldades e desafios postos para a atenção de usuários necessitados de cuidados paliativos, na atenção primária a saúde, que estão relacionados à capacitação dos profissionais por meio da formação contínua, escassez de recursos materiais, desarticulação dos serviços da rede e ações limitadas aos programas da atenção primária de saúde do Ministério da Saúde.

Considerando a necessidade de implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica, com vista a qualificar a gestão pública e a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular

a atenção integral aos doentes que precisam ser paliados através da implantação e implementação de medidas de controle, nos três níveis de atenção (BRASIL, 2002), chamamos a atenção para a importância de implantar uma Política Nacional de Cuidados Paliativos que sistematizem diretrizes e ações para a Atenção Primária.

Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo identificar a partir de uma revisão de literatura as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde, no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos nesse contexto.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa onde busca uma compreensão completa do fenômeno analisado. A busca dos estudos ocorreu no período de julho a setembro de 2014, tendo como critérios de inclusão: artigos em português que apresentassem uma abordagem a cerca do papel dos profissionais de APS no âmbito dos cuidados paliativos, indexados nas bases de dados LILACS e SCOPUS.

Para a realização da busca, foram utilizadas combinações com os seguintes descritores controlados: Cuidados Paliativos/Atenção Primária em Saúde; Morte/Atenção Primária em saúde e Morrer/Atenção Primária em Saúde. Aplicando o recurso Boleano “*and*”.

A busca às bases de dados se deu de forma ampla e diversificada, contemplamos a procura pela confiabilidade e fidedignidade que as publicações destas podem transmitir. Inicialmente, foi possível evidenciar uma amostragem com 65 publicações (artigos científicos, dissertações e tese) na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e, na base de dados SCOPUS, foram evidenciadas 51 publicações. Estas passaram por um processo de análise com base nos títulos e resumos, para a seleção dos estudos que efetivamente formariam a amostra de análise a atender aos objetivos.

Após a leitura crítica dos títulos e resumos dos estudos selecionados, dez publicações foram eleitas por atender ao objetivo do estudo e apresentarem aspectos que respondiam à questão norteadora. O detalhamento da busca nas bases de dados está descritas na Tabela 01.

Bases de dados	Descritores controlados	Nº de publicações obtidas	Publicações excluídas	Publicações Indisponíveis na íntegra	Publicações Incluídas
<b>LILACS</b>	Cuidados paliativos/ Atenção primária de saúde	14	08	02	04
	Morte/Atenção primária de saúde	48	47	00	01
	Morrer/Atenção primária de saúde	03	03	00	00
<b>SCOPUS</b>	Cuidados paliativos/ Atenção primária de saúde	10	07	00	03
	Morte/Atenção primária de saúde	36	35	00	01
	Morrer/Atenção primária de saúde	05	04	00	01
<b>TOTAL</b>					<b>10</b>

Tabela 01 - Distribuição dos estudos, segundo os descritores controlados, Senhor do Bonfim, 2014.

## RESULTADOS

No Quadro 01 estão apresentadas as publicações selecionadas para essa revisão integrativa, com referência as respectivas bases de dados, títulos das publicações, autores, periódicos, conceitos dos cuidados paliativos e as estratégias utilizadas pelas equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde, na implementação dos cuidados paliativos:

Bases de Dados	Título da publicação	Autores	Periódico (pág, ano)	Conceito de Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde	Estratégias utilizadas pelas equipes de saúde
Lilacs	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica.	FLORIANI, C. A SCHRAMM, F. R	Caderno Saúde Publica; 2072-2080; 2007.	Campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal, centrados no direito do paciente de viver seus dias que lhe restam e de morrer com dignidade.	Organização de recursos humanos; Preparo emocional dos profissionais; Facilitar a aquisição de medicamentos; Tentar resolver conflitos de natureza moral; Acolhimento.

Lilacs	Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família.	SIMINO, G. P. R SANTOS, C. B MISHIMA, S. M	Revista Latino Americana Enfermagem; 856 - 863; 2010.	Cuidados que estão ligados ao apoio emocional, com afeto, empatia, respeito e amor. Com demonstração de reconhecimento ao cuidador e/ou familiar. Ao apoio informativo, com informações, conselhos, ensinamentos apoio instrumental, e com disponibilidade de recursos, bens e serviços.	Acolhimento; Participação em grupos de apoio; Visitas domiciliares; Encaminhamento para outros profissionais da equipe; Oferta de material médico- hospitalar; Disponibilidade de serviço; Realizar contato com serviços complementares; Atendimento emocional ao usuário.
--------	--	---	---	--	---

Bases de Dados	Título da publicação	Autores	Periódico (pág, ano)	Conceito de Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde	Estratégias utilizadas pelas equipes de saúde
Lilacs	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos.	ARAÚJO, M. M. T; SILVA, M. J P.	Revista Especifica de Enfermagem USP; 623-629; 2012.	Cuidados ativos e totais ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo.	Comunicação verbal e não verbal; comunicação para a interação e inter-relação.
Lilacs	Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde.	QUEIROZ, A. H. A. B PONTES, R. J. S SOUZA, A. M. A RODRIGUES, T. B	Ciência saúde coletiva; 2615-2623; 2013.	Campo de conhecimentos e práticas que exige atuação multiprofissional, um cuidado humanizado e tecnicamente adequado, priorizando o manejo dos sintomas e a qualidade de vida.	Procedimentos necessários; Providenciar transporte para o doente permitindo o acesso a serviços de maior complexidade; Dispensar medicamentos e outros recursos; Orientar e confortar a família; Fornecer o atestado de óbito.

Lilacs	O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.	SILVA, M. L. S. R	Revista Bras Med Fam Comunidade, 45 - 53, 2014.	São uma abordagem de atenção à saúde que visa à melhoria da qualidade de vida para pacientes e famílias que enfrentam os problemas associados a doenças graves, progressivas e incuráveis.	Cuidado domiciliar; Assistência com integralidade; Longitudinalidade como ferramenta de cuidado; Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família; Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos; Viabilizar a coordenação do cuidado; Facilitar o acesso do paciente em cuidados paliativos e sua família; Trabalhar em parcerias dentro e fora da APS.
--------	---	-------------------	---	--	--

Bases de Dados	Título da publicação	Autores	Periódico (pág, ano)	Conceito de Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde	Estratégias utilizadas pelas equipes de saúde
Scopus	Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família.	LAVOR, M. F. S	Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 109 f; 2006.	Cuidados voltados à preservação da qualidade de vida e tem abordagem multidisciplinar, num contexto humanizado, buscando alívio e conforto e, conseqüentemente, a redução do sofrimento do paciente.	Consulta de enfermagem; Acolhimento; Comunicação; Visita domiciliar.
Scopus	Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia.	RABELLO, C. A. F. G RODRIGUES, P. H. A	Ciência & Saúde Coletiva; 379-388; 2010.	Cuidados que não implica um lugar específico para morrer, mas uma filosofia aplicada a serviços prestados onde quer que o paciente se encontre inclusive no espaço domiciliar.	Assistência domiciliar; Comunicação; Ações educativas; Acolhimento.

Scopus	Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária.	COMBINATO, D. S	Tese (Doutorado em Saúde Coletiva); 179f.; 2011.	Cuidado integral que visa à qualidade de vida (e não a manutenção sofrida da vida) para pacientes em processo de morte e seus familiares.	Visita domiciliar; Interconsultas com hospitais e serviços de Cuidados Paliativos; Acesso a medicamentos; Comunicação; Projeto Terapêutico Singular (PTS).
Scopus	(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.	COMBINATO, D. S MARTINS, S. T.	O Mundo da Saúde; 433-441; 2012.	Cuidado integral que visa à qualidade de vida (e não a manutenção sofrida da vida) para pacientes em processo de morte e seus familiares.	- Projeto Terapêutico Singular (PTS).
Scopus	Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Novos desafios	PAZ, C. R. P	Dissertação de Mestrado-Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 103.p; 2013.	Ações ativas e integrais a pacientes com doença progressiva e irreversível. No sentido amplo, é alívio do sofrimento, podendo ser aplicado em qualquer lugar por quem se interessar.	- Proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; - Oferecer um sistema de apoio psicológico e espiritual; - Equipes de saúde disponíveis; - Uso da Escala de Performance de Karnofsky (KPS).

Quadro 01 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa, de acordo com as bases de dados, títulos das publicações, autores, periódicos, conceitos dos cuidados paliativos e estratégias utilizadas pelas equipes de saúde na Atenção Primária de Saúde. Senhor do Bonfim – BA, 2014.

## DISCUSSÃO

De acordo com os vários conceitos apresentados e discutidos pelos autores dos estudos analisados, todos tem estreita relação com a definição de Cuidados Paliativos proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2002, define Cuidado Paliativo como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, e seus familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2014).

Numa aproximação com a Atenção Primária à Saúde, os cuidados paliativos abrangem os cuidados totais, ativos e integrais, implementados por uma equipe multiprofissional, a partir de uma abordagem multidisciplinar que visa à qualidade de vida e não a manutenção sofrida dela, num contexto humanizado, ligados ao apoio emocional, informativo e instrumental.

As ideias que mais prevaleceram, é de que as ações paliativas englobam princípios filosóficos que podem ser aplicados por qualquer cidadão, seja ele profissional da saúde ou não, e em qualquer lugar e espaço. Contudo, quando se trata dos cuidados paliativos, estes só podem acontecer numa abordagem constituída pelo trabalho em equipe envolvendo profissionais de saúde capacitados e voluntários.

Da análise do conteúdo das publicações, emergiram dez estratégias as quais são mencionadas como aquelas utilizadas pelas equipes da atenção primária a saúde em prol da operacionalidade dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos: 1) Dispensação de medicamentos; 2) Assistência domiciliar; 3) Acolhimento ao paciente e a familiares; 4) Comunicação como um instrumento terapêutico; 5) Atendimento emocional ao usuário; 6) Encaminhamento para outros profissionais que integram a equipe multiprofissional de cuidados; 7). Consulta de enfermagem; 8) Projeto Terapêutico Singular (PTS); 9) Uso da Escala de Performance de Karnofsky (KPS); 10) Formação dos profissionais da saúde em cuidados paliativos (LAVOR, 2006; COMBINATO, 2011; COMBINATO; MARTINS, 2012; ARAÚJO; SILVA, 2012; QUEIROZ et al, 2013; RABELLO; RODRIGUES, 2010; PAZ, 2013; SILVA, 2014).

A estratégia mais requerida pelos usuários e mais utilizada pelas equipes de atenção primária de saúde aos cuidados paliativos é a dispensação de medicamentos conforme evidenciado nos estudos (FLORIANI; SCHRAMM; 2007; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; COMBINATO, 2011; PAZ, 2013; QUEIROZ et al, 2013). Ainda citando estes autores, as necessidades das pessoas em processo de morrer envolvem receber cuidados especializados para o controle de sintomas (dispneia, náusea, hemorragia, etc.) e principalmente o controle da dor.

Isso demonstra o quanto é de fundamental importância, a dispensação de medicamentos controlados para o tratamento dos pacientes paliados em seu domicílio, pois se não houvesse essa oferta disponibilizada em domicílio seria impossível que os cuidados paliativos referentes à dor e aos sintomas dos pacientes fossem tratados no conforto de seu lar.

De acordo com Floriani e Schramm (2007), as equipes de saúde precisam de um suporte domiciliar para que possa oferecer atendimento eficiente em cuidados paliativos, já que muitos pacientes têm preferência dos cuidados em domicílio, que exige uma rede de assistência disponível flexível, onde fazendo parte desta organização a oferta, em tempo integral, ao acesso fácil e rápido a medicamentos, em especial aos opióides, que são os medicamentos mais usados no alívio da dor em pessoas em cuidado paliativo.

Quanto à assistência domiciliar, a qual surge como a segunda estratégia mais utilizada pelas equipes de atenção primária de saúde, esta deveria na verdade ser a primeira e a mais importante, porque dela parte as demais estratégias, considerando-se que a assistência domiciliar caracteriza-se pelo conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, realizados em domicílio (BRASIL, 2006).

Os estudos (LAVOR, 2006; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; RABELLO; RODRIGUES, 2010; COMBINATO, 2011; COMBINATO; MARTINS, 2012; e SILVA, 2014) consideram a assistência domiciliar primordial como estratégia utilizada pelas equipes de saúde da atenção primária, pois possibilita um alto grau de humanização, envolve os cuidados ao paliado num ambiente conhecido, cercado pelos familiares, reduzindo, desta forma, possíveis complicações de longas internações hospitalares.

Floriani e Schramm (2007) destacam a importância da atenção primária quando a pessoa retorna para casa diante da inexistência de tratamento curativo no hospital. A equipe de atenção primária é a responsável pelo suporte do paciente e da família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morrer e de morte.

O encadeamento da assistência em domicílio é um dos principais elementos valorizados por pacientes, familiares e cuidadores acompanhados em Cuidados Paliativos (COMBINATO; MARTINS, 2012). A assistência em domicílio tem fundamental importância nesse âmbito, sendo esplanada pelo elevado grau de humanização que pode oferecer, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados (QUEIROZ, et al. 2013).

O período do suporte, expandido ao domicílio, pode transferir para o núcleo familiar e para o cuidador significativas responsabilidades, nem sempre bem administradas, o que torna o tratamento domiciliar particularmente propício a situações conflituosas, especialmente se não houve possibilidade de criar um bom vínculo da equipe, e, em especial, do médico com a família, com o cuidador ou com o paciente (FLORIANI; SCHORAMM, 2007).

Dois estratégias muito utilizadas pelas equipes conforme os estudos analisados é o acolhimento e a comunicação como instrumento terapêutico. Para os autores (LAVOR, 2006; FLORIANI; SCHRAMM, 2007; RABELLO; RODRIGUES, 2010; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; COMBINATO, 2011; ARAÚJO; SILVA, 2013), essas duas estratégias se complementam, pois uma comunicação adequada é importante subsídio para o acolhimento, portanto, essa estratégia não pode ser uma barreira entre o profissional e o paciente, permitindo novos canais de expressão e observação.

Para tal, de acordo com os autores (LAVOR, 2006; FLORIANI; SCHRAMM, 2007; RABELLO; RODRIGUES, 2010; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; COMBINATO, 2011; ARAÚJO; SILVA, 2013), deve levar em consideração a escuta, os vínculos, os afetos e o direito a diferença, tornando-se ingredientes essenciais para a clínica ampliada.

A comunicação e o acolhimento não são tão fáceis no contexto dos cuidados paliativos,



pois envolve uma atmosfera muito ampla e tênue que vai além das palavras proferidas para um paliado ou aos seus familiares, por isso as autoras (ARAÚJO; SILVA, 2012), enfatizam que as habilidades de comunicação são adquiridas com o tempo, tornando-se essencial a adequada capacitação dos profissionais no que tange à utilização de estratégias de comunicação para a interação com os pacientes no contexto da terminalidade.

Com relação à estratégia atendimento emocional, de acordo com Floriani e Schramm (2007), este visa oferecer um modo de morrer que ampara o paciente em seu estado fragilizado emocional e psicologicamente, não somente o paliado, mas em atenção também especial ao seu cuidador e sua família, dando-lhes amparo para enfrentar este momento difícil de suas vidas, amparo, este, estendido à fase de luto.

A consulta de enfermagem referida por (LAVOR, 2006; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; PAZ, 2013); revela a importância do enfermeiro nos cuidados paliativos na atenção primária de saúde. segundo Lavor (2006) é um momento de encontro, no qual o indivíduo que comparece ao atendimento o faz porque, de certa forma, está vivenciando um processo de sofrimento que se expressa naquele momento através de um sinal ou um sintoma. Esse atendimento, além da anamnese e avaliação física, devem contemplar também uma abordagem das questões biopsíquicas, observando valores, condição social e formas de enfrentamento dos problemas.

Nesse sentido, o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) aparece nos estudos desenvolvidos por Combinato (2011) e Combinato e Martins (2012), sendo considerado como estratégia de grande valor a ser implantada nas unidades de atenção primária a saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi desenvolvido para ser utilizado por profissionais da área de saúde mental como ferramenta para a prestação de cuidados aos pacientes com problemas mentais, personalizando o diagnóstico e estabelecendo metas a serem cumpridas no processo de cuidar, através da equipe de multiprofissionais. Esse projeto alcançou outras áreas da saúde, por proporcionar a qualquer equipe de saúde, um estabelecimento de metas de curto, médio e longo prazo para os cuidados com os pacientes a partir da avaliação orgânica e psicossocial (COMBINATO, 2011).

O trabalho de multiprofissionais, mencionado (SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; PAZ, 2013; SILVA, 2014) e proposto por Combinato (2012), refere-se a não fragmentação do trabalho e entender que o cuidado, por integrar diferentes saberes, é responsabilidade de toda a equipe.

A Escala de Performance de Karnofsky, apareceu em apenas um estudo. Criada em 1940 e foi primeiro instrumento elaborado com a finalidade de identificar a necessidade de indicar cuidados paliativos. Segundo Paz (2013), a escala mostra-se bastante confiável, e foi inicialmente usada para a avaliação de pacientes com câncer. Sua utilização é para determinar a necessidade de cuidados paliativos, onde irá conter os parâmetros que determinam uma classificação geral do desempenho dos pacientes com base no nível de

deambulação, atividade, e capacidade de realizar o autocuidado.

Segundo Floriani e Schramm (2007) é necessidade do profissional conhecer e dominar procedimentos em cuidados paliativos, e muitos dos problemas ocorridos no tratamento dos pacientes paliados poderia ser evitados, pois são gerados, em parte, por uma formação técnica deficitária, provenientes da ausência do componente curricular “cuidados paliativos”, no ensino de graduação dos profissionais de saúde. Dessa forma, é preciso a implantação dos cuidados paliativos nos cursos de graduação na área da saúde deva ser fortemente encorajada, para que profissionais estejam preparados para lidar bioeticamente, tecnicamente, profissionalmente com todas as etapas do ciclo de vida, incluindo a terminalidade e a morte.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da Atenção Primária de Saúde nos cuidados paliativos é uma possibilidade recente, apresentado-se como um dos recursos para atender uma nova clientela e crescente demanda. Por isso, ainda é incipiente, procurando melhores formas de aperfeiçoamento para que sejam atingidas as propostas dos cuidados a serem prestados aos pacientes.

A falta de recursos financeiros, humanos, científicos, estruturais, são os principais dificultadores da implementação dos cuidados paliativos na atenção primária de saúde.

A despeito desse cenário desafiador, algumas iniciativas governamentais recentes trazem um alento para a possibilidade de se construir uma rede de cuidados no fim da vida. E a atenção primária vem com a Estratégia de Saúde da Família, tentando suprir esse cenário, entrando com aporte multiprofissional e o acompanhamento de pacientes nas unidades de saúde e no ambiente domiciliar.

Na literatura brasileira, ainda são escassos os estudos sobre essa temática, tornando essa revisão difícil de ser elaborada. Mas, o objetivo do estudo foi alcançado preliminarmente, e foi possível identificar as principais estratégias utilizadas pelas equipes de saúde da atenção primária, descritas na discussão, a fim de proporcionar possíveis contribuições e diferenciais para a saúde pública no que se refere à implementação, desenvolvimento e possível melhora na prestação do serviço de cuidados paliativos.

A educação em saúde é uma alternativa coerente com o momento atual dos cuidados paliativos, pois ainda é perceptível a falta de conhecimento, de reflexão e de conhecimentos técnicos e científicos sobre as inúmeras possibilidades de opções terapêuticas adequadas aos pacientes semestimativa de cura.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M, J, P. **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos\***. Rev Esc Enferm USP; 46 (3): 626-32. 2012.
2. BIOMBO, C. A.; ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva: Diretrizes para Atenção aos Pacientes e Familiares Sob a Ótica da Bioética**. Cap. 5. IN: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari; 454p.; 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2002; 16 abr.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 68p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4); 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS no 249 de 12 de abril de 2002. Estabelece o Atendimento Domiciliar como modalidade de assistência ao idoso**. Diário Oficial da União 2002; 16 abr.
8. COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária** [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.
9. COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) **Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde**. O Mundo da Saúde, São Paulo;36 (3): 433-441; 2012.
10. DIAMANTE, L. M.; TEIXEIRA, M. B. **Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infectocontagiosa de um hospital geral**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Guarulhos: 2007.
11. FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica**. Cad. Saúde Publica; 23 (9): 2072-2080. 2007.
12. LAVOR, M. F. S. **Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro; xv, 109 f.; 2006.

12. MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L; HOSSNE, W. S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética.** Bioethikos, São Paulo, v.1, n.1, p.34- 42, 2007. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A\\_cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf)>. Acesso em: 19 agosto 2014.
13. MOLINA, E. H; GIL, J. R; PINNA, M. A. C; MORALO, M. J. R. **Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. Atención Primaria.** 38 (supl2): 85-92. 2006. IN: COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária** [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.
14. PAZ, C. R. P. **Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Novos desafios.** Dissertação de Mestrado- Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 103p; 2013.
15. QUEIROZ, A. H. A. B; PONTES, R. J. S; SOUZA, A. M. A; RODRIGUES,
16. T. B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (9): 2615-2623, 2013.
17. RABELLO, C. A. F. G; RODRIGUES, P. H. A. **Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, núm. 2, pp. 379-388, 2010.
18. SILVA, M. L. S. R. **O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.** *Rev Bras Med Fam Comunidade*; 9 (30): 45-53. 2014.
19. SILVA, R. S; AMARAL, J. B. Trajetória Histórica do Movimento *Hospice* Moderno e as Contribuições de uma Enfermeira. Cap. 2. IN: SILVA, R. S; AMARAL, J. B; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte.** São Paulo: Martinari; 454p.; 2013.
20. SIMINO, G. P. R; SANTOS, C. B; MISHIMA, S.M. **Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem set-out*; 18 (5). 2010.
21. TEIXEIRA, R. A; MISHIMA, S. M; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família.** *Rev Bras Enferm.* abril/junho 2000; 53 (2): 193-206.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION – (WHO). Definition of palliative care [documento da internet]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 10 de Julho de 2014.

# CAPÍTULO 15

## DENGUE: A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/12/2020

### **Fernanda Lima de Araújo**

Centro Universitário Estácio do Ceará –  
Fortaleza – CE.  
Enfermeira, Especialista em Saúde Pública –  
UNYLEYA.

### **Lianna Carolinny Dias de Moraes**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Adriana Carvalho Araújo**

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina  
– PI.  
UTI Pediátrica e Neonatal – UNIPÓS.

### **Ricardo Clayton Silva Jansen**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Caxias – MA.  
Enfermeiro, Mestre em Biodiversidade,  
Ambiente e Saúde – UEMA, Caxias – MA.

### **Camylla Layanny Soares Lima**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI,  
Teresina – PI.  
Enfermeira, Especialista em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial – FAEME.

### **Anny Sanielly de Moraes Araujo**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.  
Enfermeira, Especialista em Neonatologia –  
FACID.

### **Francisca Agda Oliveira Dias**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Annielson de Souza Costa**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.  
Enfermeiro, Mestre em Ciências pela  
Faculdade de Medicina da Universidade de São  
Paulo – FMUSP.

### **Ana Claudia Antunes Ferreira de Castro**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Maria da Cruz Alves da Silva**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI,  
Teresina – PI.

### **Edilane Henrique Leôncio**

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina  
– PI.

### **Layane Mayhara Gomes Silva**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Francilene Rodrigues de Pinho**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia  
do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

### **Nariane Moraes do Nascimento Silva**

Universidade Anhanguera – UNIDERP, Caxias  
– Ma.

### **Ana de Cássia Ivo dos Santos**

Faculdade Piauiense, Parnaíba – PI.

### **Adriano Nogueira da Cruz**

Universidade Estadual do Maranhão

**RESUMO:** OBJETIVO: Este trabalho tem a finalidade de descrever a relevância do papel

do Enfermeiro na atenção primária quanto ao campo de atuação da dengue, com intuito de observar as atividades do enfermeiro nesse cenário. **METODOLOGIA:** A pesquisa é de revisão bibliográfica e engloba diferentes países e ações do enfermeiro frente a dengue. **RESULTADO:** O trabalho o enfermeiro é inserido em um contexto que visa colocá-lo como protagonista da promoção e prevenção de doenças e principalmente da dengue, no entanto ao decorrer do estudo percebe-se que esse papel também é de toda a população como protagonista de sua saúde. **CONCLUSÃO:** O trabalho possibilitou analisar as diversas praticas, conhecimentos e ações realizadas em diversas áreas do mundo, possibilitando assim um trabalho mais eficaz quanto a medidas de precaução e inovação tecnológica dos profissionais.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem, Saúde Pública, Dengue, Consulta de enfermagem, Promoção da saúde.

## DENGUE: THE RELEVANCE OF NURSES IN BASIC CAR

**ABSTRACT:** OBJETIVO: este trabalho tem a finalidade de descrever a relevância do papel do enfermeiro na atenção primária quanto ao campo de atuação da dengue, com intuito de observar as atividades do enfermeiro nesse cenário. **METODOLOGIA:** A pesquisa é de revisão bibliográfica e engloba diferentes países e ações do enfermeiro frente a dengue. **RESULTADO:** O trabalho o enfermeiro é inserido em um contexto que visa colocá-lo como protagonista da promoção e prevenção de doenças e principalmente da dengue, no entanto ao decorrer do estudo percebe-se que esse papel também é de toda a população como protagonista de sua saúde. **CONCLUSÃO:** O trabalho possibilitou analisar as diversas praticas, conhecimentos e ações realizadas em diversas áreas do mundo, possibilitando assim um trabalho mais eficaz quanto a medidas de precaução e inovação tecnológica dos profissionais.

**KEYWORDS:** Nursing, Public Health, Dengue, Nursing consultation, Health promotion.

## 1 | INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença febril aguda de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, grave quando se apresenta na forma hemorrágica. A dengue é hoje, a mais importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui-se em sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes Aegypti*, principal mosquito vetor (BRASIL, 2011a).

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para tomada de decisões e implantação com medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar a ocorrência de óbitos. A classificação de risco tem por finalidade priorizar o atendimento dos casos de acordo com a gravidade, reduzir o tempo de espera do paciente e organizar o fluxo dos casos suspeitos nas unidades de saúde (BRASIL, 2011b).

A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade por

dengue no país, bem como permite conhecer a situação da doença em cada região (BRASIL, 2011c).

A classificação epidemiológica dos casos de dengue, que é feita habitualmente após desfecho clínico, na maioria das vezes é retrospectiva e depende de informações clínicas e laboratoriais disponíveis ao final do acompanhamento médico. Esses critérios não permitem o reconhecimento precoce de formas potencialmente graves, para as quais é crucial a instituição de tratamento imediato. Esta classificação tem a finalidade de permitir a comparação da situação epidemiológica da dengue entre os países, não sendo útil para o manejo clínico (BRASIL, 2014b).

Pelos motivos expostos o Brasil adota, desde 2002, o protocolo de condutas que valoriza a abordagem clínica - evolutiva baseada no reconhecimento de elementos clínico - laboratorial e de condições associadas, que podem ser indicativos de gravidade, com sistematização da assistência, que independe da discussão de classificação final do caso, com o objetivo de orientar a conduta terapêutica adequada a cada situação e evitar o óbito (BRASIL, 2014c).

Apenas da existência desta ferramenta validada para condição de casos, a letalidade pela dengue permanece elevada no Brasil. Um estudo realizado pelo Grupo de Estudos de Gestão em Saúde (MS) por Figueiredo et al. (2011), analisou o grau de implantação das condições e serviços de saúde, assim como a qualidade técnico - científico da assistência aos pacientes que foram a óbito por dengue na rede pública em dois municípios do nordeste brasileiro. Os autores concluíram: “o que parece influenciar diretamente a ocorrência de óbito é o manejo clínico dos casos.

“Verificou-se que a assistência aos pacientes não alcançou em nível de adequação esperada em nenhum dos serviços avaliados e que as recomendações do Ministério da Saúde para o manejo dos casos de dengue não estão sendo seguidas”. Neste estudo observa que os sinais de alarme e choque para a dengue não são pesquisados rotineiramente; os profissionais não têm utilizado o estadiamento clínico preconizados pelo MS; a hidratação dos pacientes foi inferior ao preconizado pelo manual; os exames laboratoriais como hematócrito, necessário para adequada hidratação e dosagem de plaquetas não foram solicitados com frequência recomendada; o tempo de entrega de resultados pelo laboratório foi inadequado para seguimento de pacientes com dengue; o tipo de assistência supervisionada e o intervalo de reavaliação foram inferiores ao estabelecido (BRASIL, 2014c).

Portanto os esforços devem ser direcionados para a disseminação da informação e efetiva implantação das diretrizes contidas no Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Cabe ao profissional de enfermagem orientar, realizar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente ou ficha de atendimento. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços

de assistência de enfermagem.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Caracterização da Pesquisa**

O presente trabalho tratou-se de um estudo de caráter bibliográfico, de revisão integrativa, transversal, qualitativo e retrospectivo. Com base nos objetivos propôs-se um estudo descritivo sobre a situação da conduta do enfermeiro na atenção básica, mediante uma abordagem qualitativa.

Para Whittemore (2005), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

A pesquisa qualitativa exploratória destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, “assim como os processos subjacentes”. Descritivo porque pretendemos observar e descrever o fenômeno, ou seja, “(...) estudar uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a (...) compreender fenômenos ainda mal elucidados ou conceitos que foram pouco estudados” (GIL, 2016).

### **2.2 Coleta de Dados**

A revisão bibliográfica mediante leitura sistêmica, com fichamento de cada obra, de modo a ressaltar os pertinentes ao assunto em estudo abordados pelos autores. Foram selecionados artigos nas base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde(BVS), Literatura Latino Americana do caribe me Ciências em Saúde(LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online –MEDLINE, PUBMED, no período de dezembro de 2019 a março de 2020.

### **2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa foram estudos publicados nos anos de 2010 a janeiro de 2020, completos e disponibilizados gratuitamente nas bases de dados.

Os critérios de exclusão foram estudos realizados fora do Brasil que contemplarem profissionais que não sejam enfermeiros e que não contemplam a atenção básica. Foram excluídos também artigos que não continham resumo ou texto na integra disponíveis no formato eletrônico.



## 2.4 Análise dos Dados

Dentre os 146 artigos encontrados 14 foram escolhidos. Sendo selecionados 2 artigos da BVS, 10 artigos da PUBMED, 2 artigo da LILACS. Após a leitura de todos os temas, foram lidos os resumos e a partir daí iniciou-se a escolha dos artigos que participariam da construção do trabalho.

Os dados foram dispensados e armazenados na ferramenta Excel, sendo organizadas por tema, autor, ano, local do estudo, dados relevantes a pesquisa e conclusão.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa observou-se condutas realizadas não somente no Brasil, mas também em outros países como Etiópia, Nicaragua, Cuba e Tawan. Diante do exposto alguns artigos foram retirados pois repetiam em base de dados diferentes.

<b>Autores</b>	<b>Artigo</b>	<b>Assunto</b>
Lima, Beatriz de Barros; Farias, Sheila Nascimento Pereira de; Coropes, Viviane Brasil Amaral dos Santos; Siqueira, Janaina Moreno de	Estratégia Saúde da Família na prevenção de dengue, zika vírus e febre chicungunha	Captação e conscientização da população
Dal Ben, Luiza Watanabe	Um ano de esperanças renovadas	Enfermeiro como educador
Tzong-Shiann Ho um b eMei-Chih Huang dShih-Min Wang b eHsian-Chou Hsu c eChing-Chuan Liu	Conhecimento, atitude e prática da doença da dengue entre profissionais de saúde no sul de Taiwan	Conhecimento da equipe sobre a dengue
Martins, Mariana Garcia	Atuação do enfermeiro no combate e prevenção à dengue no PSF rural Estrela do Araguaia no município de São Félix do Araguaia MT	Intervenção
Amir Mohammed Yusuf Neil Abdurashid Ibrahim	Conhecimento, atitude e prática em relação à prevenção da dengue e fatores associados entre profissionais do setor de saúde pública: em Dire Dawa, leste da Etiópia	Conhecimento sobre a dengue e níveis de prevenção
C Kugel	Aprendendo com o terceiro mundo: cuidados com a saúde na Nicarágua	Percepção do enfermeiro observador

Franklin Learcton Bezerra de Oliveira; Rejane Medeiros Millions; Marcelo Viana da Costa; José Jailson de Almeida Júnior; Dany Geraldo Kramer Cavalcanti e Silva	Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre Chikungunya	Análise a atuação dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família
Ethel Leonor Noia Maciel; Carla Braga Oliveira; Janaína Menezes Frechiani; Carolina Maia Martins Sales; Léia Damasceno de Aguiar Brotto; Maristela Dalbello Araújo	Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo	Avaliar as estratégias realizadas pelo enfermeiro no ambiente escolar
McArthur DB	Emerging Infectious Diseases	Necessidades de constituir casos
Pauline Herold Tither MS, MBA, RN, CNP	Prevenção da dengue e da febre chikungunya entre viajantes internacionais	Enfermeiro pode promover a saúde dos viajantes e prevenir a dengue
AH Bhattarai et al.	A adição de SMS móvel melhora efetivamente as práticas de prevenção da dengue na comunidade: um estudo de implementação no Nepal	Promoção da saúde
Ajib Diptyanusa, Rizqiani Amalia Kusumasari, Tri Baskoro Tunggul Satoto	Modelo de Crenças em Saúde da Transmissão Persistente da Dengue em Klaten, Indonésia	Educação em saúde
Cassia Barbosa Reis, Sonia Maria Oliveira Andradell, Rivaldo Venâncio da Cunha	Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da ESF sobre ocorrência da dengue	Comunicação entre profissional e população

Diante dos artigos escolhidos algumas temáticas forma recorrente diante das leituras a partir dessas o desenvolvimento do trabalho permeia-se. Dentre as temáticas considera-se as seguintes:

### 3.1 Conhecimentos da Equipe

Em uma pesquisa realizada na cidade de Tainan, sul de Taiwan com aplicação de um questionário 10 perguntas sobre as medidas de controle, notificação e práticas clínicas das doenças da dengue. No questionário abrangia desde o mosquito vetor, como criadouros, correlação anafítica para surto de dengue, endemia em Taiwan de dengue. Questões relativas ao tempo de notificação, paciente como intermediário da dengue, características clínicas, fases da erupção cutânea. Febre hemorrágica e prevalência em faixa etária, interpretação de exames laboratoriais (TITHER, 2014).

Durante a pesquisa o grupo enfermeiro e médico manteve o desempenho semelhante, exceto sobre o tempo de notificação e a relação hospedeiro intermediário e transmissor. Concluindo que os enfermeiros são mais assertivos na identificação descrições

incorretas sobre o momento de denunciar uma dengue. Contudo, os médicos são melhores em responder ao período de comunicabilidade infecção por dengue. Demonstra também que maioria dos profissionais de saúde em da pesquisa não está familiarizada com o regulamento de notificação (MARTINS, 2016).

Na Etiópia foi realizado estudo com profissionais que foram previamente treinados quanto a dengue e profissionais não treinados e conseqüentemente o estudo demonstrou que os profissionais já capacitados estavam mais preparados para reconhecer sinais e sintomas em tempos oportunos, bem como intervir de forma otimizada do que aqueles que não foram capacitados (MARTINEZ, 2006).

Com isso torna-se essencial o saber do profissional quanto a constante capacitação, aprimorando seus conhecimentos afim de tornar a assistência mais segura ao paciente e a comunidade em geral.

## 3.2 Atuação do Enfermeiro

### 3.2.1 Educador

Em um estudo comparativo realizado no Brasil, exclusivamente com enfermeiros, nas cidades de Parnamirim e Santa Cruz (RN) sobre quais ações são desenvolvidas pelo enfermeiro no controle da dengue e febre de chikungunya, sendo levantadas duas vertentes: educação em saúde e campanha higienista e informações (RANGEL-S, 2008).

Os enfermeiros, tanto de Parnamirim quanto de Santa Cruz realizam atividades educativas nas Unidades básicas de Saúde como nas residências durante as visitas domiciliares, dando ênfase as campanhistas/higienistas.

Os enfermeiros entrevistados informaram realizar palestras educativas com participação popular e também a articulação com o setor de endemias da cidade para fortalecer a discussão. Isso vale também quando referenciam o combate ao vetor *Aedes aegypti* que ocorre através da eliminação dos focos, extinguindo depósitos e/ou lembrando a população dos riscos de deixar recipientes com água abertos.

Ainda no estudo de Oliveira (2016), algumas ações realizadas forma descritas no estudos dentre as quais podemos observar a fala de alguns profissionais enfermeiros, frente as atividade realizadas:

Nossas ações são de caminhadas nas ruas com sacolas recolhendo objetos que possam acumular água, entregando panfletos nas residências, dando orientações. Também realizamos palestras nas escolas e na Unidade Básica de Saúde (Tailândia).

A gente faz palestra, orientação, as vezes faz blitz. Geralmente quando há muitos casos a gente realiza Blitz, vai até as casas e tem um dia de paralização para cuidar só disso (Cuba).

A implementações necessitam ser condizente com a realidade da população s

permanecendo atividades assistencialistas e a população mantém seus hábitos passivos, sendo os profissionais responsáveis pelas atividades que deveriam ser da população. Então percebeu-se no estudo novos métodos para atrair a população:

“Damos orientações aos pacientes com ações de prevenção e promoção. Realizamos também mutirão com músicas, panfletos, sacos de lixo para recolher entulhos/lixo pelo bairro. Orientamos a população quanto à denúncia de terrenos baldios. Temos disponível uma página no facebook que eu atualizo constantemente com informações pertinentes “(Filipinas).

“Realizamos educação permanente com a equipe. Mutirão também com a equipe nas ruas, domicílios e escolas. Realizamos também em sala de espera discussões sobre o tema com a população “(Colômbia).

As ações e campanhas realizadas pela equipe de saúde são assistencialistas que visam realizar a limpeza dos locais e combater o mosquito *Aedes Aegypti*, destruindo os prováveis depósitos favoráveis para sua proliferação, típicas das práticas campanhistas/higienistas. Dessa forma torna-se preocupante como está sendo feito o combate a esse vetor, considerando que as ações são realizadas apenas no período em que há surtos das doenças.

Ainda no papel de educador o enfermeiro necessita compreender o nível de entendimento da população para que possa agir e esclarecer as dúvidas pertinentes para um nível de saúde otimizado. Um estudo realizado na Indonésia onde observou o modelo de crença dos populares em frente a dengue, envolvendo 188 participantes, revelou déficits de conhecimento entre os moradores, onde as barreiras incluem percepções incorretas sobre a gravidade da doença, locais de criação de mosquitos, práticas inadequadas na redução da fonte de mosquitos e toxicidade percebida dos inseticidas. As famílias tendem a pesar os benefícios de realizar o controle de vetores versus os benefícios percebidos.

### *3.2.2 Intermediário entre população e serviços públicos x captação e conscientização da população*

Outra problemática referente ao trabalho de conscientização do manejo a prevenção a dengue é fazer a população entender seu protagonismo em meio as ações abordadas. Um estudo realizado com seis municípios, dos quais forma entrevistados 16 enfermeiros relatam o descaso da população com a limpeza do meio ambiente tanto no ambiente interno como nas ruas. O estudo mostra também que os populares sempre culpam o vizinho, não olhando para o seu ambiente, seu quintal e fazendo uma faxina de forma periódica. Mesmo tendo informações adequadas permanecem com uma conduta inadequada ressaltando a falta de atitude dos moradores para a promoção de um espaço físico saudável (REIS; CUNHA, 2013).

Mesmo com o conhecimento necessário os populares não demonstram práticas preventivas mesmo que os mesmos já têm sido acometidos pela doença, trazendo a reflexão do poder do conhecimento versus o poder da atitude. Existindo ainda a transferência de responsabilidade ao poder público, transmitindo ao setor público a responsabilidade como cidadão contribuinte, transferindo a responsabilidade de toda a limpeza inclusive do quintal ao poder público.

Assim torna-se imprescindível o enfermeiro entender como o popular pensa para entrar em ações e linhas educativas desmistificando os papéis e transferindo responsabilidades coletivas às pessoas envolvidas.

### 3.2.3 Ação

Um dos principais papéis da equipe de saúde é intervir no quadro em que se encontra seu serviço, seja através de mapeamento de áreas, utilização de recursos educativos e realização de atividade pré-programadas e de intervenção.

Em um estudo realizado em Mariana – MG o enfermeiro necessitou junto com a equipe atuar traçando estratégias para diminuir o número de casos na região, na busca de parceria com o município para a realizar exame para sua confirmação, capacitando profissional de saúde para melhor informar a população; através de divulgação de mensagens de combate à dengue nas rádios, carro de som e folhetos impressos distribuídos na comunidade e afixação de cartazes referente ao combate à dengue em unidades de saúde, estabelecimentos comerciais e locais de grande circulação, realização de palestras em escolas municipais e estaduais, divulgação das formas de se combater o mosquito por meio de exposição de materiais e acompanhando a atuação dos agentes de zoonoses e comunitários ajudando a informar como é possível combater o mosquito.

Diante das intervenções foram traçados ainda estratégias que envolviam toda a equipe através de visitas domiciliares, com agentes de endemias para atuarem junto na comunidade realizando as mesma diariamente. Parceria da escola municipal e estadual e incentivando mutirões de limpeza (em formato de gincana) entre escolas, moradores de bairros e ruas. Buscou-se ainda parceria com direção da escola para promover a exibição de vídeos para os alunos sobre a conscientização e eliminação de focos, recomendando que eles apliquem os ensinamentos em suas próprias casas. Capacitando os professores a fim de desenvolverem atividades e orientações sobre a doença e Buscando Parceria com a Secretaria de obras para a realização de limpeza nas ruas dos bairros (MARTINS, 2016).

Outra ação observada nos estudos foi a utilização de SMS para prevenção da dengue e promoção da saúde no Nepal, tendo em vista ser uma tecnologia a baixo custo e de envolvimento significativo da população que demonstrou grande abrangência na área (BHATTARAI et al., 2019).

## 4 | CONCLUSÃO

A relevância do enfermeiro na atenção básica é de grande relevância, tendo em vista sua função como membro integrante da equipe de saúde atuando nas situações que envolvem planejamento, contribuição para ações específicas, bem como consultas ao paciente e direcionamento da equipe, mapeamento, atividades educativas e capacitação dos profissionais.

Apesar da vasta listagem de artigos encontrados, muitos foram publicados antes de 2010, elevando o nível de dificuldade da realização do trabalho e compreensão da temática.

A consulta de enfermagem foi um assunto pouco explorado nos achados, dando uma ênfase maior ao enfermeiro como educador em saúde na maioria das publicações.

Sugere-se a partir daí, uma exploração mais detalhada sobre as ações assistenciais no âmbito da saúde pública do enfermeiro em diversas localidades afim de que a prática possa ser enriquecidas a partir das literaturas encontradas.

## REFERÊNCIAS

ARNELIWATI, AGRINA, DEWI AP. **The effectiveness of health education using audiovisual media on increasing family behavior in preventing dengue hemorrhagic fever (DHF).** *Enferm Clin.* 2019; 29 Suppl 1:30–33, 2019.

\_\_\_\_\_. **Dengue guidelines, for diagnosis, treatment, prevention and control.** This manual provides health professionals and programmes managers with the latest recommendations, 2014.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. ed. Brasília, 2011.

BHATTARAI, A. H, SANJAYA, G. Y, KHADKA, A. et al. **A adição de SMS móvel melhora efetivamente as práticas de prevenção da dengue na comunidade: um estudo de implementação no Nepal.** *BMC Health Serv Res* 19 – 699, 2019.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. **Atuação dos Enfermeiros no controle de um surto de dengue no município de Piripiri-PI,** 2011. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I36574.E10.T8245.D6AP.pdf>>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARTINEZ, T. E. **La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud [Preventing deaths from dengue: a space and challenge for primary health care].** *Rev Panam Salud Publica.* Jul;20(1):60-74, 2006.

MARTINS, M. G. **Atuação do enfermeiro no combate e prevenção à dengue no psf rural estrela do araguaia no município de são Félix do Araguaia – MT.** v. 2, n. 2, p.301-304, 2016.

OLIVEIRA, F. L. B. et al. **Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya.** *Saude soc.* São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1031-1038, 2016.

RANGEL-S, M. L. **Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras.** *Revista Interface* - Comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 433-441, 2008.

REIS, B. R. A; CUNHA, R. V. **Responsabilização do outro: Discurso de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre ocorrência da dengue.** *Rev Bras Enferm*, Brasília; jan-fev; 66(1): 74-8, 2013.

TITHER, P. H. **Preventing dengue and chikungunya fever among international travelers.** *J Am Assoc Nurse Pract*. 26(11):584–594, 2014.

Whittemore R, Knafil K. **The integrative review: update methodology.** *J Adv Nurs*. 52(5):546-53; 2005.

# CAPÍTULO 16

## EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

### **Rosana Oliveira do Nascimento**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Docente de Enfermagem e Mestre em Saúde  
Coletiva. Macapá - Amapá.

### **Hiago Rafael Lima da Silva**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Mércia Gabrielle Bruno Bastos**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Luana Jandira Weber Silva**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Dicleuma Carvalho Ferreira**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Edylany Almeida de Oliveira**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Darci Francisco dos Santos Junior**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Bacharelado em Enfermagem. Macapá -  
Amapá.

### **Luzilena de Sousa Prudêncio**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Docente de Enfermagem e Doutora em Saúde  
Coletiva. Macapá - Amapá.

### **Nely Dayse Santos da Mata**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Docente de Enfermagem e Doutora em  
Ciências - Área Cuidado em Saúde. Macapá -  
Amapá.

### **Rubens Alex de Oliveira Menezes**

Universidade Federal do Amapá (Unifap),  
Docente de Enfermagem, Doutor em Biologia  
de Agentes Infecciosos e Parasitários. Macapá  
- Amapá.

**RESUMO:** O presente estudo relata a experiência, vivenciada por graduandos do 7º semestre do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), durante a disciplina Estágio Supervisionado, em Saúde coletiva no período de fevereiro a maio de 2019 cujo objetivo foi descrever a compreensão dos usuários a partir das práticas da educação popular em Saúde na Atenção Básica (AB). Tal prática ocorreu por meio de rodas de conversa combinando com auxílio de metodologias ativas tipo gravuras, discursos, desenhos e rabiscos. O estudo realizou-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no espaço físico da UNIFAP, na qual é ofertado serviços à população da área de abrangência da universidade, como também, à população de ribeirinhos que buscam assistência à saúde na capital do estado. As técnicas metodológicas utilizadas foram ancoradas nos



princípios Freiriano principalmente em relação aos saberes construídos coletivamente na prática comunitária, criando-se a possibilidade de discutir a razão de ser de alguns desses saberes para que possam ser aceitos pelos usuários, ao contrário da educação em saúde trabalhada de forma convencional por meio de palestra, utilizando materiais como projetor de imagens e panfletos. Os resultados apontaram maior adesão por parte dos acadêmicos em relação a realização da educação popular de forma dialógica, utilizando os saberes populares visando melhor compreensão por parte do usuário da AB. O uso de metodologias ativas proporcionou trocas entre os conhecimentos produzidos na academia e os conhecimentos produzidos no interior das comunidades tradicionais. Outro ponto relevante foi a maior participação do usuário durante as práticas de educação em saúde, e a procura pelos diversos serviços ofertados na citada Unidade de saúde, embora reconheça que esta práxis ainda se apresente como um grande desafio no âmbito da saúde coletiva.

**PALAVRAS - CHAVE:** Educação da população; Educação em Enfermagem; Saúde Coletiva.

## POPULAR HEALTH EDUCATION FROM THE USER'S VIEWPOINT IN BASIC CARE: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** The present study reports on the experience lived by undergraduate students of the 7th semester of the Bachelor of Nursing Course at the Federal University of Amapá (UNIFAP), during the Supervised Internship course, in Public Health from February to May 2019 whose objective was to describe the understanding of users from the practices of popular education in Health in Primary Care (AB). Such practice occurred through conversation circles combining with the aid of active methodologies such as engravings, speeches, drawings and doodles. The study was carried out in the Basic Health Unit (UBS) located in the physical space of UNIFAP, in which services are offered to the population in the area covered by the university, as well as to the population of riverside residents seeking health care in the state capital. The methodological techniques used were anchored in the Freirian principles mainly in relation to the knowledge built collectively in community practice, creating the possibility of discussing the reason for some of this knowledge so that it can be accepted by users, unlike worked health education. conventionally through a lecture, using materials such as image projectors and pamphlets. The results showed a greater adherence on the part of the academics in relation to the realization of popular education in a dialogical way, using popular knowledge aiming at a better understanding by the AB user. The use of active methodologies provided exchanges between the knowledge produced in the academy and the knowledge produced within traditional communities. Another relevant point was the greater participation of the user during health education practices, and the demand for the various services offered in the aforementioned Health Unit, although recognizing that this praxis still presents itself as a major challenge in the scope of public health.

**KEYWORDS:** Education of the population; Nursing Education; Collective Health.

## INTRODUÇÃO

O movimento da educação popular surgido no século XX, despontou no Brasil durante a década de 70, por meio da luta dos movimentos sociais com o intuito de melhorar a relação com a população, rompendo com a tradição do autoritarismo predominante e o

desprezo pelo saber popular (SOUZA et al., 2015). Nesse contexto, em razão de como as informações eram transmitidas inviabilizando a sua plena compreensão pelo público leigo, oportunizou-se a criação de uma estratégia de educação popular que tem como princípio a escuta, o diálogo a reflexão acerca das práticas no cotidiano. Em conformidade com Raimondi, *et al* (2018) a Educação Popular enquanto prática libertadora, é o instrumento pelo qual educador(a) e educando(a), tendo o mundo real como fonte de problematização, colocam a práxis humana em aprendizagem.

Ressalta-se que o movimento da educação popular fortaleceu a relação entre intelectuais e classes populares, uma vez que surgiu da perspectiva de uma proposta teórico-prática capaz de construir uma visão de educação integral que estivesse comprometida social e politicamente com as minorias. Além disso, está centrada no diálogo com o sujeito na relação com o outro, ancorada em Freire o qual tem o diálogo como sentido de aproximação da leitura do mundo e condução ao movimento de ensino-aprendizado significativo, com base na realidade e na confiança (VIEIRA *et al.*, 2020).

No âmbito da saúde pública, a educação popular pode ser associada à prática da educação em saúde, visto que, esta é uma estratégia preconizada pelo Ministério da saúde (MS) e em consonância à Rocha *et al.*, (2017) que aponta para o cuidar atrelado a educação pela via de um processo político-pedagógico, priorizando um pensar crítico e reflexivo, sobre os sujeitos envolvidos no cuidado com a saúde. O processo de educação voltado à saúde, ocasiona transformações significativas tanto na formação quanto no cotidiano do indivíduo, além de revelar-se como uma importante ferramenta para promoção, prevenção e proteção de agravos no cenário da Atenção Primária (AP).

Nessa compreensão, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se constituem em ambientes diversificados, humanizados e propícios para o desenvolvimento dessa prática, possibilitando o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e comunidade, e a maior participação dos usuários nesse processo. Amaral (2015) afirma que quando não há comunicação efetiva e o fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário, o cuidado se torna uma imposição. Dessa forma a educação popular tem como premissa a relação humanizada e a valorização dos saberes constituídos nos múltiplos contextos de produção do conhecimento na família, na igreja, nas comunidades nos rios em todas as dimensões humanas. Nessa perspectiva esta prática tende aproximar as relações dos afetos estabelecidos associando-se ao diálogo e a práticas de amorosidade junto com o outro (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

No bojo do atendimento à saúde com foco nas especificidades dos sujeitos, elaborou-se um plano de atuação com vistas a possibilitar trocas entre os conhecimentos produzidos na academia e os conhecimentos produzidos no interior das comunidades tradicionais, de forma dialógica permitindo a construção de diversos saberes por meio da interação cultural de forma compartilhada, tornando o sujeito coparticipe e autônomo no processo saúde doença. Sendo assim, o movimento de educação popular em saúde refere-

se à valorização dos saberes, das iniciativas dos educandos nos processos educativos, na construção do conhecimento considerando os pressupostos éticos, entre os sujeitos envolvidos (VASCONCELOS, CRUZ, PRADO, 2016).

Nessa lógica, os acadêmicos de enfermagem retrataram a experiência vivenciada com os usuários da Unidade Básica de Saúde/Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) buscando interagir com o grupo por meio de conversas do cotidiano, o que favoreceu o fortalecimento do vínculo, proporcionando um ambiente solidário e dialógico com significativas trocas de ideias e saberes.

Cabe ressaltar que a roda de conversa foi uma importante estratégia usada pelos acadêmicos supracitados uma vez que, ao se acomodarem entre os usuários em formato de círculo, oportunizou-se uma maior aproximação, por meio do olhar de um para o outro em situação de equivalência, pois a educação popular se baseia na horizontalidade, diálogos coletivos na construção compartilhada de alternativas para a compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e melhores condições de vida (CARVALHO, 2015).

Adicionalmente, conforme Melo *et al* (2016) o diálogo funciona como um recurso didático, uma ferramenta real para fazer aflorar opiniões divergentes e convergentes, o refletir e o agir no cotidiano dos sujeitos. Face ao exposto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante a realização de educação popular com os usuários da Atenção Básica.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, as pesquisas descritivas visam primordialmente a descrição das características de uma determinada população, fenômenos ou até mesmo a relação entre as variáveis. Quanto à abordagem, optou-se pela qualitativa em virtude deste campo se relacionar ao universo de aspirações, significados, compreensões, crenças e valores (LIMA; FERREIRA NETO; FARIAS, 2015).

O presente estudo relata experiência vivenciada por acadêmicos do 7º semestre de graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde coletiva, durante o período de fevereiro a maio de 2019. As experiências foram relatadas a partir das práticas de educação popular realizadas pelos discentes, com a população que utiliza o serviço público de saúde.

Nessa conjuntura, o grupo citado buscou compreender qual seria o entendimento desses sujeitos sobre as temáticas a serem explanadas durante a educação popular em saúde, considerando seus saberes, a cultura local e o cotidiano dessas populações. Os participantes do estudo foram os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais buscavam assistência na UBS/UNIFAP, sendo abordados enquanto aguardavam por atendimento, em salas de espera, esse espaço favorece a interação, construção de significados, de aprendizado e mudanças de estilo de vida (NEGRÃO et al., 2018).

O estudo realizou-se na UBS - situada no espaço físico da UNIFAP, a qual presta serviços de saúde à população residente em torno da universidade, como também, à população de ribeirinhos que buscam assistência à saúde na capital do estado. Ressalta-se que a unidade de saúde em questão, desenvolve vários programas preconizados pelo Ministério da Saúde desde 2006 até o presente, tais como: Programa de Imunização, atenção integral a saúde da mulher, da criança, controle de doenças crônicas, entre outros.

Diante desse cenário, considerando o cotidiano dos participantes e suas respectivas necessidades, foram identificados os temas que seriam percorridos pelos acadêmicos de enfermagem, utilizando-se das metodologias ativas durante a realização das ações educativas, com o intuito de compartilhar conhecimentos com os participantes. Sendo assim, antes de iniciar tais atividades optou-se por dividir as mesmas em três momentos:

**1º momento** - Acolhimento ao usuário na UBS: essa etapa constituiu-se do primeiro contato entre os acadêmicos de enfermagem e os participantes, ao serem recebidos no espaço destinados a espera pelos atendimentos. Destaca-se que, as apresentações ao público-alvo foram imprescindíveis ao processo, enfatizando que os acadêmicos se apropriaram de conhecimentos prévios a respeito das concepções de educação popular a partir do referencial teórico por meio de leituras.

Ademais, a identificação de hábitos, costumes e crenças da população em questão favoreceu substancialmente a aproximação, o reconhecimento do outro e o fortalecimento de vínculo de maneira fluida e livre gerando confiabilidade, credibilidade entre os envolvidos. Dessa forma, iniciou-se então o diálogo preliminar com a finalidade de realizar os diagnósticos em função das necessidades do grupo.

A partir de então, os acadêmicos passaram a utilizar a técnica de observação direta que foi de grande valia para os discentes em relação aos usuários, pois propiciou o entendimento de aspectos peculiares ao cotidiano, à realidade e as visões de mundo dos participantes. Santos, Araújo e Bellato (2016) afirmam que a observação é uma técnica muito empregada em pesquisas sociais, por permitir as descrições minuciosas de lugares, objetos, situações, interações, e aproximar o pesquisador dos contextos e das pessoas.

Mediante o acolhimento e maior aproximação com os usuários os acadêmicos se sentiram mais confortáveis e seguros para prosseguirem à fase de elaboração dos temas norteadores e as metodologias a serem utilizadas, considerando o conhecimento preexistente da população tais como: falas, expressões empregadas nas suas realidades assim como, seus respectivos significados. Nesse momento, percebido o baixo nível de escolaridade desses usuários, optou-se por direcionar o prosseguimento das atividades de troca de conhecimentos com a utilização de desenhos e rabiscos simples o que, viabilizou a participação dos presentes em sua totalidade.

Ressalta se que o 1º momento foi de construção coletiva por meio de trocas de ideias além de grandes desafios, fortalecendo a relação entre ambos. Freire (1996) afirma que essas relações são narradoras e dissertadoras entre sujeitos no ato de criar e recriar

o conhecimento. O mesmo autor também reitera que esse primeiro passo ocorre por meio da observação livre, e do registro em forma de diário de campo. A partir desse momento, foram definidos os seguintes temas norteadores a serem apresentadas aos usuários: Sífilis; Hanseníase; Imunização; Alimentação Saudável; Tuberculose e Higiene.

**2º momento** – Intervenção: Foram planejadas as abordagens em relação aos temas assim como a aplicabilidade das metodologias ativas: roda de conversa associada às diversas dinâmicas interativas tais como: cordel, álbum seriado, quatro imagens e desenho espontâneo, objetivando a participação do grupo por meio de discussões menos formais, e que privilegiassem o debate e a troca de experiências, permitindo a interação entre sujeitos e acadêmicos em questão (**Tabela 01**).

Cordel	Álbum seriado	Desenho espontâneo	Quatro imagens
Essa dinâmica foi realizada utilizando apenas um pedaço de fio barbante com aproximadamente setenta centímetros, pregadores de roupa e imagens relacionadas ao tema que seria abordado. Os acadêmicos iniciavam a educação em saúde indagando os usuários sobre o tema, e no decorrer da dinâmica, eles pregavam as imagens no fio barbante, para que todos pudessem visualizar, fixando o aprendizado e entendimento sobre a temática apresentada.	O álbum seriado foi elaborado em forma de um grande livro de histórias. Dentro dele, os acadêmicos colaram figuras e imagens coloridas relacionadas ao tema do dia, e escreveram palavras chaves para que passasse a impressão de livro de histórias. Tais palavras eram escritas de forma simples/popular, visando a compreensão por parte dos usuários;	A dinâmica do desenho espontâneo baseava-se na interação entre os acadêmicos e os usuários. Após a apresentação do grupo, eles revelavam qual tema seria abordado no dia, distribuíam folhas coloridas de papel, giz de cera, lápis de cor e canetas esferográficas, solicitando que as pessoas desenhassem, rabiscassem ou escrevessem algo que representasse para elas, o tema abordado	Esta dinâmica interativa baseava-se na criação de um conjunto de quatro imagens acerca de um determinado tema, onde duas imagens eram coladas uma na outra de forma sequencial afim de que não saíssem da ordem;

Tabela 01- Metodologias desempenhadas pelos acadêmicos

Fonte: Autores da Pesquisa

**3º momento** – Reflexão: Nesse último momento, após a explanação dos temas propostos anteriormente, os acadêmicos buscaram instigar os participantes a fim de que eles se manifestassem sobre o seu entendimento em relação a prática da educação em saúde, com o intuito de identificar por meio das falas, desenhos e rabiscos a eficácia das metodologias, e se realmente havia ocorrido a compreensão sobre o conteúdo explanado, considerando a questão cultural as crenças e o pensamento crítico-reflexivo dessa população visando enfretamento dos problemas e melhor qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

Ao trabalhar com as metodologias (**Tabela 01**) constatou-se motivação, atenção por parte dos usuários em relação a temática apresentada. Através do contato direto com usuários e a comunicação simplificada, os conteúdos ministrados nas iniciativas de educação popular se tornaram de fácil compreensão aos sujeitos participantes o que foi constatado diante de diversas reações e manifestações do grupo.

Sobre as metodologias ativas Monteiro, Andrade e Castro (2018) consideram a importância do uso dessas metodologias nas atividades educativas, de forma a despertar o interesse e aprendizagem da população sobre às melhorias de suas condições de vida. Nessa perspectiva Xavier e Flôr (2015) afirmam que essas abordagens levam a comunidade a reflexão, compreensão da sua realidade ressignificando o cotidiano e provocando mudanças na visão de mundo.

Corroborando com as autoras, Afonso *et al.*, (2015) explicam que o ser humano na sua essência é social e por meio da interação com outros, constroem opiniões e comportamentos favorecendo a capacidade de entendimento e aprendizagem. A partir de então, percebeu-se a necessidade de abordar esses temas para esclarecer as dúvidas dos usuários, além de efetivar a troca dos conhecimentos entre os saberes popular e científico.

Dessa maneira, observou-se a manifestação da comunidade por meio da interação e discursos em relação aos temas abordados. A metodologia empregada despertou a atenção e a participação dos usuários por meio de relatos ocorridos no convívio com familiares, entre os vizinhos e através dos desenhos, rabiscos e mensagens. Nessa conjuntura os rabiscos e desenhos são justificados por meio da representação cognitiva o que remete ao conhecimento e a um conjunto de habilidades as quais armazenam e processam informações por meio da aprendizagem. Vereza (2016) explica que a cognição é um processo de aquisição de conhecimento, raciocínio, memória, atenção e imaginação. Tal processo foi usado pelos usuários para demonstrar sua aprendizagem e entendimento sobre o tema abordado.

Seguindo as instruções dos acadêmicos, o grupo manifestou seus entendimentos sobre o que lhe fora repassado de ensinamentos. Notou-se também, que nas folhas coloridas estavam escritas palavras que configuram expressões do cotidiano com vários significados tais como: “muito bom! Legal! Gostei!” e finalizavam com aplausos, sendo que essa atitude reflete a aceitação da metodologia aplicada. Entende-se que os usuários se apoderaram dessa forma de linguagem usando expressões do cotidiano, com grande significado para eles a fim de demonstrar a compreensão sobre o conteúdo repassado.

Os autores consideraram essa manifestação como agradecimento pela compreensão sobre os conteúdos repassados. Vale lembrar que a linguagem coloquial, as trocas de vivências do cotidiano, e a realidade desses sujeitos contribuíram para a satisfação do grupo. Para Negrão *et al.*, (2018) a linguagem tem papel fundamental no processo de

aprendizado e relação do ser humano com o mundo.

A respeito da Imunização, observou-se entre os rabiscos e desenhos nas folhas de papel coloridas que uma usuária havia desenhado um sol e nesse momento, ao ser indagada pelos acadêmicos sobre o significado do referido desenho, a usuária justificou em seu discurso que o desenho se referia a “uma luz, um novo dia que ela sabia mais coisas sobre essa vacina”. Os acadêmicos entenderam que por meio da prática de educação popular em saúde, haviam sido esclarecidas dúvidas da usuária sobre vacinas e promoção a saúde, proporcionando o empoderamento do grupo em questão. Malta, *et al.*, (2016) afirmam que a promoção da saúde é também compreendida como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde no âmbito individual e coletivo. Para Amaral (2015) a promoção da saúde está diretamente vinculada à obtenção das informações necessárias para autonomia da comunidade diante das adversidades no seu cotidiano.

Quanto a temática sobre Alimentação Saudável, os desenhos apresentavam pequenos cachos de açaí, alimento cuja significação é de grande importância para a população do Amapá, em razão de ser consumida como refeição principal. Além disso, complementavam em suas falas que “aquele momento havia sido tão bom quanto o açaí que tomam todos os dias”. Neste contexto o grupo vinculou os desenhos a questão cultural, a qual representa a identidade de um povo por meio dos hábitos, crenças e costumes pertinentes a uma localidade. Nessa perspectiva Lima, Ferreira Neto e Farias (2015) afirmam que ingerir alimentos é sobretudo uma ação prazerosa, encontra-se atrelado aos significados que envolvem herança cultural, memória afetiva e momentos de sociabilidade.

Sendo assim, percebeu-se que os alimentos têm um grande significado no cotidiano dos usuários incluindo vários aspectos entre os quais a questão cultural, que irá definir regras que determinam quais substâncias são comestíveis, quem prepara o alimento, quem serve as refeições entre outros. Para Lima, Ferreira Neto e Farias (2015) A comida exerce um fator facilitador de relações e do diálogo nos eventos, além do poder de agregar às pessoas presentes.

Em relação à temática sobre Higiene, os desenhos analisados pelo grupo de acadêmicos demonstraram certo conhecimento sobre o que estava sendo repassado em razão de existirem desenhos de chuveiro, um pequeno recipiente para tirar água de um depósito e banhar-se da maneira que chamam de “banho de cuia”, assim como o desenho de um rio considerando que dentre os usuários, vários eram ribeirinhos e portanto, detinham o contexto do rio em sua realidade cotidiana. Lira e Chaves (2016) explicam que o rio possui um alto poder simbólico para os ribeirinhos, que apresentam um modo particular de vida em suas relações sociais e seus saberes.

Nessa perspectiva os autores foram surpreendidos pelo discurso de uma usuária que afirmava usar óleo de coco no banho em substituição ao sabonete, afirmava que o referido produto era produzido por ela. Esse momento foi de grande valia posto que ocorreu a troca de receitas sobre a produção do óleo, configurando o compartilhamento do saber. A esse

respeito Acioli *et al.*, (2016) chamam atenção para a necessidade do compartilhamento entre os conhecimentos populares e os científicos para estabelecimento de diálogos e proximidade entre usuários e profissionais de saúde com o intuito de fortalecimento de vínculo e eficácia no aprendizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta vivência contribuiu para ampliar o olhar dos acadêmicos sobre a importância das práticas de educação em saúde como o uso de metodologias de ensino-aprendizagem, possibilitando maior participação do sujeito no processo de saúde individual e coletivo. Outrossim, percebeu-se a necessidade de contemplar na formação do enfermeiro o contato com a comunidade estreitando laços para o reconhecimento de suas fragilidades e possibilidades, bem como a adaptação das atividades conforme o que foi identificado.

Outro ponto destacado pelos acadêmicos foi a respeito da relação dialógica, embora tenha sido um grande desafio pois necessitaram aprender, compreender o universo da população, permeado de significado, para então poderem interagir com o grupo, ao mesmo tempo observaram a riqueza nas representações, presentes na cultura e comportamento da população.

A construção das atividades voltadas à comunidade deve ser orientada de forma prazerosa a fim de estimular a participação dos indivíduos no processo de ensino aprendizagem, proporcionando maior autonomia, respeito e valorização ao saber popular. Desse modo, entende-se que será possível alcançar os participantes aproximando-se de forma gradativa e permanente, fortalecendo o diálogo entre o saber popular e o saber científico sensibilizando-os quanto às boas práticas e provocando mudanças nos cenários da saúde.

Constatou-se também que os acadêmicos passaram a utilizar os saberes populares com maior frequência durante as práticas de educação em saúde, assim como em outros atendimentos, contribuindo com maior adesão por parte dos usuários. Embora, se reconheça que a referida prática ainda se apresenta como um grande desafio, as metodologias ativas desenvolvidas foram de grande valia nesse contexto pois possibilitou perceber por meio da observação, a interação e representações expressadas pelos usuários além das considerações, relatos, desenhos que simplificam o entendimento sobre o seu cotidiano e visão de mundo.

Valorizar e conhecer o saber do usuário por meio do compartilhamento de suas expectativas, vivências, dúvidas e experiências, é muito importante no sentido de identificar se foi possível, alcançar o entendimento e a sensibilização dele, visando a reflexão conscientização sobre atitudes positivas para sua saúde, tornando-o participante do processo saúde doença e vislumbrando melhorias na qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* Saberes científicos e populares na Estratégia Saúde da Família na perspectiva hermenêutica-dialética. **Online braz j nurs.** v. 15, n. 4, p. 644-654, 2016.

AFONSO, A. Q. *et al.* EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DA PRÁTICA DE RESIDENTES DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS PARAENSES. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 42, n. 4, p. 763-774, ago. 2020. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2537>>. Acesso em: 22 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2537>.

AMARAL, I. B. S.T. Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Saúde em Debate** [online]. v. 39, n. 107, p. 1173-1181, out.-dez. 2015. ISSN 2358-2898. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070115>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420161070115>>. Acesso em: 22 Ago. 2020.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>>. Acesso em: 23 Set. 2020.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes Necessários à Prática Educativa. 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. ISBN 85-219-0243-3.

LIMA, R. S.; FERREIRA NETO, J. A.; FARIAS, R C. P. Alimentação, Comida e Cultura: o exercício da comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 507-522, jul. 2015. ISSN 2238-913X. DOI:<https://doi.org/10.12957/demetra.2015.16072>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16072>>. Acesso em: 22 set. 2020.

LIRA, T. M; CHAVES, M. P. S. R. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 17, n. 1, pág. 66-76, mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.20435/1518-70122016107>. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-70122016000100066&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122016000100066&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 de agosto de 2020.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. . ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>>. Acesso em: 22 set. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 6, pp. 1683-1694, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>>. Acesso em: 22 Set. 2020. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

MELO, R. H. V. *et al.* Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 301-309, Jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000200301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2020.

MONTEIRO, I. O. P.; ANDRADE, A. B. C. A.; CASTRO, B. M. C. Educação em saúde: compartilhando saberes em saúde com alunos do ensino fundamental na cidade de Manaus. **Saúde em Redes**. v. 4, n. 2, p. 183-189, 2018. DOI (PORTUGUÊS): <https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n2.1007g291>.

NEGRÃO, M. L. B. *et al.* Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3105-3112, 2018.

RAIMONDI, G. A. *et al.* Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n. 2, p. 73-78, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20170043.

ROCHA, R. G. *et al.* Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre a experiência das práticas de educação em saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, p. e1603, 2017. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1603>.

SANTOS, P. R. M.; ARAUJO, L. F. S.; BELLATO, R. O campo de observação em pesquisa sobre a experiência familiar de cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160055, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160055>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300215&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300215&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 set. 2020.

SOUZA, K. M. *et al.* Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 18, suppl 2, p. 1513-1522, 2015. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0541>>. Acesso em: 22 de setembro de 2020.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C.; PRADO, E. V. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 835-838, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0767>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2020.

VEREZA, S. C. COGNIÇÃO E SOCIEDADE: UM OLHAR SOB A ÓPTICA DA LINGUÍSTICA COGNITIVA. **Ling. (dis)curso**, Tubarão, v. 16, n. 3, pág. 561-573, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4017-160303-0416d15>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-76322016000300561&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-76322016000300561&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de Agosto de 2020.

VIEIRA, S. L. *et al.* DIÁLOGO E ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. supl. 1, p. e0025385, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000400505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400505&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 24 de Set. 2020.

XAVIER, P. M. A; FLÔR, C. C. C. Saberes populares e educação científica: um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**. v. 17, n. 2, p. 308-328, 2015. ISSN: 1415-2150. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129542163003>. Acesso em: 22 Set. 2020.

# CAPÍTULO 17

## EDUCAR E PREVINIR O ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR COM UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Data submissão: 06/10/2020

### Luciane Silva Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
Sobral, CE, Brasil.  
<http://orcid.org/0000-0002-6169-3459>

### Mikaelle Fernandes Marques

Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Sobral, CE, Brasil.

### Jefferson Dantas da Costa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-8562-7608>

### Lucas Teixeira de Sousa Santos

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-7009-2121>

### Paula Andréia Araújo Monteiro

Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-3474-5997>

### Nataniel Lourenço de Souza

Centro Universitário Instituto Superior de  
Teologia Aplicada (UNINTA)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-9778-8989>

### Maria José Dias Gonzaga

Centro Universitário Instituto Superior de  
Teologia Aplicada (UNINTA)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-4558-4778>

### Adenysse Cavalcante Marinho Sousa

Faculdade Maurício de Nassau  
Fortaleza, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-7947-1651>

### Maria Janileila da Silva Cordeiro

Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Sobral, CE, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-4979-1523>

**RESUMO:** **Introdução:** O adoecimento cardiovascular acomete a população independente de idade, com diversos fatores de risco. As tecnologias educativas podem educar e prevenir doenças através da aplicação em momentos oportunos em determinado público. **Objetivo:** construir uma tecnologia educativa para prevenção do adoecimento cardiovascular. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido em janeiro e fevereiro de 2019. A construção da tecnologia foi estabelecido as duas etapas: revisão de literatura sobre a temática, elaboração e desenvolvimento da tecnologia. Com base nos principais fatores de risco que mais acometem a população. **Resultados:** Foram identificados estudos sobre o adoecimento cardiovascular nas bases de dados selecionadas e assim percebemos a participação da equipe multiprofissional na criação de outras tecnologias. Com base nesses estudos foi possível construir a tecnologia educativa intitulada pelos autores “Amarelinha do Coração”, embasado com os principais fatores de risco com maneiras de prevenção de doenças através da dinâmica com a tecnologia. **Conclusão:** A tecnologia educativa

é válida quanto ao conteúdo e compreensível pelos participantes de forma que possui uma utilização viável na educação em saúde para prevenção de doenças cardiovasculares.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Tecnologias Educativas.

## EDUCATE AND PREVENT CARDIOVASCULAR DISEASE WITH EDUCATIONAL TECHNOLOGY

**ABSTRACT: Introduction:** Cardiovascular disease affects the population regardless of age, with several risk factors. Educational technologies can educate and prevent diseases through application at appropriate times in a specific audience. **Objective:** to build an educational technology to prevent cardiovascular disease. **Method:** This is a methodological study, developed in January and February 2019. The construction of the technology was established in two stages: literature review on the theme, elaboration and development of the technology. Based on the main risk factors that most affect the population. **Results:** Studies on cardiovascular disease were identified in the selected databases and thus we perceived the participation of the multidisciplinary team in the creation of other technologies. Based on these studies, it was possible to build the educational technology entitled by the authors “Amarelinha do Coração”, based on the main risk factors with ways of preventing diseases through the dynamics with technology. **Conclusion:** The educational technology is valid in terms of content and understandable by the participants so that it has a viable use in health education for the prevention of cardiovascular diseases.

**KEYWORDS:** Nursing; Cardiovascular diseases; Educational Technologies.

### 1 | INTRODUÇÃO

Os estudos evidenciam a importância da implantação de programas que priorizem a adoção de estilo de vida saudável que seja acessível a toda população (SILVA *et al*, 2014). Existem evidências que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem ser revertidas através de intervenções em promoção de saúde especialmente quando atuado com equipe multiprofissional (MALTA, 2014). A aplicação de medidas terapêuticas, como o uso de tecnologias educativas intensificam a abordagem do conhecimento em fatores de riscos e diminuir o adoecimento DCNT (GOMES; BEZERRA, 2018).

Vivemos em constante transformação e precisamos de estratégias que seja eficaz no bem estar das pessoas um momento de ensino aprendizagem com o uso de tecnologias educativas que atenda todas essas necessidades além da conscientização do paciente (MAGALHÃES, 2014).

As medidas terapêuticas não farmacológicas implica na promoção da saúde para melhorar a compreensão das doenças e seus efeitos, estimular hábitos saudáveis e mudança no estilo de vida, além do incentivo a participação (GOMES; BEZERRA, 2018). As intervenções devem acontecer além da promoção da saúde, ser voltada para o conhecimento de prevenção primária, secundária e tratamento (MALTA, 2014).

A tecnologia educativa destaca-se por promover à saúde, prevenção das Doenças

Cardiovasculares (DCV) e fortalecer a relação entre profissionais e sendo fundamental na eficácia da utilização tecnológica (SOUSA; MOREIRA; BORGES, 2014). As intervenções educativas podem modificar os dados epidemiológicos, as DCNT deixando de ser as principais causas de morte (GANASSIN *et al*, 2016). Investir em ações de prevenção e promoção na mudança de estilo é fundamental para aumentar a qualidade de vida (TESTON,2016).

As tecnologias educativas devem atuar como medidas terapêuticas não farmacológica com a intenção de compreensão da doença acometida e seus efeitos, estimular hábitos saudáveis, orientar uma mudança de estilo de vida e incentivar o participante para cuidado com a saúde (GOMES; BEZERRA, 2018).

De acordo com a exposição dos fatores de riscos da população faz-se necessário a implantação de tecnologias educativas dentro de instituições educacionais desde do nível fundamental ao superior e unidades de saúde da atenção primária a terciária, pois desde de criança deve existir a educação e prevenção das doenças (MORAÍS, 2018).

Com o uso dessas tecnologias educativas é fundamental identificar o impacto à população aplicada, e também verificar qual os fatores de riscos que mais afetam (TESTON, 2016). No fim da aplicação das tecnologias o mediador deve deixar um momento aberto para o participante compartilhar experiências, dificuldades, dúvidas e expressar sua opinião (GOMES; BEZERRA,2018).

Assim, o estudo teve como objetivo construir uma tecnologia educativa para prevenção do adoecimento cardiovascular.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológico, para construção de tecnologia educativa para prevenção do adoecimento cardiovascular, desenvolvido no período de janeiro a fevereiro de 2019.

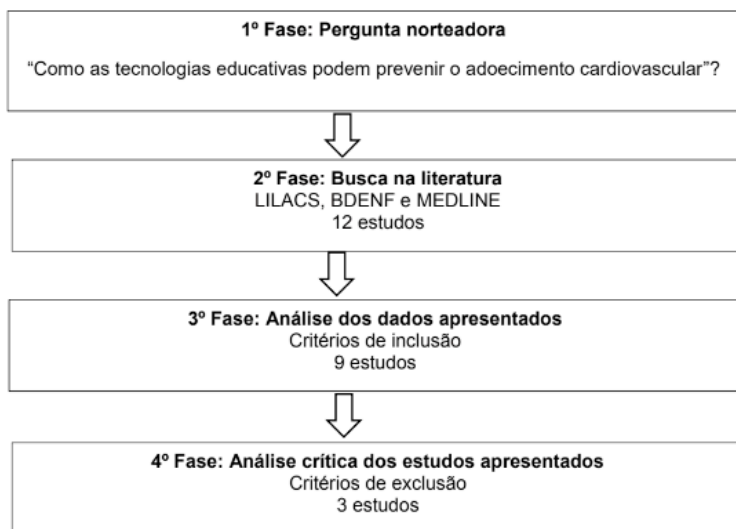
Para construção da tecnologia foi estabelecido as seguintes etapas: 1- revisão de literatura sobre a temática; 2- elaboração e desenvolvimento da tecnologia.

Na busca na literatura utilizou-se estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, com base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) através das palavras-chave com o operador booleano AND para refinar a busca dos estudos: *educação em saúde and doenças cardiovasculares and enfermagem*.

Foram identificados 12 artigos primeiramente, os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis gratuitamente na integra online, na língua portuguesa, publicados em 2014 a 2019 e o tipo de documento para artigo refinou-se para nove estudos. Já os critérios de exclusão usados foram: artigos repetidos, sendo mantido apenas a primeira versão identificada e artigos que não apresentavam em sua discussão considerações sobre uso

de tecnologia educativa para prevenção de adoecimento.

Após a identificação dos estudos, de acordo com a pergunta norteadora, os critérios de inclusão e exclusão supracitado, foi realizada avaliação pelo título, resumo e leitura na íntegra da publicação restaram apenas sete artigos dentro dos critérios preestabelecidos para amostragem final. A partir de então, foi realizado um quadro sinóptico com o delineamento dos passos metodológicos dessa revisão integrativa (Quadro 1).



Quadro 1. Quadro sinóptico com delineamento dos passos metodológico

### 3 | RESULTADOS

Entre os quatro estudos inclusos na revisão integrativa, observou que cinco estavam publicados na base de dados LILACS, dois na base de dados BDENF e os encontrados na base de dados MEDLINE não encontravam entre os requisitos dos critérios de inclusão. Para melhor compreensão dos estudos encontrados foi realizado uma ferramenta (Quadro 2), que contém o título, autores, categoria dos autores, tipo de estudo, fonte e ano. Com esses estudos foi possível identificar os estudos sobre educação em saúde para adoecimento cardiovascular.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Categoria dos autores</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Fonte</b>	<b>Ano</b>
Jogos recreativos para um grupo de idosos: impactos sobre a saúde mental e cardiovascular	Pellaza, et al	Enfermagem e Educação Física	Descritivo	Lilacs	2019
Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares	Ganassi, et al	Enfermagem	Intervenção randomizado e controlado	Lilacs	2016
Estratégia de saúde da família: Intervenções de enfermagem sobre os fatores de risco cardiovasculares.	Silva et al	Enfermagem	Exploratório descritivo e analítico	Lilacs	2015
Atividades educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio	Lima et al	Enfermagem	Descritivo	BDEF	2017
Mensuração dos níveis pressóricos de idosos hipertensos em um programa de referência da atenção primária	Pellaza, et al	Enfermagem	Descritivo	BDEF	2018
Características e qualidade de vida de pessoas com diabetes	Nóbrega et al	Enfermagem	Descritivo	Lilacs	2019
Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde	Gomes et al	Enfermagem e psicologia	Longitudinal	Lilacs	2016

Quadro 2: Distribuição dos estudos sobre educação em saúde para adoecimento cardiovascular.

Fonte: Elaboração dos próprios autores

De acordo com o Quadro 02, percebe-se a participação da equipe multiprofissional com o destaque em todos estudos o profissional da enfermagem, a categoria com mais interesse em conhecer e buscar a melhoria com seus pacientes. No estudo sobre o estresse, um dos fatores de risco para DCV, tem a presença do profissional psicólogo, cuja categoria tem interesse de estudo na área. Também teve a participação do educador físico, no estudo sobre a intervenção de jogos educativos com os idosos.

Após a seleção dos estudos encontrados na revisão de literatura e sua análise, foi feito uma divisão do material por sequência para um melhor entendimento dos fatores de risco que levam ao adoecimento cardiovascular. Com embasamento dos estudos foram fundamentais para a construção de cada pergunta da tecnologia educativa.

A tecnologia educativa “Amarelinha do coração” intitulada pelos autores, foi confeccionado onze folhas de papel 60kg, cada um com foto, de algumas práticas realizadas diariamente que adoecem o coração ou previne doenças cardiovasculares. As imagens eram de tamanhos que permite ao jogador pisar dentro. Os participantes só conseguiram avançar de casa se não cometer a determinada prática que poderá adoecer o coração ou

se comprometer a partir daquele momento não realizar a prática que poderá trazer danos e conseqüentemente as DCV. A cada mudança de casa mostra o quanto o participante terá uma qualidade de vida se seguir fielmente cada um dos passos, expostos no jogo. O vencedor será o jogador que chegou primeiro no coração feliz, significando que o seu coração estará saudável. A Figura 1 apresenta como ficou a Amarelinha do Coração.



Figura 1: Amarelinha do coração

Fonte: Elaboração dos próprios autores

## 4 | DISCUSSÃO

Todos estudos apresentam como tema principal as DCV, devido ao alto predomínio de pessoas acometidas. Para Mistsunga *et al* (2018) as doenças crônicas não transmissíveis



(DCNT) representam um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, apenas em 2015, as DCNT foram responsáveis por cerca de 40 milhões de mortes, quase 70% da mortalidade global.

Depois das análises dos estudos compreendemos que os principais fatores de risco que levam ao adoecimento cardiovascular, estão relacionados ao estilo de vida, hábitos alimentares, com a ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, falta de atividade física, obesidade, consumo em excesso de sódio, conservantes e gordura. Os fatores de risco modificáveis causam impacto nas DCV porque, demonstram a importância da implementação de programas de promoção da saúde e qualidade de vida, inclusive nos locais de trabalho (MISTSUNAGA *et al*,2018). Nessa perspectiva devemos criar novos hábitos de vida que devem ser modificados para se obter uma melhor qualidade de vida além de reduzir agravos à saúde da população.

Um dos principais fatores de riscos para DCV é a inatividade física, estima-se que seja responsável por 3,2 milhões de mortes no mundo, as pessoas que não realizam pelo menos 150 minutos de atividade física diária apresentam maior risco de mortalidade do que os ativos (MISTSUNAGA *et al*,2018). Outro fator de risco importante que colabora para o adoecimento cardiovascular, é o estresse considerada potencialmente nocivo à saúde (GOMES, 2016).

As condições de trabalho podem ser determinantes para um aumento do risco de desenvolvimento de sintomas de estresse, e as que têm oferecido fatores de risco elevado para doenças cardiovasculares são aquelas que incluem demandas psicológicas e de trabalho elevadas, redução da autonomia e da satisfação no trabalho (GOMES, 2016).

Segundo Malta (2014) os desafios para DCNT, são os incentivos financeiros políticos para promoção à saúde, prevenções de doenças e intervenções curativas e a responsabilidade ser voltada apenas aos enfermeiros da atenção básica. A enfermagem torna-se a única responsável em promover a educação em saúde numa equipe multiprofissional, é o facilitador em realizar atividades educativas.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia educativa “Amarelinha do Coração” foi construída a partir da revisão de literatura científica para a identificação dos principais fatores de risco para prevenção do adoecimento cardiovascular.

É adequado que durante a avaliação de materiais educativos, o público-alvo possa opinar quanto ao conteúdo, linguagem e aparência para que o material se torne adequado de acordo a necessidade dos participantes. Dessa forma, recomenda-se que em todo estudo metodológico seja valorizado a etapa de avaliação do público-alvo. Portanto, este estudo pode ser usado em diversos públicos-alvo e ambiente de atuação para prevenção de

adocimento cardiovascular. Assim este material contribui como prevenção do adocimento cardiovascular como educação em saúde realizada pela enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. GANASSIN, G. S. et al; Efetividade da intervenção educativa no conhecimento dos homens relacionados às doenças cardiovasculares. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.29, n.1, p. 38-46, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000100038](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100038)  
Acesso em: 17 de dezembro 2018.
2. GOMES, C. M.; Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.69, n.2, p.351 – 359, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200351&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200351&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
3. GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. da S.; Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.43, n.2, p.91 – 96, 2018. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1076>. Acesso em: 4 de janeiro de 2019.
4. MAGALHÃES, F. J.; Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.67, n.3, p.394 – 400, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0394.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2019
5. MALTA, D. C.; Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4341 – 4350, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104341&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104341&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 4 de janeiro de 2019.
6. MISTSUNAGA, P. K. et al; Avaliação de um programa regular de atividade física sobre os custos médico-hospitalares de uma empresa de serviço de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Campinas, SP, v.16, n. 2, p. 121-127,2018. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/307/pt-BR/avaliacao-de-um-programa-regular-de-atividade-fisica-sobre-os-custos-medico-hospitalares-de-uma-empresa-de-servicos-de-saude>. Acesso em: 15 de janeiro de 2019.
7. MORÁIS, H. C. C.; Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes universitários. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v.19, n.e – 3487, p.1 – 8, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33858>. Acesso em: 1 de fevereiro de 2019.
8. SILVA, M. S. et al; Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em programa de educação nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.5, p.1409-1418, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000501409&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000501409&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 de janeiro de 2019.

9. SOUSA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P.; Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.48, n.5, p.944 – 951, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-944.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-944.pdf). Acesso em: 2 de fevereiro de 2019.

10. TESTON, E. F.; Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n.2, p.95 – 102, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/118390/115943>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2019

# CAPÍTULO 18

## FATORES ASSOCIADOS À PERSPECTIVA DE TEMPO FUTURO DURANTE A GESTAÇÃO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 07/09/2020

**Laila Teixeira Gonçalves**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<http://lattes.cnpq.br/1566020850345456>

**Luiza Guimarães Oliveira**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<http://lattes.cnpq.br/1303645432127744>

**Clessiane de Brito Barbosa**

Universidade Federal da Bahia, Instituto  
Multidisciplinar em Saúde  
Vitória da Conquista-Bahia

<https://orcid.org/0000-0003-1646-323X>

**Daniela Sousa Oliveira**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<https://orcid.org/0000-0002-6957-0074>

**Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<http://orcid.org/0000-0001-8302-6887>

**Cristiane Pereira Novaes**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<https://orcid.org/0000-0001-5563-1852>

**Emanuella Soares Fraga Fernandes**

Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-  
Bahia

<https://orcid.org/0000-0002-5046-3121>

**Marisa Fernandes Seixas**

Faculdade de Ciências e Tecnologia da Bahia,  
Santa Maria da Vitória-Bahia

<http://lattes.cnpq.br/1835151693779034>

**RESUMO:** **Objetivo:** analisar os fatores associados a perspectiva temporal futura (PTF) de gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em um município do interior da Bahia. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com 104 gestantes assistidas pela Atenção Básica do município de Guanambi-BA. **Materiais e Métodos:** A coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário contendo informações sócio demográficas, comportamentais e relacionados à gestação, bem como uma versão reduzida e validada do Inventário de Perspectiva Temporal de Zimbardo (ZTPI), usando a subescala relacionada ao futuro. Na análise estatística foram utilizadas correlações com os teste de Mann-Whitney, Levene, com nível de significância considerado de 0,05. **Resultados:** O comportamento relacionado a saúde está associado à perspectiva temporal futura. Pensar sobre o passado também apresentou associação significativa com a perspectiva temporal futura. Desse modo, para as gestantes do referido estudo, hipotetiza-se que ter “lembranças de momentos bons ou ruins” pode interferir no planejamento e na realização de suas metas futuras. **Conclusão:** Fatores comportamentais estão relacionados com o futuro e o uso da PTF está voltado para o acompanhamento dos comportamentos de prevenção e promoção da saúde, além da

identificação de possíveis comportamentos de risco que gestantes possam desenvolver.

**PALAVRAS - CHAVE:** Comportamentos relacionados com a saúde; Gravidez; Percepção do tempo.

## FACTORS ASSOCIATED WITH THE FUTURE TIME PERSPECTIVE DURING PREGNANCY

**ABSTRACT:** Objective: to analyze the factors associated with the future temporal perspective (PTF) of pregnant women registered in the Family Health Strategy in a city in the interior of Bahia. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study, with 104 pregnant women assisted by Primary Care in the municipality of Guanambi-BA. Materials and Methods: Data collection took place with the application of a questionnaire containing socio-demographic, behavioral and pregnancy-related information, as well as a reduced and validated version of the Zimbardo Temporary Perspective Inventory (ZTPI), using the subscale related to the future. In the statistical analysis, correlations were used with the Mann-Whitney and Levene tests, with a significance level of 0.05. Results: Health-related behavior is associated with a future time perspective. Thinking about the past also showed a significant association with the future time perspective. Thus, for the pregnant women in that study, it is hypothesized that having “memories of good or bad moments” can interfere with the planning and achievement of their future goals. Conclusion: Behavioral factors are related to the future and the use of PTF is aimed at monitoring prevention and health promotion behaviors, in addition to identifying possible risk behaviors that pregnant women may develop.

**KEYWORDS:** Health related behaviors; Pregnancy; Time Perception.

## 1 | INTRODUÇÃO

O tempo exerce grande influência em todos os aspectos da vida do ser humano. Enquanto vivenciamos o presente, pensamos sobre o passado e planejamos o futuro, essa habilidade de mudar o sentido entre o presente, passado e futuro é denominada de perspectiva temporal (LEITE, 2014). As categorias temporais que cada indivíduo classifica suas experiências dispõem um papel importante nas questões emocionais, cognitivas, motivacionais e sociais que dizem muito sobre o comportamento pessoal (LAUREIRO-MARTINEZ; TRUJILLO; UNDA, 2017).

A gravidez na vida de uma mulher implica mudanças físicas, psicológicas, fisiológicas e emocionais (OLIVEIRA et al., 2014). A gestação e o nascimento de uma criança são eventos psicossociais e a psicologia aponta que este momento é um período repleto de mudanças em todos os âmbitos e requer novas definições de papéis (NUNES et al., 2018).

A perspectiva de tempo futuro (PTF) é um componente da vida pessoal e está relacionada com a forma de como o indivíduo olha para o futuro, baseado em vivências do passado e do presente. A confirmação da gravidez de uma mulher desencadeia um processo de reorganização da percepção de si e do mundo em que está envolvida, podendo levá-la à necessidade de reestruturação, mudança de identidade, modificações de papéis,

dentre outros (CAMACHO et al., 2010).

Indivíduos com a percepção de tempo orientada ao futuro têm seus pensamentos voltados para as possíveis consequências futuras de suas ações no presente, em vista disso, muitas mulheres da contemporaneidade priorizam projetos em sua vida, como investimentos na carreira profissional e a busca por estabilidade financeira, optando assim por ter filhos com idades superiores ao que se compunha em décadas anteriores. Nesse sentido, a justificativa para tal fato se dá por alegação de maior segurança (ORTUÑO et al., 2017; SOUZA et al., 2016).

Uma orientação temporal equilibrada e consciente sobre o tempo motiva o indivíduo a enfrentar os desafios do presente, a valorizar as experiências vividas no passado e a ter motivações e objetivos em relação ao seu futuro (ZIMBARDO; BOYD, 1999). Dessa forma, as gestantes com Perspectiva Temporal (PT) voltada ao futuro, podem ser mais otimistas e dinâmicas na tomada de decisão e na realização de ações. Diante do exposto, pretendeu-se com este estudo analisar os comportamentos relacionados à saúde e a perspectiva de futuro de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família em um município do interior da Bahia.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo que utilizou dados secundários de uma pesquisa realizada em 2017 com a mesma autora. Participaram do estudo 104 gestantes assistidas pela Atenção Básica do município de Guanambi-BA e cadastradas no SISPRENATAL. As mesmas foram selecionadas por meio de uma amostra não probabilística por conveniência, realizada em dias de atendimento de pré-natal nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Os critérios de inclusão atribuídos à pesquisa foram todas as gestantes que estavam aguardando atendimento de pré-natal no momento da pesquisa e que aceitassem participar da mesma. E como critério de exclusão, gestantes que no momento da pesquisa não estavam aguardando atendimento de pré-natal.

A coleta de dados deu-se a partir da apresentação do tema a ser pesquisado às participantes; exposição dos objetivos e metodologia utilizada; esclarecimento dos possíveis riscos/benefícios, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e por fim, aplicação dos instrumentos.

O primeiro instrumento diz respeito a um formulário composto por questões objetivas sobre fatores sóciodemográficos, comportamentais e relacionados à gestação, elaborado pelas autoras do estudo. O segundo, trata-se de uma versão reduzida e validada do Inventário de Perspectiva Temporal de Zimbardo (ZTPI), contendo 25 questões distribuídas aleatoriamente representando as subescalas de investigação de orientação temporal: Passado Positivo, Passado Negativo, Presente Hedonista, Presente Fatalista e Futuro,

com escores de 1 a 5 que servem para atribuir valor para as questões. No entanto para o presente estudo foi utilizada somente a subescala temporal do futuro.

Os dados coletados foram organizados no software Microsoft Office Excel e, em seguida, transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para a execução das análises estatísticas. Para o tratamento dos dados foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis. Realizou-se a tabulação dos resultados apresentados em forma de frequências e porcentagens e em seguida a análise estatística.

Na primeira parte da análise estatística foram testadas as correlações entre as variáveis quantitativas dependentes e independentes. Neste banco as variáveis quantitativas independentes são as comportamentais, as quais foram medidas e relacionadas com a variável quantitativa dependente: a subescala futura da perspectiva temporal.

Na avaliação das correlações, testou-se a normalidade com o teste de Shapiro-Wilk. A correlação da hipótese foi realizada pelo teste de Spearman. Na segunda parte da análise foram testadas as correlações entre as variáveis qualitativas dicotômicas. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para testar a normalidade, e para as variáveis independentes utilizou-se o teste de Mann-Whitney que é baseado combinando-se duas amostras.

Na terceira parte da análise, foram testadas as associações entre as variáveis qualitativas politômicas. Para verificar se a distribuição da variável se aproximava de uma distribuição normal, foi aplicado o teste de normalidade Shapiro-Wilk. O teste de Levene permitiu averiguar a homogeneidade, tendo como resultado normal e homocedasticidade foi realizado o teste de ANOVA ONE-WAY, quando o resultado foi anormal ou heterocedasticidade, o teste de Kriskal Wallis foi aplicado, ao haver diferença no valor de  $p < 0,05$ , foi usado o teste Mann-Whitney.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia e aprovado pelo parecer de número 2.075.279, sendo respeitadas em todas as suas etapas as normas e diretrizes da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos.

### 3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 104 gestantes acompanhadas na atenção Básica do município de Guanambi – BA. A média de *idade* das gestantes foi de 26 anos, a *idade gestacional* entre 10 e 39 semanas ( $25,9 \pm 7,5$ ) e a *idade de início das práticas sexuais* modalizando entre 15 e 24 anos ( $18,5 \pm 2,4$ ). Em relação ao *estado civil* das gestantes, 39,4% declararam-se casadas e 24% solteiras. Na *renda familiar*, houve uma pequena diferença entre aquelas que apresentaram <1 salário mínimo (49%) e as que declararam receber 1 a 3 salários mínimos (48,1%).

Na Tabela abaixo são apresentados os resultados referentes às correlações e associações testadas das variáveis comportamentais das gestantes com perspectiva temporal para o futuro.

Variável	Futuro
Parceiro sexual fixo	
Sim	3,7 ± 0,64
Não	3,8 ± 0,72
p-valor	0,689
Alimentação	
Muito saudável	3,8 ± 0,68
Saudável	3,8 ± 0,65
Pouco saudável	3,7 ± 0,67
p-valor	0,732
Prática de atividade física	
Sim	3,6 ± 0,71
Não	3,8 ± 0,63
p-valor	0,464
Uso de álcool e drogas durante da gestação	
Sim	4,1 ± 0,49
Não	3,7 ± 0,66
p-valor	0,052
Sentimentos relacionados a gravidez	
Alegria/Satisfação/Aceitação	3,7 ± 0,64
Arrependimento/Insatisfação/Rejeição	3,7 ± 0,90
p-valor	0,989
Pensa sobre o passado	
Sim, momentos bons	4,1 ± 0,47
Sim, momentos ruins	3,6 ± 0,65
Não	3,3 ± 0,62
p-valor	<0,001
Planos futuros	
Procura se esforçar para alcançar os planos futuros	3,7 ± 0,72
Não costuma planejar o futuro	3,7 ± 0,58
p-valor	0,654
Gravidez Desejada	
Sim	3,8 ± 0,62
Não	3,5 ± 0,74
p-valor	0,132



Voltaria no tempo para evitar a gravidez	
Sim	3,5 ± 0,69
Não	3,8 ± 0,64
p-valor	0,127

Tabela 1 - Associações das variáveis comportamentais com a subescala Futuro do ZTPI. Guanambi, 2019.

Com relação a variável *parceiro fixo*, percebe-se que não houve correlação com a Perspectiva futura ( $p=0,689$ ). A *alimentação saudável* ou *pouco saudável* também não demonstrou associação ( $p=0,732$ ), assim como a *prática de atividade física* ( $p=0,464$ ) e o *uso de álcool e drogas durante a gestação* ( $p=0,052$ ). Nesse sentido, praticar uma atividade física e ingerir álcool e/ou drogas no período gestacional, não influencia diretamente o planejamento do futuro dessas mulheres.

Sobre a variável *sentimentos relacionados à gravidez* não houve associação com a perspectiva temporal futura ( $p=0,989$ ). A variável *pensa sobre o passado* apresentou associação significativa com a perspectiva temporal futura ( $p<0,001$ ). Isso significa que, para as gestantes do referido estudo, ter lembranças de momentos bons ou ruins e não pensar sobre o passado pode gerar um impacto sobre o futuro, o que pode interferir no planejamento e realização de metas futuras. As gestantes que pensam sobre bons momentos relacionados ao passado estão mais fortemente direcionadas para o futuro em comparação àquelas que pensam em lembranças ruins e estas apresentam maior polarização para a perspectiva temporal futura do que as que não pensam sobre o passado.

Com relação a *planos futuros* (0,654), *gravidez desejada* ( $p=0,132$ ) e *voltaria no tempo para evitar a gravidez* ( $p=0,127$ ), não houve correlação com a perspectiva futura.

## 4 | DISCUSSÃO

Sobre a percepção de tempo, um propósito de vida equilibrado requer um posicionamento harmonioso de todas as dimensões temporais (ORTUÑO et al., 2017). No caso de gestantes, presume-se que pensar sobre o passado pode interferir no atual momento da gestação, possibilitando influenciar o seu futuro. Neste momento tão simbólico para a mulher é necessário avaliar os fatores que possam estar relacionados à sua orientação temporal, uma vez que poderão interferir em sua qualidade de vida.

Os resultados demonstram que ter um *parceiro fixo* não influencia a PTF das gestantes em questão, apesar disso, a maioria relatou ter parceiro no momento da pesquisa. Analisar o comportamento que o indivíduo tem com o outro no seu contexto social diz muito sobre as suas relações pessoais. Uma interação favorável entre o parceiro e a gestante confere certa estabilidade, isto é, as gestantes podem se sentir mais seguras e confiantes. O apoio e a presença do mesmo são fundamentais, visto que ajuda a mãe

a estabelecer uma melhor relação psicossocial, que reflete no desenvolvimento do bebê (OLIVEIRA, 2015).

A chegada de uma criança provoca inúmeras mudanças e representa desafios para as mulheres e uma das suas preocupações passa a ser a formação de uma família. Construir um ambiente idealizado para a chegada do filho necessita de planejamento e a presença de um parceiro é fundamental para a construção deste projeto (BERNANDI; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018). É uma medida clara de perspectiva de tempo, entretanto, no estudo não houve correlação de *parceiro fixo* e a PTF.

Além disso, o *hábito alimentar* também não apresentou associação com a perspectiva de tempo futuro. Ainda assim, este hábito pode ser influenciado por inúmeros fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos (GOMES et al., 2019). Além do mais, o período gestacional é reconhecido por propiciar grande vulnerabilidade e demandas, logo, a percepção de que uma nutrição equilibrada proporciona um melhor desenvolvimento ao bebê vai ao encontro dos comportamentos de pessoas que são orientadas para o futuro, pois essas tendem a assumir comportamentos positivos relacionados à saúde (COSTA, 2017).

No presente estudo a *prática de exercícios físicos* e a PTF não tiveram associação. A prática de exercício físico exerce grande influência no controle do ganho de peso materno e no crescimento fetal. A atividade física está associada à prevenção e controle de diversas doenças, além de ser uma atividade segura, indicada para todas as gestantes saudáveis. Ademais, os fetos também toleram melhor o trabalho de parto quando comparados aos de gestantes que são sedentárias (VELLOSO, 2015).

Gellert et al. (2012) afirmam que, indivíduos com perspectiva futura tem uma melhor relação de interação com a atividade física quando comparados com indivíduos que não tem uma perspectiva temporal definida. Estar orientado ao futuro significa adotar comportamentos preventivos de saúde (COSTA, 2017).

As gestantes referiram não fazer uso de álcool e drogas durante a gestação, mostrando assim uma melhor adesão aos bons hábitos, proporcionando uma melhor qualidade de vida, tanto para si, quanto para a criança. O uso do álcool na gestação tem seus malefícios, quando a mãe ingere bebida alcoólica, o feto fica exposto a uma concentração alcóolica proporcionalmente maior devido ao seu metabolismo e eliminação mais lentos. Além destes efeitos, o consumo influencia de forma direta na maternidade, potencializando dificuldades econômicas, sociais e principalmente psicológicas já vivenciadas pelas mulheres (SANTOS et al., 2014).

Pessoas orientadas somente ao presente têm sido associadas com emoções negativas como ansiedade, depressão e tendem a maior probabilidade de práticas nocivas à saúde, como o uso de álcool e drogas. Já sujeitos orientados para o futuro têm uma maior tendência para estarem envolvidos com comportamentos de prevenção da saúde e bem-estar e menor propensão para a adoção de condutas de risco como o consumo de álcool

(SANTOS et al., 2016; BARNET et al., 2013).

Neste estudo a variável *sentimentos relacionados* à gravidez não mostrou associação com a perspectiva de tempo futuro. A experiência da gestação e maternidade provoca os mais variados tipos de sentimentos que estão intimamente relacionados à história e às experiências vividas e que variam de acordo com os trimestres da gestação, podendo trazer uma sensação de ambivalência que se expressa de inúmeras formas (PAIVA, 2015). Algumas mulheres se deparam com sentimentos de desamparo, ansiedade, alegria, aceitação, insegurança, arrependimento ou rejeição (BARNET et al., 2013; LEITE et al., 2014).

As expectativas com relação ao momento vivenciado originam-se do seu próprio mundo interno, desde suas relações passadas, relacionamentos familiares e até suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas ao bebê (NUNES et al., 2018). Em consequência, sentimentos contraditórios ou opostos podem estar presentes concomitantemente (LEITE et al., 2014).

No presente estudo, a variável *pensa sobre o passado* se associou com a PTF, assim, as gestantes caracterizam o seu passado como momentos bons estando fortemente direcionadas ao futuro. Ao pensar no passado e associá-lo à gratificação e aprendizagem, as pessoas tendem a realizar as tarefas presentes com maior envolvimento uma vez que todos os seus projetos e ações estão direcionadas à concretização dos objetivos (AKIRMAR, 2019). Entretanto, pensá-lo como momentos ruins pode trazer sentimentos de raiva, depressão, ansiedade, repulsa, prejudicando tanto a saúde do bebê, a formação do vínculo, a construção de um ambiente familiar, quanto a saúde materna (ORTUÑO et al., 2017).

Em relação aos *planos futuros*, não foi evidenciada associação com a PTF. O ato de pensar sobre o futuro sugere que essas pessoas “veem” mais longe o tempo e devem perceber vantagens correspondentes em termos de planejamento. A gestação em si interfere no futuro da mulher, o impacto que o filho gera sob o futuro da mãe dependerá muito de suas ações, pensamentos e objetivos de vida, estando estes centrados em atingir metas, a gravidez não se configuraria como um empecilho (BELLEZIA et al., 2018).

Os achados sobre a variável *gravidez desejada* não apresentou associação com a PTF. Estar grávida engloba uma ambivalência de sentimentos, mistura do desejo de querer e não querer – é a vivência básica da gravidez. Mesmo que a gestação é desejada, a mulher pode ter sensações de dúvida e apreensão e ao mesmo tempo dispor de sentimentos de amor, carinho (CAMACHO et al., 2010).

O ato de desejar faz com que a mulher se preocupe mais em proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança e a si própria, se afastando de comportamentos de risco que coloque a sua gestação em perigo, pois existe uma preocupação com as consequências futuras de suas ações no presente (LEITE et al., 2014).

No estudo a PTF não se obteve associação com a variável *voltaria no tempo para*

*evitar a gravidez*, no entanto, a maioria das gestantes afirmou que não voltaria no tempo para evitá-la. Pessoas orientadas ao futuro podem retardar a gratificação e suportar uma situação desagradável para atingir metas de longos prazos. O desejo de voltar ao tempo para evitar tal ação, como uma gravidez, se caracteriza como um passado negativo e esse sentimento limita a mulher em progredir em várias questões em sua vida (SANTOS et al., 2015).

## 5 | CONCLUSÃO

A utilização da PTF no âmbito da saúde vem sendo discutida cada vez mais na literatura nacional e internacional. No período gestacional o seu uso está voltado para o acompanhamento dos comportamentos de prevenção e promoção da saúde, além da identificação de possíveis comportamentos de risco que gestantes possam desenvolver.

Os resultados do presente estudo permitiram constatar que, os fatores comportamentais estão estritamente relacionados com o futuro, ou seja, o hábito de pensar no passado influencia o julgamento, decisões e ações referentes ao futuro das gestantes. Diante de alguns resultados, dos quais não houve associação com a PTF, chama-se a atenção para a realização de novos estudos em esferas diferentes da gestação, pois, tal perspectiva a é passível de ser modificada ao longo do tempo.

Este trabalho apresenta ineditismo, pois, não foram encontrados estudos na literatura que abarcassem a perspectiva temporal aplicada em gestantes. Como limitação, aponta-se que a amostra utilizada foi pequena, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados. Destarte, os achados podem ser utilizados como ferramenta para as práticas de cuidados ou mesmo como indicador do estado de saúde e qualidade de vida, tanto nesta população como em outras.

## REFERÊNCIAS

AKIRMAR, U. **The validity and reliability of the Zimbardo time perspective inventory in a Turkish sample**. *Current Psychology*, 2019. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0153-3>

BARNETT, E., et al. **Bidirectional Associations Between Future Time Perspective and Substance Use Among Continuation High-School Students**. *Substance Use & Misuse*, n.48, p.574–580, 2013.

BELLEZIA M.L.F., et al. **Percepções de mulheres relacionadas à gestação e parto que participaram de grupos de gestantes para elaboração de plano de parto**. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.10, n.4, p.1835-1842, 2018.

BERNANDI, D.; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A.S. **Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade**. *Contextos Clínicos*, v.11, n.2, p.161-173, 2018.

CAMACHO, K.G., et al. **Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes**. *Ciencia y enfermeria*, v.16, n.2, p.115-125, 2010.

COSTA, A.C.B. **Como olhas para o tempo e como olho para nós: perspectiva temporal e satisfação conjugal.** [Tese]. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2017.

GELLERT, P. **Future Time Perspective and Health Behaviors: Temporal Framing of Self-Regulatory Processes in Physical Exercise and Dietary Behaviors.** Ann. Behav. Med., v.43, p.208–218, 2012.

Gomes, R.N.S., et al. **Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/Ma.** R. Interd., v.7, n.4, p.81-90, 2014.

LAUREIRO-MARTINEZ, D.; TRUJILLO, C.A.; UNDA, J. **Time Perspective and Age: A Review of Age Associated Differences.** Front Psychol, v.101, n.8, 2017.

LEITE, M.G., et al. **Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes.** Psicologia em Estudo, v.19, n.1, p.115-124, 2014.

LEITE, U.R. **Perspectiva de tempo: teoria, medida e impacto no estresse.** [Dissertação]. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2014.

NUNES, G.S., et al. **Sentimentos vivenciados por primigestas.** Rev. enferm. UFPE on line, v.12, n.4, p.916-22, 2018.

OLIVEIRA, M.A.M., et al. **Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo.** Rev. Psicologia: Teoria e Prática, v.16, n. 3, p.69-82, 2014.

OLIVEIRA, R.S. **Mães solteiras e a ausência do pai: questão histórica e novos dilemas.** Rev. Elaborar, v.2, n.3, 2015.

ORTUÑO, V.E.C., et al. **Um Novo Modelo Multidimensional da Perspetiva Temporal.** Rev. Iberoamericana de Diag. y Evaluación, v.45, n.3, p.71-84, 2017.

PAIVA, C.M.E.F.B. **Perspetiva Temporal de Futuro e Elaboração de Projetos Pessoais Compreensão da Dinâmica dos Objetivos na Iniciação e Manutenção dos Comportamentos Aditivos.** [Tese]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2015.

SANTOS, J.N., et al. **A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco.** São Paulo: Revista Recien., v.4, n.10, p.5-11, 2014.

SANTOS, M.M., et al. **Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes.** Rev. Baiana de Enf., v.30, n.2, p.1-9, 2016.

SOUZA, W.P.S., et al. **Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social.** Boletim de Psicologia, v.66, n.144, p.047-059, 2016.

VELLOSO, E.P.P., et al. **Resposta materno-fetal resultante da prática de exercício físico durante a gravidez: uma revisão sistemática.** Rev. Med. Minas Gerais, v.25, n.1, p.93-99, 2015.

ZIMBARDO, P.G.; BOYD, J.N. **Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric.** Journal of Personality and Social Psychology, n.77, p.1271-1288, 1999.

## MEDO DO PARTO: AVALIAÇÃO EM UM GRUPO DE GRÁVIDAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 07/11/2020

### Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre (CHRC) e Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Évora, Portugal  
<http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

### Luís Manuel Mota de Sousa

Comprehensive Health Research Centre (CHRC) e Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Évora, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

### Ana Filipa Freire Duarte Ferreira

Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R, Açores  
<https://orcid.org/0000-0001-6772-1601>

**RESUMO:** O medo do parto está associado a desfechos negativos, nomeadamente a depressão pós-parto, representando um fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades futuras. O objetivo foi avaliar o medo do parto em um grupo de grávidas. Realizou-se um estudo transversal, descritivo, partindo de uma caracterização sociodemográfica e avaliação do medo do parto às grávidas no último trimestre de gravidez, através do *Questionário de Medo Percebido do Parto*, traduzido e adaptado para a população portuguesa a partir do questionário de autor *Wijma Delivery Expectancy/Experience*

*Questionnaire W-DEQ* – versão A. Os dados indiciam um nível elevado de medo do parto. A partir deste conhecimento, será possível atuar na problemática promovendo a saúde mental materna e o bem-estar do Recém-Nascido.

**PALAVRAS - CHAVE:** Medo; Educação Pré-natal; Parto; Depressão Pós-Parto; Saúde Mental.

### CHILDBIRTH FEAR : EVALUATION IN A PREGNANT GROUP

**ABSTRACT:** Childbirth fear is associated with negative outcomes, namely postpartum depression, representing a risk factor for the development of future comorbidities. The study's objective was to assess the fear of childbirth in a group of pregnant women. A cross-sectional, descriptive study was carried out, starting from a sociodemographic characterization and assessment of childbirth fear to pregnant women, in the last trimester of pregnancy, through the "*Questionário de Medo Percebido do Parto*" (Childbirth Perceived Fear Questionnaire), translated and adapted for the portuguese population from the Author's Questionnaire *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire W-DEQ* – versão A. The results evidence a high level of fear of childbirth. Based on this knowledge, it will be possible to act on the by promoting maternal mental health and the well-being of the newborn.

**KEYWORDS:** Fear; Prenatal Education; Parturition; Postpartum Depression; Mental Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A transição para a maternidade é um evento muito importante na vida de uma mulher que corresponde à passagem de uma realidade conhecida para uma nova e, muitas vezes, desconhecida. Na procura de uma nova concepção de si, a mulher neste período vai vivenciar crises próprias e tentar resolver tarefas desenvolvimentais que a levarão a reestruturar os seus objetivos de vida, os seus comportamentos e as suas responsabilidades (GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011). Com diferentes implicações no bem-estar materno e do bebé, a gravidez e a maternidade representam uma experiência única que envolve adaptações fisiológicas significativas a nível físico, psíquico, social e emocional (ALDERDICE; MACNEILL; LYNN, 2013). Além disso, a gravidez é vista como um período crítico, em que alguns fatores de risco concorrem para o comprometimento das capacidades parentais, devido ao desenvolvimento de perturbações mentais, entre elas, a patologia depressiva materna que pode ser uma das consequências mais graves (GUERRA *et al.*, 2014).

O terceiro trimestre de gravidez é o período em que a grávida está mais sensível à mudança, podendo o bebé que vai nascer ser o catalisador de modificações importantes. Também o parto, o “tornar-se mãe”, constitui um acontecimento biopsicossocial que determina um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebé, mobilizando a energia emocional de ambos (COUTO, 2003). Este evento além de ser considerado um evento biológico, social, e cultural, constitui ainda um evento crítico na transição para a maternidade que pode estar envolto em algum medo (DONELLI; 2003; DONELLI; LOPES, 2013). Para além disso, é no final da gravidez que se avizinha uma mudança de vida definitiva, uma mudança cada vez mais consciente e real. É nesse último período da gravidez que a mulher aprende, pratica e desenvolve comportamentos relativos ao papel materno (BRAZELTON; CRAMER, 2000; COLMAN; COLMAN, 1994; FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS; DAMAS, 2019).

O medo é definido como um estado em que a pessoa, ou grupo de pessoas, apresentam sentimentos de perturbação fisiológica ou emocional relacionados com uma fonte considerada perigosa (CARPENITO-MOYET, 2012). No caso do parto, o medo está relacionado com uma fonte identificável, o de que algo possa correr mal, com a mãe, o bebé ou ambos durante o parto. Este tem sido cada vez mais alvo de estudo e de intervenção por estar associado a comorbilidades maternas e fetais, sendo, descrito como um estado em que estão presentes sentimentos negativos relativamente ao parto (fonte identificável), relacionados com uma perspetiva cultural, que afeta o dia-a-dia da mulher grávida, da mulher já mãe e do bebé (HAINES *et al.*, 2011; NILSSON; BONDAS; LUNDGREN, 2010). Este medo pode incluir: medo da dor (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; HAINES *et al.*, 2011), medo da anestesia (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011), medo da morte ou de danos físicos (HAINES *et al.*, 2011), medo da perda de autonomia e controlo (LYBERG;



SEVERINSSON, 2010; SALOMONSSON, WIJMA; ALEHAGEN, 2010; HAINES *et al.*, 2011), medo da perda da saúde e do bem-estar do recém-nascido (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; HAINES *et al.*, 2011), ou ainda, medo da falta de profissionalismo dos profissionais de saúde (LYBERG; SEVERINSSON, 2010). Estes medos iniciam um círculo vicioso, medo-ansiedade-dor, que pode comprometer de forma negativa o desenvolvimento do trabalho de parto, transformando um processo natural e fisiológico, numa experiência dolorosa e negativa (FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS, 2012). Alguns autores descrevem as consequências associadas ao medo do parto tais como: níveis mais elevados de analgesia epidural, instabilidade emocional pós-parto, insônia e depressão (SALOMONSSON; WIJMA; ALEHAGEN 2010; OTLEY, 2011).

Embora não haja unanimidade entre os autores a respeito da conceptualização de depressão pós-parto em geral, Santos, Almeida e Souza (2009), consideram que esta apresenta características semelhantes às de outros quadros depressivos com o agravante de ocorrer num período especialmente vulnerável para a mãe e importante para o desenvolvimento do bebê, por se tratar dos primeiros meses de vida.

Definida como um transtorno depressivo, a depressão pós-parto é responsável por causar alterações emocionais, influenciando não só o bem-estar materno, como o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, podendo até afetar o desenvolvimento do recém-nascido, representando por estes motivos um importante problema de saúde (EISELE; GUEDES; SCHHMALFUSS, 2015). Dado o aumento da prevalência deste tipo de transtorno, torna-se emergente que os profissionais de saúde que atendem a este problema, se mostrem sensíveis a esta temática. Constitui-se, portanto, em motivo de estudos de diversas áreas de conhecimento, principalmente daquelas que dizem respeito à saúde física e psicológica da mulher, da criança e da família.

Não há concordância entre os investigadores quanto à época de ocorrência e a duração do quadro que se considera como depressão pós-parto. Alguns consideram que o seu início ocorre logo após o nascimento do bebê (SILVA *et al.*, 2012), outros definem como depressão pós-parto os episódios depressivos que têm início a partir de duas semanas até três meses após o parto, podendo prolongar-se por vários meses (CANTILINO *et al.*, 2010). Contudo, vários autores alertam para a necessidade de diferenciar a depressão pós-parto da melancolia da maternidade ou disforia puerperal, também conhecida como *baby-blues*, sendo esta uma alteração de humor transitória, que costuma durar até duas semanas após o parto (SANTOS *et al.*, 2009). Alguns estudos têm indicado prevalências de depressão pós-parto nas populações estudadas, entre 12% e 39,4% (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Procurando acrescentar mais ao fenómeno, vários autores procuraram estabelecer relação entre a depressão pós-parto e outros fatores. Em relação à associação entre fatores de risco e depressão pós-parto, existem revisões publicadas que indicam a importância de vários fatores de proteção para o desenvolvimento desta comorbidade (O'HARA; SWAIN, 1996; ROBERTSON *et al.*, 2004; ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011), contudo, nenhuma

dessas revisões teve por objetivo destacar especificamente a importância da relação entre o medo do parto e a depressão pós-parto o que parece ser prioritário.

Aprofundar sobre esta relação é relevante, pois a falta de identificação e de projetos com vista à redução do medo do parto, são fatores de risco sobre os quais é possível intervir precocemente, tanto no sentido de a própria grávida e a família terem mais apoio, reduzindo as complicações e comorbilidades associadas ao medo do parto, quanto para os serviços de saúde programarem ações específicas nessa direção, nomeadamente cursos de preparação para o parto que devem promover e aumentar as competências da grávida e da família, de forma a vivenciarem a gravidez e o trabalho de parto de forma positiva, proporcionando uma transição para a parentalidade saudável e harmoniosa (DGS, 2015; FRIAS, 2011), livre de medos e sentimentos negativos.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Aspetos éticos**

Este estudo faz parte do projeto “Parto sem Medo: Projeto para a prevenção da Depressão Pós-Parto”, aprovado pelo Comitê de ética para a investigação científica na área da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora com o parecer nº 17015/2017.

### **2.2 Desenho, local do estudo e período**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com grávidas que utilizavam os serviços de obstetria da região Sul de Portugal. A coleta de dados limitou-se ao período de 1 junho a 31 de julho 2018.

### **2.3 População, Amostra, critérios de inclusão e exclusão**

A população alvo foi composta pelas grávidas que utilizavam os serviços de obstetria de uma determinada unidade de saúde da região. A amostra foi constituída pelos seguintes critérios: mulheres grávidas que se encontravam a frequentar consultas pré-natais do 3.º trimestre referenciadas para a visita hospitalar e a frequentar aulas de preparação para o parto na mesma unidade de saúde. A amostragem foi do tipo não probabilística acidental.

### **2.4 Protocolo do Estudo**

O instrumento de coleta de dados era constituído por duas partes, a primeira correspondia ao *Questionário de Medo Percebido do Parto*, uma versão traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa do questionário de autor *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire W-DEQ* – versão A, para avaliação do medo do parto nas grávidas na forma de expectativas (WIJMA *et al.*, 1998; LOUREIRO, 2013) através de autopreenchimento. A segunda parte dizia respeito aos dados sociodemográficos e obstétricos das grávidas, realizado com o intuito de obter uma caracterização completa da amostra.

Questionário de WDEQ-A (WIJMA *et al.*, 1998) mede a intensidade das emoções ligadas às expectativas do parto. O WDEQ-A é composto por 33 itens em uma escala *Likert* de 6 pontos (0 = não concordo; 5 = concordo totalmente). A pontuação total varia de 0 a 165; quanto maior a pontuação, maior é o medo que as gestantes sentem.

Mulheres cuja pontuação é superior a 85 têm medo clínico do parto. As mulheres precisam responder enquanto imaginam como será o trabalho de parto e o parto e como esperam sentir-se. Itens 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 e 31 têm pontuação revertida. A confiabilidade é alta: alfa de Cronbach = 0,89. Tal como Loureiro (2013), optou-se por agrupar os diferentes itens e designá-los como domínios do constructo a medir o medo do parto. Assim ao domínio 1 denominou-se *sentimentos de desalento*, ao domínio 2 *sentimentos de vulnerabilidade*, ao domínio 3 *sentimentos de falta de controlo* e por fim ao domínio 4 *preocupações com o filho*.

## 2.5 Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em um banco de dados. A análise estatística foi realizada com apoio do Programa SPSS (versão 24.0). Na análise descritiva univariada, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e percentual.

## 3 | RESULTADOS

A amostra foi constituída por 41 grávidas, com idades compreendidas entre os 25 e os 38 anos. A maior parte das grávidas encontrava-se em união de facto e estudou até ao 12.º ano de escolaridade, sendo que no mínimo completaram o 9.º ano. A maioria das grávidas (65,8%) desempenhavam variadas profissões sobretudo técnicas ou licenciadas, um terço era doméstica de profissão (29,3%) e 4,9% encontravam-se desempregadas. No que concerne à caracterização obstétrica, a maioria das grávidas encontrava-se grávida pela primeira vez, 61% dos casos. 34% estavam a vivê-lo pela segunda vez e 4,8% estavam grávidas pela terceira ou quarta vez e tinham em média 33 semanas de gravidez. A maior parte (78%) dos casos, ainda não tinha passado por nenhum parto e 22% já o tinha vivenciado pelo menos uma vez. De entre as 16 grávidas que já haviam parido, 5 passaram por um parto eutócico e apenas 1 por parto distócico por ventosa e 3 por cesariana. A totalidade da amostra encontrava-se a vigiar a gravidez dentro do número de consultas desejado. Em relação à frequência do curso de preparação para o parto, a maioria 61% dos casos, já tinha participado pelo menos em quatro aulas de preparação para o parto com 58,5% da amostra a referir já ter abordado o tema medo do parto e a depressão pós-parto. Apenas 4 grávidas ainda não tinham iniciado o curso de preparação para o parto.

Após a determinação do nível de medo de parto na amostra, através do *score* total do *Questionário de Medo Percebido de Parto*, observou-se que o medo do parto no estudo variou entre um valor mínimo de 28 e máximo de 129, apresentando uma média de 68 (desvio padrão: DP=21).

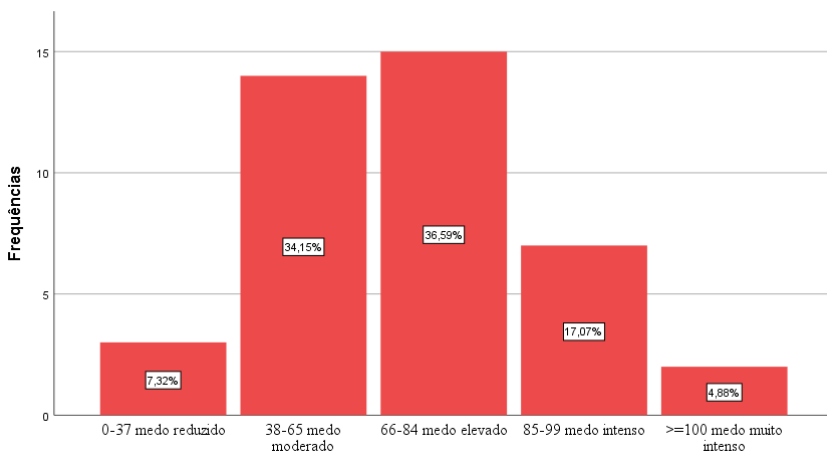


Figura 1: Gráfico de níveis de medo do parto observados na amostra

Fonte: Dados do QMPP analisados em plataforma SPSS

Após a observação do gráfico da figura 1 verificou-se que apenas 7,32% das grávidas apresentou medo de parto reduzido, e opostamente, e com uma percentagem inferior dos casos 4,88% apresentou medo muito intenso do parto. Com percentagens idênticas o medo moderado e o medo intenso lideraram a tabela, com uma maior expressão no medo elevado com 36,59%.

Esta escala permitiu também medir 4 domínios: *Sentimentos de desalento*, *Sentimentos de vulnerabilidade*, *Sentimentos de falta de controlo* e por último *Preocupações com o filho*, na forma de expectativas das grávidas antes do parto.

### Dimensão 1 – Sentimentos de desalento

Tendo em conta a classificação dos sentimentos e cognições das grávidas numa escala de *Likert* de 0 a 5 valores (em que as pontuações foram invertidas para as questões positivas em relação ao medo do parto), as que menos contribuíram para o *score* de medo do parto com 0 na escala face a esses sentimentos/cognições foram: *sentir-se abandonada no TP* e *sentir-se isolada no TP*. Por outro lado, as questões que receberam uma pontuação mais alta na mesma escala com 5 pontos foram: *sentir-se só no TP* e *sentir-se nada orgulhosa no TP* com 22% e 14,6% respetivamente. A média das respostas dadas aos diferentes itens foi 0,71 e 2,37 pontos atribuídos, com a média mais alta a corresponder à resposta à questão: *como se vai sentir no TP – Extremamente/Nada Contente* com 2,37 pontos. Foi também esta questão a que obteve a Moda maior, tendo a maior parte das grávidas respondido 4 (mais próximo de nada contente). Já a Moda menor encontrada na dimensão *sentimentos de desalento* foi 0.

## Dimensão 2 – Sentimentos de vulnerabilidade

Na dimensão que concerne aos *sentimentos de vulnerabilidade* o valor da média subiu e situou-se nos 2,41 e 3,77 e foram maioritariamente as respostas que corresponderam ao valor 3 (que apesar de se encontrar a meio da escala de zero a cinco está mais próximo do extremo do sentimento/cognição negativo). Destacou-se a questão: como pensa que se irá sentir: *extremamente/nada fantástica no trabalho de parto* com 46,3% das grávidas a atribuírem 3 valores e ainda a questão: *acha que permitirá ou não que o corpo assumo o controlo quando o TP for mais intenso* com 48,8% das grávidas também a atribuírem um valor mais perto do 5 que do 0. Ainda se observou nesta dimensão que o item que demonstrou menor intensidade negativa (0 pontos e a liderar com apenas 12,2 % em relação aos outros itens) face a um sentimento/cognição foi pensar que o trabalho de parto iria ser: *extremamente/nada fantástico* inversamente aos 17,1% da amostra que atribuiu 5 pontos à forma como se iria sentir *extremamente dependente no trabalho de parto*.

## Dimensão 3 - Sentimentos de falta de controlo

No que concerne à dimensão *sentimentos de falta de controlo*, a média mais alta encontrada com 2,66 valores correspondeu ao valor atribuído à perspetiva da dor que a grávida pensou que iria sentir durante o TP (*nenhuma/ extrema dor*). Apesar de um maior número de grávidas ter dado 2 valores à maior parte das questões deste grupo; verificando-se que a questão que menos contribuiu para o aumento do *score* do medo do parto foi *sentir-se fraca no parto*, com 31,7% das grávidas a posicionar-se na resposta *nada fraca* (0 valores). Inversamente as questões relacionadas com o pânico e a dor sentidos no momento do parto foram as que mais contribuíram para o aumento do *score* total do medo do parto, com 4 e 5 valores atribuídos por 12,2% da amostra respetivamente.

## Dimensão 4 – Preocupações com o filho

No que diz respeito aos itens da última dimensão estudada as preocupações com o filho, a Moda foi 0 valores e a média variou entre 1,27 e 1,59 valores apenas. Uma considerável percentagem das grávidas 43,9% respondeu que nunca imaginou, no último mês, que o filho ficasse ferido no TP, apenas 4,9% referiram ser muito frequente. Também, pensar que o bebé morra durante o TP não teve grande expressão com apenas 2,4% a referirem ser muito frequente (5 valores na escala de *Likert*).

## 4 | DISCUSSÃO

No estudo original, Wijma e colaboradores (1998) referem que o medo do parto avaliado através do somatório dos *scores* do W-DEQ variou entre 0 e 165, sendo que quanto maior o *score*, maior o medo do parto. Tendo em conta a classificação de Zar, Wijma e Wijma (2001), e também a classificação de Niemen, Stephansson e Ryding, (2009)

baseados em Waldentrom, Hildingsson e Ryding, (2006), de forma a discriminar melhor os níveis de medo do parto, observou-se neste estudo as grávidas apresentavam um valor médio de 68 pontos que corresponde a medo elevado do parto.

Sendo a gravidez considerado um período crítico na transição para a maternidade (DONELLI, 2003; DONELLI; LOPES, 2013) e onde pode ocorrer o desenvolvimento de perturbações mentais maternas (GUERRA *et al.*, 2014). É relevante prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida, parturiente e puérpera, uma vez que a gravidez e o parto podem estar envolvidos tanto em sentimentos positivos como negativos entre eles o medo (MELEIS, 2010; MERCER, 2004; FRIAS, 2011)

Com a aplicação do *questionário de medo percebido do parto*, na amostra da população alvo das grávidas, foi possível constatar que o medo do parto existe e em média num nível elevado, confirmando assim a necessidade de o rastrear e de identificar as grávidas/casais em risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto ou outras perturbações da saúde mental materna. A partir da análise das quatro dimensões do medo do parto emergiram os principais sentimentos e cognições com conotação negativa e que mais contribuíram para o aumento do *score* total do medo do parto, que foram: sentir-se só, nada orgulhosa, nada contente, dependente no TP; e sentir pânico e dor durante o TP. Todos estes sentimentos e cognições negativos estão diretamente associados ao desenvolvimento de perturbações mentais e desequilíbrios que estão na base do desenvolvimento de quadros depressivos, nomeadamente a depressão pós-parto (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

O medo do parto representa assim um fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades futuras associadas à díade mãe-bebé e que podem estender-se a toda a família. Esta pode deparar-se com um problema de saúde mental materno difícil de apoiar, num momento de vida tão frágil como o de “se tornar mãe” e nascer um filho, vulnerável às oscilações emocionais da mãe. O medo do parto e a depressão pós-parto a ele associada representam importantes problemas de saúde que afetam a plena vivência dos processos inerentes à maternidade (O’HARA; SWAIN, 1996; ROBERTSON *et al.*, 2004; ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011), por esse motivo várias entidades se debruçam sobre a prevenção e promoção da saúde mental materna e procuram junto dos profissionais especializados orientar para boas práticas, dando recomendações para prevenir precocemente estas enfermidades (FRIAS; DAMAS, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018, estabeleceu duas importantes recomendações relativamente à promoção da saúde mental materna para os profissionais: identificação e manejo precoces dos distúrbios de saúde mental materna e implementação de estratégias para a promoção do bem-estar psicológico das mães durante a gravidez e após o parto. Desde 2016, também a Direção Geral de Saúde Portuguesa, a fim de promover e preservar a saúde mental na gravidez e após o parto, recomenda que os profissionais de saúde que contactem com grávidas, bebés e pais adquiram um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem

o desenvolvimento de fatores protetores e que intervenham precocemente nas situações problemáticas.

O enfermeiro especialista, como profissional competente para assistência à grávida, puérpera e ao recém-nascido (OE, 2016), deve investir nesta área do cuidado. Deve assim a partir das suas competências teóricas, práticas, científicas e relacionais, atualizar permanentemente os seus conhecimentos, mostrar prontidão, disponibilidade, e sensibilidade para atender a este tipo de problemas.

A Direção Geral de Saúde Portuguesa (DGS, 2006) recomenda que se faça uma avaliação diagnóstica à grávida para detetar precocemente distúrbios à saúde mental identificando precocemente fatores de risco no sentido de intervir sobre eles. Assim recomenda a utilização de escalas para o efeito, para identificar claramente indivíduos em risco e introduzir e implementar estratégias e metodologias que ajudem a grávida/casal a lidar com o problema. Emerge a partir deste estudo a necessidade de intervir precocemente junto dos grupos alvo desde o início da gravidez ou mesmo ainda no planeamento familiar, no parto e pós-parto, com principal incidência nos cursos de preparação para o parto, que devem incluir estas temáticas e metodologias. Não obstante a amostra de grávidas sujeitas a este estudo confirmou essa necessidade, em rastrear o medo do parto e identificar as grávidas/casais em risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto ou outras perturbações da saúde mental materna lembrando que essas mesmas apresentaram um score de medo do parto elevado.

Sugere-se com este estudo que os cursos de preparação para o parto e parentalidade/nascimento incorporem tipo de intervenções/metodologias. Tais como sessões de psicoeducação, transmissão de conhecimentos em relação ao assunto, ensinar estratégias de *coping* para lidar com o problema e criação de guias de apoio. O objetivo dos Cursos de preparação deve ser: interromper o círculo medo-ansiedade-dor em busca da promoção de uma vivência plena da parentalidade e aumento dos níveis de satisfação da mulher/casal (FRIAS, 2012). Esta abordagem, a partir de técnicas físicas e psíquicas prepara a mulher/casal para lidar com esses mesmos desafios (COUTO, 2003; FRIAS, 2011), com vista à promoção da saúde mental materna e mais especificamente com vista à prevenção da depressão pós-parto.

## 5 | CONCLUSÃO

Com este estudo o objetivo primordial foi avaliar o medo do parto numa perspetiva anteparto. Ficou-se a conhecer mais acerca do medo do parto. É possível a partir deste conhecimento atuar no medo do parto e prevenir de alguma forma o desenvolvimento da depressão pós-parto promovendo a saúde mental materna usando metodologias que a partir da intervenção do enfermeiro especialista no medo do parto no período pré-natal, prevenissem de alguma forma transtornos de saúde na díade mãe-bebé relacionados

especificamente, com o desenvolvimento da depressão pós-parto.

## REFERÊNCIAS

ALDERDICE, F.; MCNEILL, J.; LYNN, F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. **Midwifery**, v. 29, n. 4, p. 389–399, 2013.

ALIANE, P.; MAMEDE, M.; FURTADO, E. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 146-155, dez. 2011.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce**. Lisboa: Terramar, 2000.

CANTILINO, A *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010.

CARPENITO-MOYET, L. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação á prática clínica**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. ISBN 9788536326016.

COLMAN, L.; COLMAN, A. **Gravidez a experiência psicológica**. Lisboa: Colibri, 1994. ISBN 9789728047788.

COUTO, G. **Preparação para o Parto. Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural**. Loures: Lusociência, 2003.

DGS. **Preparação para o Parto. Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural: Manual de Orientação para profissionais de saúde**, Lisboa: Europress Lda., p. 46, 1 dez. 2006.

DGS. **Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**, Lisboa: Europress Lda., 1 nov. 2015.

DONELLI, T. **O Parto no processo de transição para a maternidade**: Dissertação de mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, Brasil, 2003.

DONELLI, T.; LOPES, R. Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 2, p. 289-298, Aug. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000200012&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000200012&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000200012>.

EISELE, A.; GUEDES, A.; SCHMALFUSS, J. Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa de Literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, [s. l.], ano 2015, v. 11, n. 3, p. 107-108, ago/out 2015.

FONSECA, V.; SILVA, G.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, Apr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X201000400016&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201000400016&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 fev. 2017.



FRIAS, A; FRANCO, V. A Preparação psicoprofilática para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. **International journal of development and educational psychology**: Psicologia evolutiva, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 47-54, 2008.

FRIAS, A. Concepção pedagógica dos cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 139-148, 2014.

FRIAS, A. ; FRANCO, V. A Preparação Psicoprofilática Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. **International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia**, V1, n1, pp 47-54, 2008.

FRIAS, A. Preparação Psicoprofilática e a Perceção da Experiência do Nascimento. **International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia**, v1, n.1, pp. 409-416, 2011.

FRIAS, A. Aprender para Bem Nascer. **International journal of developmental and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia**, v.1, n.2, pp 285-292, 2012.

FRIAS, A.; DAMAS, F. Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. **Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE**; v. 5, n. 2, pp.2019.

GRAÇA, L; FIGUEIREDO, M; CARREIRA, M. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. **Revista Referência**, [s. l.], v. III, n. 4, p. 27-35, 2011.

GUERRA, M.J., Braga, M. C., Quelhas, I., Silva, R. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. spe1,p. 117-124, abr. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. 2017.

HAINES, H. et al. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. **Midwifery**, v. 27, n. 4, p. 560–567, 2011.

LYBERG, A.; SEVERINSSON, E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 4, p. 391–399, 2010.

LOUREIRO, S. **O Medo do Parto: Contributo para a validação do W-DEQ para grávidas portuguesas**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. 2013. Disponível em : <https://doi.org/201043238>. Acesso em 26/01/2017

MELEIS, A. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova York Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MERCER, R. T. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004.

NIEMINEN, K.; STEPHANSSON, O; RYDING, E. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, [s. l.], n. 88, p. 807-813, 2009.

NILSSON, C.; BONDAS, T.; LUNDGREN, I. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 39, n. 3, p. 298–309, 2010.

O'HARA, M., SWAIN, A. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. **International Review of Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 37–54, 1996.

OE, **Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto**: Parecer N.º 4/2016, Lisboa: Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 17 jun. 2016.

**OMS Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.

OTLEY, H. Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. **British Journal of Midwifery**, v. 19, n. 4, p. 215–220, 2011.

PEREIRA, R; FRANCO, S; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 289–295, 2004.

SALOMONSSON, B.; WIJMA, K.; ALEHAGEN, S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. **Midwifery**, v. 26, n. 3, p. 327–337, 2010.

SANTOS, C; ALMEIDA, G; SOUZA, T. Depressão pós-parto: revisão da literatura. **Psicologia em Foco**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1-11, 2009. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads>. Acesso em: 20 out. 2017.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, Neri M.; MULLER, M. C.. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 10, n. 1, pág. 61-68, junho de 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20.out.2017 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>.

SILVA, R. et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 2, p. 143–148, 2012.

WIJMA, K.; WIJMA, B.; ZAR, M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 19, n. 2, p. 84-97, 1998.

ZAR, M.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Pre-and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, v. 30, n. 2, p. 75–84, 2001.

# CAPÍTULO 20

## MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO DO MARANHÃO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 05/11/2020

### **Aclênia Maria Nascimento Ribeiro**

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,  
Timon-MA  
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

### **Gabriela Oliveira Parentes da Costa**

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,  
Timon-MA  
<http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

### **Francisca Maria Pereira da Cruz**

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,  
Timon-MA  
<http://lattes.cnpq.br/5343894061869778>

### **Luciana Stanford Baldoino**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das  
Graças – FENSG, Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/7711123093020279>

### **Carolina Silva Vale**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
do Piauí – HU/UFPI, Teresina/PI  
<http://lattes.cnpq.br/1945234789026024>

### **Lígia Maria Cabedo Rodrigues**

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,  
Campina Grande - PB  
<http://lattes.cnpq.br/6985402129123921>

### **Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves**

Faculdade Integrada da Grande Fortaleza –  
FGF, Fortaleza-CE  
<http://lattes.cnpq.br/7142069740426505>

### **Carla Lorena Morais de Sousa Carneiro**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI,  
Floriano – PI  
<http://lattes.cnpq.br/2280464737052165>

### **Laise Virgínia Soares Senna**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
do Piauí – HU/UFPI, Teresina/PI  
<http://lattes.cnpq.br/6026760392429123>

### **Eliseba dos Santos Pereira**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI,  
Teresina – PI  
<http://lattes.cnpq.br/0365098465777562>

### **Vandoval Rodrigues Veloso**

Universidade Federal do Piauí – UFPI,  
Teresina/PI  
<http://lattes.cnpq.br/7747096004428578>

### **Felipe Nascimento Vidal**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
do Piauí – UFPI, Teresina – PI  
<https://orcid.org/0000-0001-6506-7706>

**RESUMO:** **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade relacionada às causas externas no Maranhão nos anos de 2014 a 2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado no mês de outubro de 2020 por meio de dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um formulário específico construído com as seguintes variáveis: ano do óbito, sexo, faixa etária, raça, escolaridade e grupo CID 10.

**Resultados:** A análise dos dados permitiu inferir que no período de 2014 a 2018 foram registrados 26.301 óbitos por causas externas no estado do Maranhão. Quanto ao perfil epidemiológico, foi possível constatar que a mortalidade foi mais presente em indivíduos do sexo masculino, na faixa de etária de 20 a 39 anos de idade, da raça parda e com 4 a 7 anos de estudos, seguida de 8 a 11 anos. Quanto às causas básicas de mortalidade, a de maior ocorrência foi por agressão, seguida por acidentes de transportes. **Conclusão:** Assim, acredita-se que as informações aqui apresentadas podem servir de incentivo para discussões futuras acerca da necessidade de medidas preventivas das causas externas com conseqüente prevenção de mortes precoces. Além disso, observa-se a importância dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, nas atividades comunitárias, por intermédio de práticas educativas, para o enfrentamento e prevenção dessa problemática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Registros de mortalidade; Causas externas; Epidemiologia.

## MORTALITY FOR EXTERNAL CAUSES: ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN THE STATE OF MARANHÃO

**ABSTRACT: Objective:** To analyze the epidemiological profile of mortality related to external causes in Maranhão in the years 2014 to 2018. **Methodology:** This is a descriptive and retrospective study conducted in the month of October 2020 using secondary data from the database of the Mortality Information System and the Informatics Department of the Unified Health System, using a specific form constructed with the following variables: year of death, sex, age group, race, education and ICD 10 group. **Results:** Analysis of data allowed to infer that in the period from 2014 to 2018 there were 26,301 deaths from external causes in the state of Maranhão. Regarding the epidemiological profile, it was possible to verify that mortality was more present in male individuals, in the age group of 20 to 39 years old, of brown race and with 4 to 7 years of study, followed by 8 to 11 years. As for the basic causes of mortality, the most frequent was aggression, followed by transport accidents. **Conclusion:** Thus, it is believed that the information presented here can serve as an incentive for future discussions about the need to prevent external causes in the prevention of early deaths. In addition, the importance of health professionals, especially nurses, was observed in community activities, through educational practices, for coping and prevention.

**KEYWORDS:** Mortality records; External causes; Epidemiology.

## 1 | INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, nos últimos anos, motivaram a dinâmica do perfil de mortalidade da sociedade brasileira, ocasionando redução nas mortes decorrentes das doenças transmissíveis, bem como aumento naquelas ocasionadas por causas externas (ARAÚJO et al., 2014). As mortes e sequelas provenientes das causas externas, são consideradas demandas significativas para que políticas públicas de segurança e saúde sejam criadas e efetuadas no Brasil (BATISTA et al., 2018).

Nesse sentido, é possível inferir que as causas externas representam um grande problema de saúde pública, estando entre as principais causas de óbito mundialmente,

com índice significativo de acometimento em faixas etárias jovens (CARDOSO et al., 2020).

Além de sua interferência na mortalidade, as causas externas também são responsáveis por danos a milhares de indivíduos, gerando aumento na taxa de internação, atendimentos ambulatoriais e de emergência. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em nosso país, em 2015, as causas externas ocasionaram 145 mil mortes, sendo assim, a terceira principal causa de morte no país, representando também a terceira causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 5,1 milhões de óbitos são atribuídas às causas externas (WHO, 2012) e isso representa 9% da taxa de mortalidade em todo o mundo (ARAÚJO et al., 2014). No Brasil, nos últimos 25 anos, nota-se aumento na taxa de mortalidade por causas externas (SILVA et al., 2012; BRASIL, 2015).

Segundo a décima edição do Código Internacional de Doenças (CID 10), as causas externas estão relacionadas aos fatores externos ao corpo humano que ocasionam lesões ou efeitos adversos no organismo. Assim, estão inclusos nessa definição, homicídios, acidentes de trânsito, suicídio, outras violências (quedas, afogamento, queimaduras, acidentes de trabalho, intoxicações, etc) e causas externas não especificadas se acidentais ou intencionais (OMS, 1993).

Para Cardoso et al. (2020), esse indicador não apenas retrata características culturais e de desenvolvimento socioeconômico com variados fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência, como também demonstra as condições da assistência médica que são oferecidas à população e a qualidade do registro das ocorrências.

Diante desse cenário, o objetivo proposto deste estudo foi de realizar uma análise sobre o perfil epidemiológico da mortalidade relacionada às causas externas no Maranhão nos anos de 2014 a 2018.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado no mês de outubro de 2020 por meio de dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), utilizando-se um formulário específico construído com as seguintes variáveis: ano do óbito, sexo, faixa etária, raça, escolaridade e grupo CID 10.

Foram coletadas as informações referentes aos óbitos ocorridos no período de 2014 a 2018 e que tiveram como causa de morte, os óbitos decorrentes do Capítulo XX do CID-10 (Causas externas de morbidade e mortalidade). Após a coleta, os dados foram classificados de acordo com seus grupos de causas apresentados pelo CID-10, divididos da seguinte forma: V01-V99 acidentes de transporte; W00-X59 outras causas externas de lesões acidentais; X60-X84 lesões autoprovocadas voluntariamente; X85-Y09 agressões;

Y10-Y34 eventos cuja intenção é indeterminada; Y35-Y36 intervenções legais e operações de guerra; Y40-Y84 complicações de assistência médica e cirúrgica; Y85-Y89 sequelas de causas externas e X60-X84 lesões autoprovocadas voluntariamente

Os dados coletados foram organizados em uma planilha e analisados no Programa Microsoft Excel 2010®. Para a análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva por meio de cálculos de frequência absoluta e relativa.

Convém enfatizar que esses dados são de domínio público e não apresentam identificação nominal, motivo pelo qual não houve necessidade de submissão ao comitê de ética.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas estudadas estão expressas na tabela 1, na qual é possível verificar que de 2014 a 2018 foram registrados 26.301 óbitos por causas externas no estado do Maranhão.

Segundo Brasil (2009), a elevação nos índices de óbitos associados às causas externas está relacionado à transgressão dos direitos humanos, desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade e baixa valorização da vida.

Em relação aos anos estudados, observou-se que houve uma redução na taxa de mortalidade no decorrer desses anos, porém foi observado uma pequena elevação no número de óbitos no ano de 2016 se comparado ao ano de 2015.

Quanto ao sexo, verificou-se a predominância do sexo masculino, vitimando 85,94% dos homens nos anos estudados. Esses dados também foram relatados em outras pesquisas comparando o número de óbitos por sexo, demonstrando que o sexo masculino é mais afetado pelas causas externas de mortalidade (PREIS et al., 2018; CARDOSO et al., 2020).

Conforme Abreu et al. (2012), o Brasil tem evidenciado a maior taxa de óbitos entre indivíduos do sexo masculino no que se refere às causas externas. Essa taxa elevada tem sido relacionada ao comportamento social e cultural dos homens que se expõem excessivamente aos riscos, uma vez que esses indivíduos normalmente estão mais envolvidos em agressões e discussões, dirigem em velocidades elevadas, tem mais envolvimento em brigas de trânsito, bem como, costumam ingerir álcool em maior quantidade, se comparado às mulheres.

Para Nogueira e Brandão (2020), a perda precoce desses homens acarreta consequências negativas na dinâmica familiar, pois estes indivíduos seriam agentes fundamentais para o sustento econômica das famílias, que geralmente possuem renda baixa, bem como nas relações familiares gerais, como a educação dos filhos e organização das tarefas domésticas, no caso dos indivíduos casados.

Ao analisar o quantitativo de óbitos por faixa etária, os resultados mostraram

prevalência de óbitos em todas as faixas etárias, com destaque para faixa entre 20 a 39 anos, com 28,75% do total de óbitos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos, com 22,09%.

Os resultados obtidos no presente estudo são corroborados por outros estudos, como o de Lima et al. (2013) realizado também no Maranhão, no período de 2001 a 2010, que também indicou alto percentual de mortalidade por causas externas entre adultos jovens. Para Nogueira e Brandão (2020), esses resultados demonstram o impacto das causas externas para a faixa etária dos adultos jovens, afetando diretamente na dinâmica de toda a sociedade, por se tratarem de pessoas que estão no início ou já estão no ápice da idade produtiva intelectual e laboral.

Nesse contexto, pesquisas apontam que a vulnerabilidade no grupo etário de 20-35 anos está associada a certas atitudes, como por exemplo a procura por emoções, o prazer em provar circunstâncias que oferecem riscos, a impulsividade e o abuso de substâncias psicoativas (SOUZA et al., 2007), além de que, segundo Cavalcante e Monteiro (2008), a partir da fase da adolescência o comportamento assumido pela maior parte dos jovens, favorecem a sua exposição aos riscos de violência.

A análise dos dados relacionados à raça, demonstrou que a raça com maior número de indivíduos vitimados por causas externas foi a dos pardos, representando 73,34% da amostra.

Um estudo realizado no estado da Paraíba identificou que a raça parda representou 66% dos óbitos por causas externas no ano de 2000 e 84% no ano de 2010 (MELO; DIÓGENES, 2018). A avaliação da mortalidade por causas externas no município de Campina Grande – PB, no ano de 2015, identificou que os indivíduos da cor ou raça parda com um percentual de 73,5% são os principais acometidos por essas causas (COSTA, 2016).

Esses resultados são semelhantes aos encontrados em um estudo realizado em Teresina – PI, no período de 2001 a 2011, que mostrou prevalência da raça parda (70,67%) seguido da branca (12,82%) (SOUSA; SILVA; CAVALCANTE, 2016). Um outro estudo desenvolvido na região de São Mateus – ES, identificou que a mortalidade por causas externas em relação à cor da pele ou raça apresentou as maiores taxas para pardos e negros (TRISTÃO et al., 2012).

Quanto à escolaridade, observou-se que a maioria das mortes ocorreram em indivíduos com 4 a 7 anos de estudos (31,63%), seguida de 8 a 11 anos (26,22%), reafirmando os dados encontrados em um estudo realizado em 2006 na cidade de Cuiabá – MT, que identificou que a maior parte dos óbitos por causas externas envolveu indivíduos com escolaridade entre 4 a 7 anos seguidos de 1 a 3 anos (OLIVEIRA, 2006).

Outro estudo envolvendo a avaliação das causas externas de mortalidade no município de Teresina – PI, no período de 2001 a 2011, verificou que a maioria permaneceu na escola entre 4 a 7 anos (35,82%) seguidos da escolaridade de 8 a 11 anos (22,63%) (SOUSA; SILVA; CAVALCANTE, 2016).

Um estudo sobre a mortalidade por causas externas no estado do Maranhão, realizado no período de 2001 a 2010, identificou que o tempo de escolaridade mais frequente foi de 4 a 7 anos, seguido de 1 a 3 anos (LIMA et al., 2013).

Segundo Nogueira e Brandão (2020), esses resultados indicam que as pessoas com menor grau de escolaridade são as principais acometidas pelas causas externas de óbitos, reafirmando que indivíduos com baixa escolaridade estão mais susceptíveis a se envolverem em situações violentas, que geralmente evoluem para óbito. Esses resultados demonstram a necessidade de iniciativas para manutenção de jovens na escola como estratégia para auxiliar na proteção desses indivíduos.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Ano</b>		
2014	5.580	21,21
2015	5.382	20,46
2016	5.452	20,65
2017	5.076	19,29
2018	4.811	18,29
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	3.675	13,97
Masculino	22.604	85,94
Ignorado	22	0,08
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária</b>		
Menor de 1 ano	141	0,53
1 a 4 anos	330	1,25
5 a 9 anos	281	1,06
10 a 14 anos	471	1,79
15 a 19 anos	2.858	10,86
20 a 29 anos	7.564	28,75
30 a 39 anos	5.812	22,09
40 a 49 anos	3.259	12,39
50 a 59 anos	2.075	7,88
60 a 69 anos	1.349	5,12
70 a 79 anos	1.010	3,84
80 anos e mais	995	3,78
Ignorada	156	0,59
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>
<b>Raça</b>		
Branca	3.385	12,87
Preta	2.907	11,05
Amarela	59	0,22
Parda	19.291	73,34
Indígena	164	0,62
Ignorado	495	1,88
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	3.057	11,62
1 a 3 anos	4.497	17,09
4 a 7 anos	8.320	31,63
8 a 11 anos	6.898	26,22
12 anos e mais	794	3,01
Ignorado	2.735	10,39
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>

Tabela 1. Mortalidade por causas externas no estado do Maranhão segundo ano, sexo, faixa etária, raça e escolaridade, no período de 2014 a 2018. Teresina (PI), Brasil, 2020.

Fonte: DATASUS (2020).



A tabela 2 expressa a mortalidade por causas externas no estado do Maranhão segundo grupo CID 10, demonstrando que dentre as causas básicas, a de maior ocorrência foi por agressão, com 43,58% do total de óbitos por causas externas, seguida por acidentes de transportes com 30,68%.

Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que acidentes e violência são responsáveis por mais de 5 milhões de óbitos anualmente, representando cerca de 9% da mortalidade mundial. Acredita-se que 16% dessas mortes sejam consequências de suicídios, 10% de homicídios, 24% de acidentes de trânsito, 14% de quedas, com o restante dividido entre outras causas (CORASSA et al., 2017). Para cada morte, estimam-se dezenas de hospitalizações, centenas de visitas a unidades de pronto atendimento e milhares de consultas médicas (COSTA et al., 2013).

Segundo Brasil (2015), no nordeste, aproximadamente, 30% das mortes por causas externas foram ocasionadas por acidentes de transporte terrestre. Esses acidentes ocasionam altos índices de mortalidade e morbidade, acarretando desta forma impactos sociais para os indivíduos, sua família e sociedade como um todo, associado ainda a altos custos para o sistema de saúde (GONSAGA et al., 2012).

A violência e os acidentes que são um grupo relevante de causas externas, são compostas pelos acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, intoxicações, acidentes de trabalho, queimaduras, quedas, afogamentos e são considerados importantes fatores de morbidade e mortalidade de adultos jovens (SILVA et al., 2010). No Brasil, os homicídios não estão mais centralizados unicamente nas grandes cidades, mais sim disseminados de maneira mais generalizada nas últimas décadas, atingindo também as cidades de médio porte do interior (COSTA; TRINDADE; SANTOS, 2014).

No Brasil, cerca de 71% dos homicídios envolvem uso de armas de fogo, legais ou ilegais. Por serem altamente letais e geralmente de fácil acesso, quando associadas a uma sociedade violenta, elevam o risco de que conflitos de ordem diversa terminem em mortes. No ano de 2015, no Brasil, os homicídios corresponderam a 47,8% do total de óbitos da população masculina, de 15 a 29 anos, trazendo consequências para a saúde, para a dinâmica demográfica e, por conseguinte, para o processo de desenvolvimento econômico e social (AMADOR et al., 2018).

GRUPO CID 10	N	%
V01-V99 Acidentes de transporte	8.070	30,68
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	4.183	15,90
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	1.460	5,55
X85-Y09 Agressões	11.463	43,58
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	572	2,17
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	7	0,02
Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica	495	1,88
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	51	0,19
<b>Total</b>	<b>26.301</b>	<b>100</b>

Tabela 2. Mortalidade por causas externas no estado do Maranhão segundo grupo CID 10, no período de 2014 a 2018. Teresina (PI), Brasil, 2020.

Fonte: DATASUS (2020).

Em vista disso, percebe-se que o conhecimento sobre os óbitos por causas externas contribui para a execução de estratégias de prevenção e desenvolvimento de ações de enfrentamento abrangentes. Por esse motivo, é importante enfatizar que o Brasil apresenta vasta extensão territorial e uma grande diversidade cultural, demográfica e socioeconômica, o que explica a importância da identificação dos contrastes regionais que interferem na vida e saúde da população, favorecendo o planejamento e a execução de ações direcionadas aos grupos de maior risco (PREIS et al., 2018).

#### 4 | CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que apesar dos dados terem mostrado que houve redução no quantitativo de óbitos por causas externas no período estudado, ainda são altas as taxas relacionadas a essa causa de mortalidade.

Quanto ao perfil epidemiológico, foi possível constatar que a mortalidade por causas externas foi mais presente em indivíduos do sexo masculino, na faixa de etária de 20 a 39 anos de idade, da raça parda e com 4 a 7 anos de estudos, seguida de 8 a 11 anos. Quanto às causas básicas de mortalidade, a de maior ocorrência foi por agressão, seguida por acidentes de transportes.

Assim, acredita-se que as informações aqui apresentadas podem servir de incentivo para discussões futuras acerca da necessidade de medidas preventivas das causas externas, com consequente prevenção de mortes precoces, diminuindo, portanto, o impacto econômico dos custos com hospitalizações e das perdas de vida produtiva. Além disso, este estudo mostrou a importância dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, nas atividades comunitárias, por intermédio de práticas educativas, para o enfrentamento e prevenção dessa problemática.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M. et al. **Impacto da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito**. Rev enferm UERJ. v. 20, n. 1, p. 21-26, 2012.
- AMADOR, A. D. et al. **Mortalidade de jovens por violência no Brasil: desigualdade espacial e socioeconômica**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 3, p. 1-9, 2018.
- ARAÚJO, A. M. et al. **Mortality profile from falls in the elderly**. Rev Pesqui Cuid Fundam. v. 6, n. 3. P. 863-875, 2014.
- BATISTA, J. et al. **Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas entre beneficiários de planos de saúde no Brasil**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. v. 8, e1870, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Estatísticas vitais: mortalidade por causas externas**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/>.
- CARDOSO, S. et al. **Perfil e evolução da mortalidade por causas externas em Joinville (SC), 2003 a 2016**. Cad Saúde Colet, v. 28, n. 2, p. 189-200, 2020.
- CAVALCANTI, A. L. MONTEIRO, B. V. **Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil**. Scientia Médica, v. 18, n. 4, p. 160-165, 2008.
- CORASSA, R. B. et al. **Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012**. Caderno Saúde Coletiva, v. 25, n. 3, p. 302-314, 2017.
- COSTA, J. S. D. et al. **Evolução da mortalidade por causas externas no município de Pelotas e no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 1996-2009**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.22, n.2, 2013.
- COSTA, F. A. M. M. TRINDADE; R. F. C. SANTOS, C. B. **Mortes por homicídios: série histórica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 22, n. 6, p. 1017-1025, 2014.
- COSTA, A. R. **Estudo da mortalidade por causas externas no município de Campina Grande**. 2016. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande: 2016.
- GONSAGA, R. A. T. et al. **Evaluation of the mortality due to external causes**. Rev. Col. Bras. Cir. v.39 n.4, 2012.

LIMA, R. H. S. et al. **Mortalidade por causas externas no estado do Maranhão, Brasil: tendências de 2001 a 2010.** Revista Pesquisa Saúde, v.14, n 2, p. 96-100, 2013.

MELO, K. O. C. DIÓGENES, V. H. D. **Mortalidade por causas externas e seus diferenciais: uma análise para as mesorregiões do estado da paraíba, 1980 a 2010.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. v. 3, n. 11, p. 118-136, 2018.

NOGUEIRA, C. A. S.; BRANDÃO, F. B. **Mortalidade de adultos jovens por causas externas no Município de Imperatriz – MA, no biênio (2017 – 2018).** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. v. 5, n. 9, p. 31-58, 2020.

OLIVEIRA, L. R. **Subsídios para a implantação de um sistema de vigilância de causas externas no município de Cuiabá – Mato Grosso.** 2006. 299f. Tese. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2006.

OMS. Organização mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10ª Revisão. v.1. São Paulo: Centro colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1993.

PREIS, L. C. et al. **Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013.** Rev enferm UFPE on line. v. 12, n. 3, p. 716-728, 2018.

SILVA, M. A. I. et al. **Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006.** Rev. Gaúcha Enferm. v, 31, n. 2, 2010.

SILVA, J. M. et al. **Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia.** Rev Baiana Saúde Pública. v. 36, n. 2, p. 343-357, 2012.

SOUSA, A. S. B. SILVA, S. C. CAVALCANTE, M. F. A. **Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011.** Revista Interdisciplinar. v. 9, n. 1, p. 57-65, 2016.

SOUZA, M. F. M. et al. **Análise descritiva e tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, v. 16, n. 1, p. 33-44, 2007.

TRISTÃO, K. M. et al. **Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília: v.21 n.2 jun. 2012.

WHO. World Health Organization. **Violence, injuries and disability: biennial report 2010–2011.** Geneva: World Health Organization, 2012.

# CAPÍTULO 21

## O PAPEL ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 16/10/2020

### David Ferreira Costa

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8207408876633327>

### Jurandir Xavier de Sá Junior

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9537890655623653>

### Marcelo Donizetti Chaves

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2032065080008349>

### Roberta de Araújo e Silva

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8808047463451581>

### Perpétua do Socorro Silva Costa

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3810756136201070>

**RESUMO:** A fibromialgia é uma síndrome reumática de caráter crônico, de etiologia desconhecida, que causa dores musculoesqueléticas. A associação com outras comorbidades é frequente o que piora o quadro clínico e a qualidade de vida do paciente. O objetivo deste trabalho foi analisar o papel da enfermagem na assistência aos pacientes com

fibromialgia, a partir de uma revisão de literatura. A pesquisa foi realizada com base na pergunta norteadora “Qual o papel da enfermagem na assistência a pacientes com fibromialgia?”, formulada por meio da estratégia PICO. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: BVS, LILACS, SciELO, BDEF e MEDLINE, com os descritores Fibromialgia e Enfermagem, acrescidos do operador booleano AND, entre os meses de junho e julho de 2020. Foram encontrados 147 artigos, dos quais selecionamos 8 artigos para compor a amostra a ser analisada, por meio de leitura e da aplicação do um formulário *checklist* PRISMA adaptado. Verificou-se que o tratamento da fibromialgia é um desafio e deve ser estabelecido de forma multidisciplinar. A assistência de enfermagem torna-se indispensável, e ocorre através da promoção do auto cuidado, da educação em saúde, no gerenciamento da dor, através do acompanhamento direto aos pacientes através de consultas. Desse modo, a enfermagem possui um papel assistencial fundamental no tratamento de doenças de caráter crônico.

**PALAVRAS - CHAVE:** Fibromialgia; Enfermagem; Assistência de Enfermagem

### THE NURSING ASSISTANCE ROLE IN FACING FIBROMYALGIA: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

**ABSTRACT:** Fibromyalgia is a chronic rheumatic syndrome, of unknown etiology, which causes musculoskeletal pain. The association with other comorbidities is frequent, which worsens the patient's clinical condition and quality of life. The aim of this study was to analyze the role of

nursing in assisting patients with fibromyalgia, based on a literature review. The research had been carried out based on PICO strategy and the key question “What is the nursing role in assisting patients with fibromyalgia?” The bibliographic search was carried out in the following databases: BVS, LILACS, SciELO, BDNF and MEDLINE, using the Fibromyalgia and Nursing descriptors and Boolean operator AND, between the months of June and July 2020. 147 articles were found, of which we selected 8 articles to compose the sample to be analyzed, by reading and applying an adapted PRISMA checklist form. Fibromyalgia treatment is a challenge and should be established in a multidisciplinary way. Nursing care becomes indispensable and occurs through the promotion of self-care, health education, pain management and direct patients monitoring. Thus, nursing has a fundamental care role in the treatment of chronic diseases.

**KEYWORDS:** Fibromyalgia; Nursing; Nursing Care

## 1 | INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática de caráter não inflamatório, cujo principal sintoma é a queixa de dor musculoesquelética difusa e crônica, por pelo menos 3 meses, caracterizada pelo surgimento de pontos dolorosos à digito-palpação de 11 ou mais dos 18 pontos dolorosos, denominados *tender points*. Além desses sintomas ocorre a fadiga, rigidez muscular, sono não reparador, dificuldades cognitivas, edema, parestesias, fenômeno de Raynaud (que se caracteriza pela contração extrema dos capilares em reação ao frio, limitando a circulação sanguínea para as áreas afetadas), síndrome do cólon irritado, ansiedade, depressão, distúrbios alimentares entre outros (SANTOS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2019; COSTA, 2017).

A FM pode afetar crianças, adolescentes e homens. Porém, é mais frequentemente relatada em mulheres. Nos EUA e na Europa, a prevalência encontrada foi de até 5% na população de um modo geral e ultrapassou 10% dos atendimentos em clínicas reumatológicas. No Brasil, a incidência é de 2,5%, sendo a maioria do sexo feminino, em uma proporção de 8:1. Deste total, 40,8% pertencem à faixa etária de 35 a 44 anos. É comumente observada na prática clínica, tornando-se uma das principais causas de consultas reumatológicas (DAVIS, et al., 2017; ARAUJO, 2020; BERARDINELLI, et al., 2017).

Os mecanismos de causalidade da fibromialgia ainda não foram claramente identificados. Estudos demonstram uma possível relação com base genética e ambiental, assim como por consequência alterações no sistema límbico, a partir de experiências traumáticas na infância, doenças e acidentes. Pacientes com FM relatam lembrar-se do início da doença relacionando-o com outras dores que aumentam com o passar do tempo e acabaram manifestando em outras partes do corpo. Por não ser uma doença tão visível, tende a ser desacreditada, levando o paciente a sentir-se inseguro, frustrado, culpado e desconfortável. Além de provocar exclusão social, familiar e isolamento (MEDRANO, et al.,

2011; COSTA, 2017).

Frequentemente a FM está associada a outras comorbidades contribuindo para o sofrimento e a piora do quadro clínico e da qualidade de vida do indivíduo. As comorbidades mais frequentes são as síndromes de fadiga crônica, a miofascial, a do cólon irritável e a uretral inespecífica, crise de ansiedade e depressão, distúrbios do sono, parestesia de extremidades, sensação subjetiva de edema, distúrbios cognitivos e alimentares. Esse conjunto de sintomas, variável entre as pessoas com fibromialgia, têm impacto negativo na vida desses indivíduos, impedindo-os de viver com bem-estar e saúde, afetando tanto no seu convívio social quanto no aspecto econômico. (OLIVEIRA, et al., 2019; MIRANDA, et al., 2017).

O tratamento recomendado para a FM é de caráter interdisciplinar, incluindo abordagem farmacológica e não farmacológica, que deve incluir estratégias educativas e participação ativa do paciente no controle da doença. Seu principal objetivo é a diminuição da dor, para aumentar as funções físicas, melhorando assim a sua qualidade de vida, sem atingir o abuso de medicamentos. Porém, não há tratamento específico que permita que os sintomas sejam totalmente controlados (ALI, et al., 2018; MEDRANO, et al., 2011).

Diante da complexidade do quadro clínico e devido às alterações na qualidade de vida dos pacientes, é de fundamental importância a aptidão da equipe de enfermagem na prestação de cuidados a pacientes fibromiálgicos. Nesse contexto, o enfermeiro, como elemento de referência e profissional que desempenha um papel mais próximo e constante com os clientes, deve estar preparado para identificar as necessidades de saúde e intervir de forma eficiente para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (MIRANDA et al., 2016).

A FM demanda mudança nas dimensões de cuidar e ultrapassa o modelo cartesiano, de modo que o cuidado deve ser interdisciplinar para além do corpo físico, envolvendo diferentes visões, saberes e práticas pedagógicas sensíveis. O tratamento deve ser elaborado em discussão com o paciente, de acordo com a intensidade da sua dor, funcionalidade e suas características, levando em consideração questões biopsicossociais e culturais (BERARDINELLI et al., 2017).

A inserção da fibromialgia no cenário clínico e acadêmico é sutil. O grande avanço de sua visibilidade atualmente deve-se a veiculação midiática de pessoas famosas no cenário mundial que sofrem com esse distúrbio. Além de publicações de ensaios científicos em diferentes áreas do conhecimento. Diante desta premissa, essa revisão pretende analisar a assistência de enfermagem a pacientes acometidos por fibromialgia, com o objetivo de contribuir com a difusão de conhecimentos técnico-científicos, a fim de tornar a prestação de cuidados mais holística e integral.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se uma revisão sistemática da literatura, do tipo exploratória de caráter descritivo. Para construção da mesma, se seguiu cinco etapas, a saber: 1) elaboração do objetivo e questão de pesquisa; 2) escolha dos indexadores e estruturação da estratégia de busca; 3) definição e aplicação dos critérios de elegibilidade; 4) análise completa dos artigos selecionados; e 5) apresentação dos resultados (SOUSA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A questão norteadora da pesquisa foi “Qual o papel da enfermagem na assistência a pacientes com fibromialgia?”, formulada por meio do acrônimo PICO, onde o problema (P) referiu-se aos pacientes com fibromialgia; o interesse (I) voltou-se para o cuidado de enfermagem; o contexto (C) não se aplica, e o, “*Outcomes*”, (desfecho) (O) ao controle da dor dos de indivíduos diagnosticados com fibromialgia (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

O levantamento bibliográfico foi feito nos meses de junho e julho de 2020, por meio da busca nos bancos de dados virtuais - MEDLINE, BDENF, LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os descritores padronizados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Fibromialgia e Enfermagem, utilizando o operador booleano *AND*.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados em português, inglês e espanhol e disponíveis nos últimos 10 anos cuja temática era o cuidado à fibromialgia. Os critérios de exclusão foram: textos que não apresentassem mecanismos de assistência e artigos que não estivessem disponíveis na íntegra.

Durante a pesquisa foram identificadas 147 publicações: 9 no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 8 na Bases de Dados para Enfermagem (BDENF), 7 no SciELO e 123 no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Após serem excluídos os artigos duplicados, chegou-se ao número de 135 artigos, os quais foram submetidos à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, gerando 32 arquivos. Desses, após a leitura de título e resumo, foram excluídos 13 artigos, elegendo assim 19 para leitura integral. 11 outros estudos foram descartados por não estarem alinhados aos critérios adotados para esta revisão. Deste modo, foram incluídos um total de 8 artigos, que compuseram a amostra final da revisão. A extração dos dados foi realizada por meio de um formulário *checklist* PRISMA, adaptado, e as etapas metodológicas ocorreram conforme demonstrado no fluxograma do PRISMA a seguir (MOHER *et al.*, 2009).



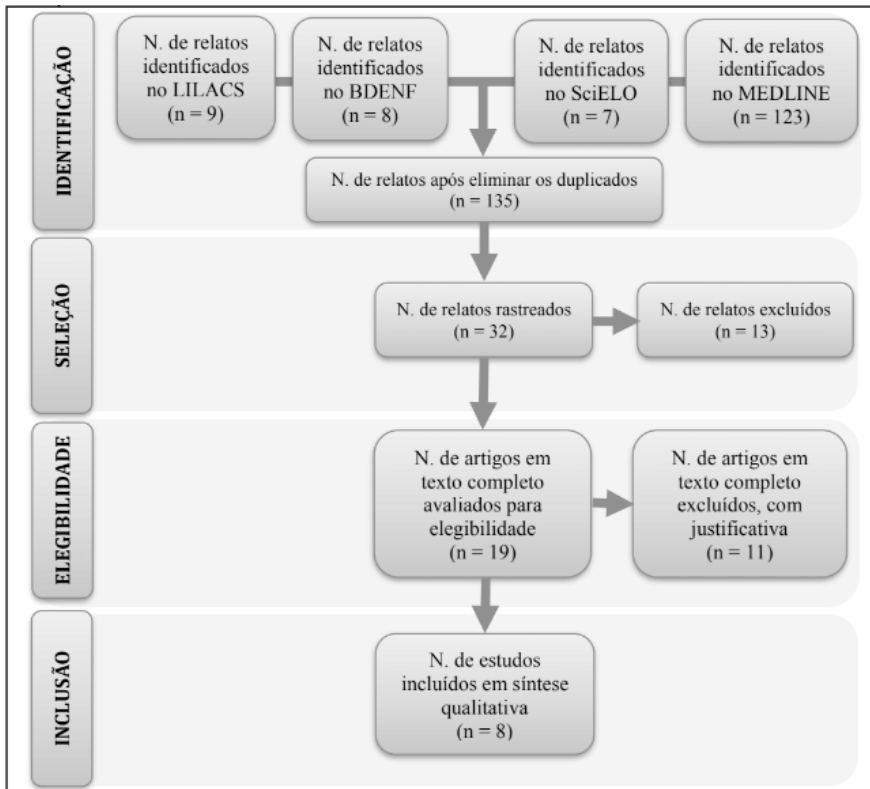


Figura 1: Fluxograma do PRISMA para demonstrar o processo de seleção dos artigos que compuseram a revisão sistemática.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro 1 apresentamos a origem e tipo de cada um dos estudos, bem como os respectivos autores, periódicos e ano em que foram publicados. Ao mesmo tempo em que cada estudo foi codificado como uma letra do alfabeto para facilitar a exposição dos resultados encontrados.

Origem	Cód.	Título	Autores	Periódico
LILACS	A	Estratégia participativa e interdisciplinar de cuidado com famílias de pessoas com fibromialgia	Lina Márcia Migueis Berardinelli; Larissa Pereira Costa; Irma da Silva Brito; Vera Maria Saboia.	Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017; 25: 6p.
	B	Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?	Juan Carlos Restrepo Medrano; Juan Guillermo Rojas.	Invest Educ Enferm. 2011;29(2), 10p.
	C	O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado	Julianna Pereira Ramos Oliveira, et al.	Rev Gaúcha Enferm. 2019;40, 9p.
	D	Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos	Emanuella Barros dos Santos, et al.	Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3), 7p.
SciELO	E	Efeitos de uma Intervenção de enfermagem no controle de sintomas de pacientes com fibromialgia. Relato de caso.	Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed Ali; Mariana Bucci Sanches; Luciana Garcia Lauretti; Marina de Góes Salvetti1	BrJP., 2018, vol.1, n.4, 4p.
MEDLINE	F	Community-based care of the strategies to promote self-management fibromyalgia patient	Kimberly Davis, MS, RN, CNE, Lana Sargent, MSN, RN, FNP-C, GNP-BC, and Victoria Menzies, PhD, RN, PMHCNS-BC, FAAN	Wolters Kluwer Health, 2017, vol. 35, n. 7, 9p.
	G	Optimizing fibromyalgia management	By Kari A. Firestone, MS, RN, CNS; Kathleen F. Holton, PhD, MPH; Scott D. Mist, PhD, MACOM; Cheryl L. Wright, PhD, FNP-BC; and Kim Dupree Jones, PhD, FNP-BC, FAAN	The Nurse Practitioner, 2012, Vol. 37, No. 4, 10p.
	H	Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia	Nathália Aparecida Costa Guedes Miranda, Lina Márcia Miguéis Berardinelli, Vera Maria Saboia, Irma da Silva Brito, Rosângela da Silva Santos.	Rev Bras Enferm. 2016; 69(6), 8p.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão após aplicação da metodologia adotada.  
Legenda: Cód. = Código do Artigo.

Dos oito artigos selecionados, sete são estudos primários, que tratam diretamente com dados obtidos com indivíduos diagnosticados com FM, e um secundário. Este último é uma revisão sistemática da literatura acerca do tema. Todos apresentaram um resumo estruturado, contendo o cerne dos respectivos artigos, tornando possível a compreensão prévia do que trata o estudo. Em todos foi possível identificar claramente a pergunta norteadora que desencadeou o estudo, como também, a justificativa frente a relevâncias dos mesmos.

Com relação aos idiomas e ano de publicação dos artigos, o Quadro 2 demonstra a distribuição quantitativa dos mesmos, referindo-os por ordem decrescente.

	Nº de artigos	Código dos Artigos
<b>Idiomas</b>		
Português	4	A, C, D e H
Inglês	3	E, F e G
Espanhol	1	B
<b>Ano</b>		
2011	1	B
2012	2	D e G
2017	3	A, F e H
2018	1	E
2019	1	C

Quadro 2: Relação do número de idiomas e ano das publicações selecionadas.

O quadro 3, apresenta os principais resultados encontrados pelos artigos e o nível de evidência científica. Estes variam desde a importância da capacitação dos familiares que convivem com a fibromialgia diariamente, até a importância de a equipe de enfermagem possuir conhecimentos acerca da doença e dominar integralmente o processo de enfermagem.

Título do artigo	Resultados	Nível de evidência*
Estratégia participativa e interdisciplinar de cuidado com famílias de pessoas com fibromialgia	No cerne deste estudo estão familiares de indivíduos diagnosticados com FM e como lidam com a doença. O estudo enfatiza a importância da conscientização e apropriação das informações referentes a afecção para manutenção do convívio familiar e também da evolução positiva do tratamento.	2C
Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?	Os resultados apresentam a necessidade da equipe de enfermagem estar apta para prestar cuidados aos indivíduos diagnosticados com fibromialgia. Os profissionais devem dominar a aplicação do Processo de Enfermagem, suas taxonomias e os conhecimentos inerentes à doença para prestar um serviço de qualidade no cuidado paliativo e educativo.	5
O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado	O desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado foi a conquista da equipe com as mulheres participantes do estudo. A equipe pensou em estratégias de educação em saúde mais criativas, acolhedoras, mais humanas, diante da ausência de política pública efetiva às mulheres que vivem com fibromialgia.	2C

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos	A ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão é comumente observada em pacientes com dor crônica. Essa afirmação foi evidenciada por meio dos resultados da aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão.	2B
Efeitos de uma Intervenção de enfermagem no controle de sintomas de pacientes com fibromialgia. Relato de caso.	A intervenção de enfermagem por telefone demonstrou impacto positivo no controle da dor e na redução dos sintomas depressivos de pacientes com fibromialgia. Houve redução significativa na intensidade média da dor após a intervenção. Não houve redução do escore médio de depressão, mas a intervenção reduziu significativamente os casos de depressão moderada e muito grave.	2B
Community-based care of the strategies to promote self-management fibromyalgia patient	Os resultados mostram que, mesmo com evidências limitadas sobre a eficácia do uso de estratégias de autogerenciamento em pessoas com FM, os indivíduos com FM podem descobrir ou desenvolver suas próprias estratégias de autogestão. Essas estratégias podem ser adequadas exclusivamente ao estilo de vida e temperamento de cada indivíduo, de modo que, sendo personalizadas, podem ser tão eficazes quanto as evidências atuais sugerem.	5
Optimizing fibromyalgia management	O tratamento da FM geralmente requer uma abordagem multidisciplinar colaborativa. É essencial que o cuidado de enfermagem ofereça esperança e redirecione suavemente os pacientes em direção a um plano de tratamento individualizado e saudável.	5
Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia	A terapia integrativa traz benefícios associados à melhora da qualidade de vida e sua utilização é uma opção extremamente eficaz e de custos reduzidos para a saúde pública, já que exige poucos recursos para a sua implantação. Os participantes desenvolveram habilidades pessoais, autocuidado, ampliaram a visão de mundo e sentiram-se autoconfiantes para gerenciarem suas vidas, tornando-se mais fortes em situações de fragilidade.	2B

Quadro 3: Principais resultados encontrados nos artigos incluídos na pesquisa.  
\*Fonte: Oxford Centre Evidence-Based Medicine (PEDROSA et. Al., 2015)

A pesquisa revelou uma escassez de trabalhos sobre os cuidados de enfermagem na assistência ao paciente com FM. Observou-se que os cuidados de enfermagem são de natureza paliativa e educacional e são prestados principalmente em unidades de atenção primária. É preciso enfatizar que o cuidado requer a intervenção de uma equipe multidisciplinar, uma vez que a doença afeta todas as dimensões do ser humano e causa interferência em diversas necessidades nos níveis biopsicossocial (MEDRANO et al., 2011).

Assim, o estabelecimento de uma equipe interdisciplinar para o tratamento do paciente é de fundamental importância. A fibromialgia é uma condição crônica e reumatológica que engloba um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e emocionais, além da dor crônica generalizada. Os indivíduos são afetados por hiperalgesia (aumento da sensibilidade à dor) e alodinia (estímulo que não é doloroso, mas que o organismo reconhece como dor), rigidez matinal, cefaleia e parestesia. O autogerenciamento da dor é um mecanismo que auxilia como forma de amenizar este sintoma da doença, a dor. A fase de planejamento é baseada na teoria do autogerenciamento e inclui três componentes

principais. O primeiro componente é o processo, definido como o uso de habilidades de auto regulação para gerenciar condições crônicas. O segundo componente é o programa, definido como a identificação de intervenções elaboradas pelos profissionais de saúde para educar os indivíduos no gerenciamento de suas doenças crônicas. O terceiro componente são os resultados, que são conquistas dos benefícios de saúde desejados e acordados pelo paciente e pelo profissional (DAVIS et. al., 2017; MIRANDA, et al., 2016).

O convívio com a dor causa desgaste físico, emocional e psíquico, tornando a vida de pacientes com FM uma experiência de sofrimento, limitações, afastamento laboral e exclusão social. Isso pode ocasionar distúrbios psicológicos como a ansiedade e a depressão. Portanto, é importante realizar uma avaliação do estado de ansiedade, que pode colaborar para elaboração do perfil clínico ansioso. Devido ao impacto que esses transtornos psicológicos podem ocasionar no percurso da doença, seja através da intensificação dos sintomas pré-existentes ou da produção de sintomas adicionais, é de extrema importância que haja uma análise multiprofissional que avalie os sintomas de ansiedade e depressão ao longo do tratamento de pacientes com fibromialgia. (OLIVEIRA et. al., 2019; SANTOS et. al., 2012).

No ambiente hospitalar, a execução de medidas terapêuticas, como aplicação local de calor, massagens, exercícios de alongamento e melhora do sono, é essencial para melhorar o conforto e a segurança do paciente. Por ser um distúrbio que afeta o indivíduo em todas as suas dimensões, o cuidado prestado requer uma equipe de intervenção multidisciplinar. Nesse contexto, o enfermeiro pode intermediar o contato entre o paciente e outros profissionais de saúde, uma vez que, ao realizar o rastreio dos sintomas ansiosos e depressivos, pode identificar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais a fim de obter o diagnóstico desses distúrbios psicológicos e seu tratamento adequado (MEDRANO et. al., 2011; SANTOS et. al., 2012).

O modelo estratégico de promoção da saúde que também pode ser adotado para a fibromialgia é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), modelo terapêutico surgido após a Segunda Guerra Mundial. O enfermeiro deve programar rodas de debates, na qual os indivíduos, ao ouvir vivências de outrem, podem aprender mecanismos de resolubilidade para os seus próprios desafios. É possível afirmar que a TCI é um modelo estratégico importante e eficiente para o empoderamento de pessoas que vivenciam a fibromialgia, promovendo um maior entendimento do processo saúde-adoecimento, das ações e atitudes que podem beneficiar seu controle. Além disso, a TCI pode evitar o surgimento de comorbidades associadas, sendo capaz de tomar atitudes que beneficiam a sua saúde (MIRANDA et. al., 2016).

O escopo das ações educacionais deve ser estendido fora do hospital. Desse modo, devem ser dadas instruções verbais e escritas aos pacientes sobre o uso de calor, exercícios, técnicas de redução de estresse e consumo de medicamentos prescritos. Vivemos em uma sociedade na qual as novas tecnologias digitais estão presentes em

todos os locais e podem ser acessados por uma grande parcela da sociedade. Estudos demonstram que as intervenções por telefone podem ser estratégias alternativas, com alto poder de abrangência, podendo ser utilizadas de modo exclusivo ou complementar, na educação e promoção da saúde, principalmente a pacientes com doenças crônicas (MEDRANO et. al., 2011; ALI et. al., 2018).

O controle da FM é um desafio para todos os profissionais de saúde, pois envolve, principalmente, a participação dos portadores e também de suas famílias, mudando os comportamentos que trazem prejuízos à saúde e aderindo aos que trazem benefícios com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. No domínio de promoção à saúde, o tratamento tem que se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico. Os pacientes e os familiares necessitam de apoio e auxílio. O tratamento para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) deve ser reorientado em torno do paciente e da família. As intervenções direcionadas aos clientes devem investir nas ações de autocuidado, conhecimento e acesso a informações, sendo imprescindíveis para a tomada de decisão e desenvolvimento das habilidades sociais, visando, assim, às práticas de empoderamento (MIRANDA et al., 2016; OLIVEIRA, et al., 2019).

Em relação ao manejo farmacológico da FM verificou-se que é influenciado pela gravidade dos sintomas, deficiências funcionais e presença de comorbidades e exigirá acompanhamento e modificações frequentes, dependendo da resposta do paciente. A promoção de exercícios estruturados direcionados ao treinamento aeróbico, de força, flexibilidade e equilíbrio é fundamental no tratamento da FM. Quando as sessões supervisionadas de exercícios multimodais podem ser realizadas com sucesso sem desencadear uma crise induzida por exercícios, podem ser adicionados esforços para aumentar a atividade física. Sabe-se que múltiplos déficits fisiológicos no processamento da dor central e periférica, disfunção autonômica e processos neuroendócrinos e inflamatórios dificultam o sucesso do exercício na FM (FIRESTONE et. al., 2012).

As situações crônicas de saúde e, conseqüentemente, o adoecimento estão cada vez mais inseridos na esfera da saúde mundial. Com isso, a importância da participação familiar no processo saúde/adoecimento/cuidado também é cada vez mais comentada e estudada. Na FM a participação da família no processo se torna indispensável. A equipe interdisciplinar, especialmente os enfermeiros, deve inserir o familiar no cuidado, incentivando a corresponsabilização e parceria. Esse processo é intrínseco ao cuidado, com cooperação mútua, desenvolvimento de habilidades e conhecimentos a partir do diálogo, da orientação e do ensino permanente, de modo que os participantes sejam empoderados e adquiram o domínio sobre suas vidas e decisões (BERARDINELLI et. al., 2017).

## 4 | CONCLUSÃO

Desde seu surgimento a enfermagem apresenta um papel importante no processo do cuidado dos seres sociais. No universo das doenças crônicas, a assistência da enfermagem nos amplos aspectos do cuidado se torna imprescindível. O seu papel de educador deve ser ressaltado, uma vez que, ao elucidar as dúvidas dos pacientes e da família acerca da fibromialgia, pode ser uma maneira eficaz de diminuir a angústia e incertezas entre estes pacientes.

Por ser uma doença pouco estudada e difundida, ainda pouco se conhece em relação a sua causalidade. O tratamento da FM é um desafio para toda a equipe de saúde, mas se realizado de maneira satisfatória, ocasiona melhora no quadro biopsicossocial dos indivíduos. A equipe de enfermagem é indispensável ao longo do curso do tratamento, tendo em vista, que ela apresenta o elo de ligação mais próximo do paciente/família e a equipe de saúde.

Este estudo pode verificar que há pouca produção acerca da participação da enfermagem no processo do cuidado à paciente de fibromialgia nos últimos 10 anos. Havendo assim, uma necessidade de pesquisas dentro desta temática ainda pouco difundida no campo acadêmico.

## REFERÊNCIAS

ALI, Y. C. M. M. et al . Effects of a nursing intervention in the control of symptoms in patients with fibromyalgia. Case report. **BrJP**, São Paulo , v. 1, n. 4, p. 365-368, Dec. 2018 . Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180069>>. Acessado em: 24 jul. 2020.

ARAUJO, A. B. M. Narrativas de vida de mulheres com fibromialgia: autogerenciamento da dor crônica. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2020. 100 f. Disponível em: < [http://www.btdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=17021](http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=17021)>. Acessado em: 21 jul. 2020.

BERARDINELLI, L. M. M. *et al*. Estratégia participativa e interdisciplinar de cuidado com famílias de pessoas com fibromialgia. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e30444, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.30444>. Acesso em: 21 jul. 2020.

COSTA, L. P. A família como rede de apoio às pessoas com fibromialgia: estratégias de cuidado interdisciplinar. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2017. 136 f. Disponível em: [http://www.btdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=12989](http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12989). Acessado em: 21 jul. 2020.

DAVIS, K; SARGENT, L; MENZIES, V. Community-Based Care of the Fibromyalgia Patient: Strategies to Promote Self-Management. **Home Healthc Now**. v. 35 n. 7. p. 364-372. 2017. Disponível em: <<http://doi:10.1097/NHH.0000000000000570>>. Acessado em: 24 jul. 2020.

FIRESTONE, K. A; HOLTON, K. F; MIST, S. D; WRIGHT, C. L; JONES, K. D. Optimizing fibromyalgia management. **Nurse Pract**. v. 37, n. 4, p. 12-22. 2012. Disponíveis em: <<http://doi:10.1097/01.NPR.0000412891.19933.48>>. Acessado em: 24 jul. 2020.

MEDRANO, J. C. R; ROJAS, J. G. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 305-314, July 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 24 jul. 2020.

MIRANDA, N. A. C. G. O empoderamento e a práxis do cuidado interdisciplinar de pessoas com fibromialgia: desafios para enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2016. 130 f. Disponível em: [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=14780](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14780). Acessado em: 20 jul. 2020.

MIRANDA, N. A. C. G. *et al*. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1115-1123, Dec. 2016. Available from <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0279>. Acessado em: 21 jul. 2020.

MOHER, D. *et al*. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 7, p. e1000097, 21 jul. 2009. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PEDROSA, K. K. A. *et al*. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 4, p. 733- 741, 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-pb.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2020.

PEREIRA, M. G; GALVÃO, T. F. Extração, avaliação da qualidade e síntese dos dados para revisão sistemática. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 577-578, Sept. 2014. Acesso em: 23 jul. 2020.

OLIVEIRA, J. P. R. *et al*. O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180411, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>. Acessado em: 20 jul. 2020.

SANTOS, E. B. *et al*. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 590-6, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/09.pdf>>. Acessado em: 21 jul. 2020.

SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. M; NOBRE, M. R. C. A estratégia do PICO para a construção de perguntas de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, junho de 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>>. Acesso em 24 de jul. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Acesso em: 23 jul. 2020.



# CAPÍTULO 22

## O PAPEL DA ENFERMAGEM NA IMUNIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES PARA MELHORIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

### **Nanielle Silva Barbosa**

Universidade Estadual do Piauí  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1573380751471631>

### **Kayron Rodrigo Ferreira Cunha**

Universidade Estadual do Piauí.  
Instituto de Ensino Superior Múltiplo  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4729591385356319>

### **Amanda Karoliny Meneses Resende**

Universidade Estadual do Piauí.  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3126388137953689>

### **Camilla de Kássia Cruz da Silva**

Faculdade Estácio/CEUT.  
FACID-WYDEN  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7223354927983952>

### **Nailza Santos Sousa**

Faculdade Estácio/CEUT  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4334509799530023>

### **Andreza da Silva Fontinele**

Faculdade Estácio/CEUT  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4592499100097401>

### **Juliete Machado Aguiar Bandeira**

Faculdade Estácio/CEUT  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/8503779230375544>

### **Angélica Gilderllany Sousa Silva**

Faculdade Estácio/CEUT  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6816862292774954>

### **Talita de Brito Silva**

Universidade Estadual do Piauí  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1239869473023162>

### **Ananda Carolina Barbosa da Silva**

Universidade Estadual do Piauí  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3393475773995774>

### **Lucas Costa de Gois**

Universidade Estadual do Piauí  
Teresina-Piauí  
<https://orcid.org/0000-0002-2569-5553>

### **Amanda Fonseca Costa Assunção**

Universidade Estadual do Piauí  
Teresina-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5120777519119056>

**RESUMO:** **INTRODUÇÃO:** Nessas três décadas, o Programa Nacional de Imunizações tem alcançado significativos avanços em termos de coberturas vacinais, descentralização das ações, parceria e participação dos gestores municipais, levando os municípios brasileiros a alcançarem cada vez mais as metas de vacinação. **OBJETIVOS:** Discutir as evidências científicas relacionadas ao papel da enfermagem na imunização na Atenção Primária à Saúde. **MÉTODO:** Revisão narrativa realizada entre Abril e Maio de 2020 na Base de Dados de Enfermagem,

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*. Os descritores utilizados foram: “Enfermagem”, “Imunização” e “Atenção Primária à Saúde”. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** 11 produções compuseram a amostra. É relevante ressaltar que o enfermeiro exerce papel essencial no ambiente da imunização, assim é de sua competência a administração, qualificação dos demais profissionais entre outras funções. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Faz-se necessário a busca por capacitação constante dos profissionais que atuam na sala de vacina, assim como uma boa gestão e acompanhamento dos profissionais nas atualizações tecnológicas e dos novos calendários vacinais, de modo a uma atuação eficaz na Atenção Primária.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem; Imunização; Atenção Primária à Saúde.

## THE ROLE OF NURSING IN IMMUNIZATION: CONSIDERATIONS FOR IMPROVEMENTS IN PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** In these three decades, the National Immunization Program has achieved significant advances in terms of vaccination coverage, decentralization of actions, partnership and participation of municipal managers, leading Brazilian municipalities to increasingly achieve vaccination goals. **OBJECTIVES:** To discuss the scientific evidence related to the role of nursing in immunization in Primary Health Care. **METHOD:** Narrative review conducted between April and May 2020 in the Database of Nursing, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. The descriptors used were: “Nursing”, “Immunization” and “Primary Health Care”. **RESULTS AND DISCUSSION:** 11 productions made up the sample. It is relevant to emphasize that the nurse plays an essential role in the immunization environment, so the administration, the qualification of other professionals, among other functions, are their competence. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is necessary to seek constant training for professionals who work in the vaccination room, as well as good management and monitoring of professionals in technological updates and new vaccination schedules, in order to perform effectively in Primary Care.

**KEYWORDS:** Nursing; Immunization; Primary Health Care.

## 11 INTRODUÇÃO

Em 1973 foi instituído o Programa Nacional de Imunização (PNI), apresentando-se como plano da Organização Mundial de Saúde para ampliar as ações de imunização no Brasil. Somente em 1975, o PNI teve suas competências regulamentadas. O objetivo central do programa pode ser resumido na necessidade da acessibilidade aos imunobiológicos de todas as crianças, meta estabelecida na Assembleia Mundial da Saúde. Assim, o Ministério da Saúde por sua vez ficou responsável pela coordenação do projeto, o mesmo propõe políticas e estratégias que viabilizam altas coberturas vacinais em todo o território nacional além de normatizar, implantar, supervisionar e avaliar o programa. (VASCONCELOS, 2012).

Nessas três décadas o PNI tem alcançado significativos avanços em termos de coberturas vacinais, descentralização das ações, parceria e participação dos gestores

municipais, levando os municípios brasileiros a alcançarem cada vez mais as metas de vacinação. Nesse contexto, está ocorrendo um declínio acelerado das doenças preveníveis pelos imunobiológicos, bem como das mortes ocasionadas por essas (BRASIL, 2003).

As normas definidas para o desempenho da Rede de Frio são elaboradas com a participação dos coordenadores estaduais e outras instituições afins, assegurando-se, assim, confiabilidade e qualidade dos imunobiológicos que fazem parte do PNI em todo país, garantindo acesso da população de forma universal, equânime e igualitária (BRASIL, 2007).

Na sala de vacinação as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem treinada para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. Essa equipe deve ser composta, preferencialmente, por um ou dois técnicos/auxiliares de enfermagem, contando com a participação de um enfermeiro, responsável pela supervisão e treinamento em serviço. Para tal supervisão é exigido ao enfermeiro a Responsabilidade Técnica (RT) pelo serviço, o que está estabelecido na Resolução Nº 302 de 2005 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2007; BRASIL, 2001).

A equipe de saúde que atua na sala de vacinação deve ser composta por enfermeira, técnicos de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde, que devem realizar ações que vão desde a organização e limpeza da sala, previsão e provisão de insumos, até a administração dos imunobiológicos, orientação da população, treinamento/capacitação da equipe e supervisão dos profissionais, sendo esta uma função específica da enfermagem (BRASIL, 2014).

Logo, este estudo traz como objetivo discutir as evidências científicas relacionadas ao papel da enfermagem na imunização na Atenção Primária à Saúde.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico qualitativo do tipo revisão narrativa. Esse método permite uma análise ampla e sistemática da literatura e aprofundamento em relação a um tema, divulgando dados científicos produzidos por outros autores. Exige rigor metodológico, clareza, possibilidade de reprodução e deve ser elaborada cumprindo etapas cientificamente recomendadas (TOLEDO; RODRIGUES, 2017).

A busca na literatura ocorreu entre Abril e Junho de 2020 na Base de Dados de Enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE. Utilizou-se os descritores, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), no e *Medical Subject Headings* (MeSH): “Enfermagem”, “Imunização” e “Atenção Primária à Saúde”.

Adotou-se como critérios de elegibilidade: artigos primários, com texto disponível na íntegra, cujo tema estivesse interligado ao objetivo e respondesse a questão de pesquisa. Excluiu-se publicações duplicadas, revisões, dissertações, teses e artigos de opinião e

artigos com período inferior à 2015.

A aplicação dos descritores de forma combinada, por meio do operador boleano "AND", resultou em 146 publicações, aplicando os critérios de elegibilidade, leitura dos títulos e resumos, 32 foram selecionadas para leitura na íntegra. Em seguida, 21 artigos foram excluídos conforme os critérios previamente estabelecidos. Os 11 restantes compuseram amostra dessa revisão: sete na LILACS e quatro na BDNF.

Para coleta de dados a serem analisados 11 dessas produções, utilizou-se instrumento elaborado pelos autores, contendo título, ano e país de publicação, abordagem metodológica, nível de evidência e principais resultados alcançados. Destaca-se que o nível de evidência foi classificado conforme orientações do *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (DURIEUX; VANDENPUT; PASLEAU, 2013).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 11 artigos selecionados, verificou-se que a temática em questão é de recente abordagem na literatura, compreendendo o período de 2015 a 2020, com destaque para o ano de 2019, correspondendo a 45,4% (n=5) das produções. Nove (81,8%) foram encontrados em periódicos nacionais. Em relação ao tipo de estudo, predominou os estudos do tipo transversal, com oito artigos (72,7%), classificados como nível de evidência 2. Para melhor apresentação e discussão dos resultados, duas categorias temáticas foram criadas.

#### **Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacina**

O enfermeiro é o responsável direto pela equipe de enfermagem e precisa inserir, em seu cotidiano, a supervisão da sala de vacina de forma planejada, ascendente, ser capaz de ampliar o entendimento de que a supervisão é uma ação importante no processo educativo, identificando as demandas de capacitação dos trabalhadores, a fim de desenvolver o seu potencial e melhorar a qualificação da equipe (OLIVEIRA et al., 2015).

Ressalta-se que a enfermagem tem papel fundamental no PNI, porque é dela a responsabilidade de treinar e capacitar os técnicos de enfermagem para o desempenho das atividades de vacinação e de realizar a supervisão desse pessoal, além das ações ligadas ao planejamento e gerenciamento do processo de imunização, como estratégias de busca aos faltosos, organização de campanhas de vacinação, análise de coberturas vacinais, vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, entre outros (CERQUEIRA et al., 2016).

A autonomia do enfermeiro é uma conquista que precisa ser estimulada e valorizada em seu processo de trabalho. Assim, ao prescrever os medicamentos, como ocorre em países que adotam a enfermagem de prática avançada, ele deve seguir os protocolos institucionais, e quando está cuidando da imunização, deve se apropriar das ações assistenciais e educativas, a fim de proporcionar confiança e segurança aos usuários, o que reflete na valorização do seu trabalho (VIEIRA et al., 2018).

Dentre os papéis da enfermagem destaca-se a visita e vacinação domiciliar nos programas da Atenção Básica. A realização da visita domiciliar precocemente é uma estratégia para fornecer intervenções sobre os cuidados básicos com pacientes impossibilitados de se deslocarem as Unidades Básicas de Saúde, tendo como principal a vacinação do Recém-nascido e pacientes crônicos acamados e portadores de transtornos mentais. Assim, promover a saúde desses, produz impactos positivos na qualidade de vida e na mortalidade dessa população (LUCENAA et al., 2017).

Observa-se, na prática, porém, que o enfermeiro enfrenta dificuldades para atender aos objetivos propostos pelo PNI na APS. Precisa-se, para a superação destas dificuldades, que o enfermeiro esteja à frente da sala de vacina, fazendo uso de suas competências e habilidades enquanto gestor da unidade para empoderar a equipe de conhecimento e atualizações sobre a imunização. Acentua-se que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro aumentou ao longo desses anos, com destaque para a parte de gerenciamento administrativo, fazendo com que o mesmo tivesse uma gama de demandas para realizar dentro da unidade comprometendo, assim, sua atuação junto ao técnico de Enfermagem na sala de vacina (ARAUJO et al., 2019).

Os enfermeiros precisam buscar a identificação dos problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população está exposta, elaborando um plano local para o enfrentamento conjunto destes agravos, envolvendo a promoção de ações intersetoriais e parcerias em organizações formais da própria comunidade. Estas reuniões são fundamentais para o planejamento das ações na área de abrangência. Embora se perceba essa importância os estudos demonstram que elas não estão sendo exploradas em todo o seu potencial devido divergências das formas de discussão, dos participantes envolvidos e na periodicidade (CARVALHO et al., 2018).

Torna-se importante, nesse sentido, mencionar a necessidade da realização da educação permanente para formação dos profissionais responsáveis pelas imunizações e assegurar a qualidade da imunização ofertada à população. Considera-se necessária a implantação, de forma sistemática, de atividades de supervisão, monitoramento e avaliação das salas de vacinas, uma vez que são poucas as produções brasileiras com essa temática (DUTRA et al., 2019).

### **Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sala de vacina.**

Em um estudo identificou-se que 5 (27,7%) de 18 salas de vacinas observadas, a maioria dos profissionais realizava a aplicação de maneira incorreta. Em estudo realizado em duas salas de vacinas de dois municípios de pequeno porte do estado de São Paulo, observou-se que nenhum dos 48 usuários receberam orientação do profissional sobre o retorno para completude do esquema vacinal, bem como para o alcance da meta de cobertura vacinal. (NORA et al., 2018).

Destaca-se o elevado número de trabalhadores que nunca realizaram capacitação

sobre vacina, corroborando com estudo realizado em Teresina, Piauí, Brasil. Há necessidade de maior atenção a esse aspecto, visto que capacitar os profissionais para resolver problemas do setor e gerenciar a Rede (GALVÃO et al., 2019).

Considerando a possibilidade de prevenção de falhas na administração de imunobiológicos, os profissionais reconheceram a importância da utilização dos certos da vacinação (pessoa certa, vacina certa, idade certa para vacinação, dose certa, intervalo entre as doses certo, volume certo, via certa, local certo, registro certo, aprazamento certo) que auxiliam na prevenção dos erros e melhoram a segurança e qualidade prestada aos pacientes (OLIVEIRA et al., 2019).

É notório que a temática em questão sugere a atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações, remetendo ao processo de educação continuada. Para isso, é importante salientar que a gestão e o enfermeiro responsável pela sala de vacinação devem oferecer suporte e apoio nesses processos de capacitação contínua dos vacinadores. O que se percebe, porém, é que os treinamentos não acontecem na mesma proporção das mudanças ocorridas no calendário nacional. Dessa forma, se faz necessário que a gestão conheça as principais barreiras enfrentadas no cotidiano pelos profissionais na sala de vacinação para refletir estratégias de aperfeiçoamento e transformações das práticas para que ocorram melhorias no processo de trabalho em sala de vacina (ARAÇÃO et al., 2019).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação é ação estratégica e integrada dos serviços de saúde, disponível na Atenção Básica ou nos serviços de saúde suplementar. Agregada às ações de prevenção e de proteção, a vacina potencializa as medidas de bloqueio de doenças imunopreveníveis. Os avanços da tecnologia em imunobiológicos e saúde nas últimas décadas constituem-se como estratégia de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. Assim é necessária uma atuação mais efetiva do enfermeiro na supervisão diária da sala de vacina, uma vez que o manejo dos imunobiológicos é uma ação complexa. É preciso também considerar que no cotidiano assistencial do enfermeiro, as atividades ligadas aos cuidados de processos de doenças já instalados.

#### REFERÊNCIAS

ARAÇÃO, R. F. et al. Percepções e conhecimento da equipe de enfermagem sobre o processo de imunização. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 32, 8809, 2019.

ARAUJO, B, G,S. et al. Práticas assistidas sobre imunização na atenção primária assisted practices on immunization in primary care prácticas asistidas de inmunización en atención primaria. **Rev enferm UFPE on line**. v. 13, e241656, 2019.

BRASIL. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Imunizações e a Sala de Vacina**. [Internet]. 2000 [citado] 12-nov, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. **Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação**: Manual do Treinando. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação**: cartilha para trabalhadores da sala de vacinação. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Rede de Frio**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, L. K. C. A. A. et al. Capacitação de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: análise do processo de educação permanente para o Sistema Único de Saúde. **Revista Nursing**, v. 21, n. 247, p. 2506-2512, 2018.

CERQUEIRA, I. T. A. et al. Atuação da enfermeira na sala de vacinação em unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 442-456, 2016.

CERQUEIRA, I. T. de A.; BARBOSA, J. F. R. S. Atuação da enfermeira na sala de vacinação em unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 442-456, 2016.

DUTRA, F. C. S. et al. Falhas na administração de imunobiológicos: análise de causa raiz. **Rev enferm UFPE on line**. v. 13, e239254, 2019.

GALVÃO, M. F. P. S. et al. Avaliação das salas de vacinação de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**. v. 20, e39648, 2019.

LUCENAA, D, B, A. et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 39, e2017-0068, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NORA, T. T. D. et al. Registro de dados sobre o uso de imunobiológicos e insumos nas salas de vacinas. **Cogitare Enferm**. v. 23, n. 4: e56274, 2018.

OLIVEIRA, V. C. et al. Perception of nursing professionals on patient safety in the vaccination room. **VacinaçãoRev Cuid** v. 10, n. 1, e590, 2019.

OLIVEIRA, V. C. et al. Weaknesses of vaccine storage in Primary Healthcare Centers. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 2, p.291-6, 2015.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al . Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Enf. Ref.**, n. 9, p. 45-54, 2013.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al . Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 2, p. 291-296, 2015.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al . Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto contexto - enferm**, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, 2013.

TOLEDO, J. A.; RODRIGUES, M. S. Teoria da mente em adultos: uma revisão narrativa da literatura. Bol. - **Acad. Paul. Psicol.**, v. 37, n. 92, p. 139-156, 2017.

VASCONCELOS, K. C. E. et al. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília** , v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

VIEIRA, D. S. et al. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 4, e4890017, 2018.



## O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS NOS ANOS DE 2017-2018

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

### **Fernanda Andrade Vieira**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<http://lattes.cnpq.br/5805796899958851>

### **Rebeca Tavares Carvalho**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<http://lattes.cnpq.br/8357537311841967>

### **Tacya Priscilla de Oliveira Borges**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<http://lattes.cnpq.br/0003083527661739>

### **Louise Carvalho Faislon Cruz**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<http://lattes.cnpq.br/7091930595477646>

### **Joyce Duarte Carvalho**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<http://lattes.cnpq.br/6083734571370792>

### **Alba Lúcia Santos Pinheiro**

Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC  
Ilhéus-BA  
<https://orcid.org/0000-0003-4481-1369>

### **Talita Machado Levi**

Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC  
Ilhéus-BA  
<https://orcid.org/0000-0003-4906-9757>

**RESUMO:** A leishmaniose é uma doença infecciosa, porém, não contagiosa, causada por parasitas do gênero *Leishmania*, os quais vivem e se multiplicam no interior dos macrófagos, células que fazem parte do sistema de defesa do indivíduo. Constitui um problema de saúde pública em 88 países distribuídos em quatro continentes, seu registro anual é de 1 a 1,5 milhões de casos. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil dos casos da leishmaniose tegumentar em Ilhéus, nos anos de 2017-2018. Trata-se de um estudo quantitativo com análise descritiva de dados, no qual foram obtidos através da coleta de dados fornecidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) da Vigilância Epidemiológica municipal. A análise foi baseada nas seguintes variáveis: faixa etária, sexo, zona de residência, nível de escolaridade, critério de confirmação/descarte e evolução do caso. Entre os anos de 2017-2018 foram notificados 55 casos de leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus-BA. No que se refere às características sociodemográficas constatou-se a presença da leishmaniose tegumentar principalmente em pacientes do sexo masculino, maior frequência na faixa etária de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, pacientes que cursaram entre 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental e pertencentes a zona rural. Os resultados obtidos indicaram um aumento do número de casos positivos para Leishmaniose do ano de 2017 para o ano de 2018, desta forma evidencia-se a importância do diagnóstico precoce, busca ativa e tratamento eficiente, além da contribuição da prevenção e controle da doença através da

educação em saúde de forma mais intensa à população cujo perfil foi demarcado através do presente trabalho.

**PALAVRAS - CHAVE:** Leishmaniose; Tegumentar; Epidemiologia; Saúde Pública; Zoonose.

## THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TEGUMENTARY LAISHMANIOSIS IN THE MUNICIPALITY OF ILHÉUS IN THE YERAS 2017-2018

**ABSTRACT:** Leishmaniasis is an infectious disease, however, not contagious, caused by parasites of the *Leishmania* genus, which live and multiply inside macrophages, cells that are part of the individual's defense system. It is a public health problem in 88 countries spread on four continents, with an annual record of 1 to 1.5 million cases. Given this context, the present study aims to identify the profile of cases of tegumentary leishmaniasis in Ilhéus, in the years 2017-2018. This is a quantitative study with descriptive analysis of data, which were obtained through the collection of data provided by the Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) – Brazilian Case Registry Database - of the municipal Epidemiological Surveillance. The analysis was based on the following variables: age group, sex, area of residence, level of education, confirmation / disposal criteria and case evolution. Between the years 2017-2018, 55 cases of tegumentary leishmaniasis were reported in the municipality of Ilhéus-BA. With regard to the sociodemographic characteristics, the presence of cutaneous leishmaniasis was found mainly in male patients, with higher frequency in the age group of 20 to 29 years old and 40 to 49 years old, patients who attended between 1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> incomplete grade of Elementary School and belonging to rural areas. The results obtained indicated an increase in the number of positive cases for Leishmaniasis from the year 2017 to the year 2018, thus evidencing the importance of early diagnosis, active search and efficient treatment, in addition to the contribution of disease prevention and control through health education in a more intense way to the population whose profile was demarcated through the present work.

**KEYWORDS:** Leishmaniasis; Tegumentary; Epidemiology; Public health; Zoonosis.

## 1 | INTRODUÇÃO

A leishmaniose é uma doença infecciosa, porém, não contagiosa, causada por parasitas do gênero *Leishmania*, os quais vivem e se multiplicam no interior dos macrófagos, células que fazem parte do sistema de defesa do indivíduo. Constitui um problema de saúde pública em 88 países distribuídos em quatro continentes, seu registro anual é de 1 a 1,5 milhões de casos (BRASIL, 2017).

Como é associada a fatores socioeconômicos observou-se, no Brasil, sua ocorrência inicial na região Nordeste, onde a primeira epidemia relatada ocorreu no estado do Piauí entre 1981 e 1982 propagando-se para municípios da região (MARTINS E LIMA, 2013). Segundo Lucena e Medeiros (2018) “Inicialmente, a Leishmaniose visceral foi considerada uma infecção que apresentava endemismo em áreas rurais, sendo incidente principalmente nos estados nordestinos brasileiros”.

De acordo com Santos et al. (2020) “a Leishmaniose afeta cinco regiões, em vinte

estados. Observa-se maior incidência no Nordeste, com aproximadamente 45% de todos os casos, seguida pelas Regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste”.

A leishmaniose é transmitida por insetos da família *Psychodidae* conhecidos como flebótomos ou flebotomíneos. Os membros dessa família predominam em regiões tropicais e subtropicais. Se caracterizam pela abertura das asas e pela presença de densos pelos nas asas e tórax (OPS,2019). Seus nomes variam de acordo com a localidade os mais comuns são: mosquito palha, tatuquira, birigui, cangalhinha, asa branca, asa dura e anjinho (VILELA, 2013).

No Brasil, já foram identificadas sete espécies, sendo seis do subgênero *Viannia* (V) e uma do subgênero *Leishmania*(L). As três espécies mais relevantes são: *L. (V.) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis* e *L. (L.) amazonensis* (BRASIL, 2017).

A doença se manifesta sob duas formas, a Leishmaniose Visceral ou Calazar e a Leishmaniose Tegumentar ou Cutânea. A Leishmaniose Visceral se apresenta com lesões ulceradas, eritematosas, podendo ser úlcero-vegetantes, acometendo principalmente a mucosa oronasofaríngea, com comprometimento do septo cartilaginoso e demais áreas associadas (LIMA, 2018).

A leishmaniose tegumentar caracteriza-se pelo aparecimento de múltiplas lesões na pele que se localizam com maior frequência nas partes descobertas do corpo. No Brasil, a Leishmaniose Tegumentar Americana é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, por sua magnitude, risco de ocorrência de deformidades acometidas ao ser humano e envolvimento psicológico, refletindo no campo social e econômico, em virtude de que na maioria dos casos, constitui-se uma doença ocupacional (BRASIL, 2013).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil de casos da leishmaniose tegumentar em Ilhéus-BA, nos anos de 2017 e 2018.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo com análise descritiva de dados, no qual foram obtidos através de informações fornecidas pelo Banco de Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) nos anos de 2017-2018. A análise foi realizada considerando as seguintes variáveis: faixa etária (menor de 1 ano a 79 anos), sexo (masculino e feminino), zona de residência (rural e urbana), nível de escolaridade (1ª série incompleta do EF a Ensino superior incompleto), critério de confirmação/descarte (Clínico-Laboratorial e clinico-epidemiológico) e evolução do caso (cura, abandono, transferência e mudança de diagnóstico). Utilizou-se frequência absoluta dos casos apresentados através de tabelas.

Nesse sentido, considerando que o estudo foi realizado com dados provenientes do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) extraídos pela Vigilância Epidemiológica do Município de Ilhéus, sem identificação nominal dos pacientes, torna-se

desnecessária a autorização do comitê de ética e pesquisa com seres humanos.

### 3 | RESULTADOS

Entre os anos de 2017-2018 foram notificados 55 casos de leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus-BA. As características encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Frequência por Sexo segundo FxEtaria			
FxEtaria (13)	Masculino	Feminino	Total
5 a 9 anos	0	1	1
10 a 14 anos	1	1	2
15 a 19 anos	4	0	4
20 a 29 anos	1	1	2
30 a 39 anos	3	1	4
40 a 49 anos	4	2	6
50 a 59 anos	2	1	3
60 a 69 anos	0	1	1
70 a 79 anos	1	0	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>24</b>

Tabela 1 – Características dos pacientes com leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus no ano de 2017.

Fonte: SINANNET

Frequência por Sexo segundo FxEtaria			
FxEtaria (13)	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	1	0	1
15 a 19 anos	2	1	3
20 a 29 anos	6	1	7
30 a 39 anos	1	2	3
40 a 49 anos	5	1	6
50 a 59 anos	1	4	5
60 a 69 anos	2	2	4
70 a 79 anos	0	2	2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>31</b>

Tabela 2: Características dos pacientes com leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus no ano de 2018.

Fonte: SINANNET

Entre os anos 2017 e 2018 foi possível observar o crescimento de notificações dos casos de leishmaniose tegumentar, em ambos os sexos, porém é notório que o sexo

masculino ocupa o maior número de casos. Em relação a faixa etária o maior número de ocorrência é entre 20 a 29 anos e 40 a 49 anos.

Escolaridade	Ign/Branco	Urbana	Rural	Total
<b>Ign/Branco</b>	3	2	5	10
<b>1ª a 4ª série incompleta do EF</b>	0	2	4	6
<b>4ª série completa do EF</b>	0	1	0	1
<b>5ª a 8ª série incompleta do EF</b>	0	2	2	4
<b>Ensino médio completo</b>	0	1	0	1
<b>Educação superior incompleta</b>	0	0	1	1
<b>Não se aplica</b>	0	0	1	1
<b>Total</b>	3	8	13	24

Tabela 3: Nível de escolaridade e zona de residência dos pacientes com leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus no ano de 2017.

Fonte: SINANNET

Escolaridade	Ign/Branco	Urbana	Rural	Total
<b>Ign/Branco</b>	2	4	10	16
<b>Analfabeto</b>	0	0	1	1
<b>1ª a 4ª série incompleta do EF</b>	0	2	6	8
<b>4ª série completa do EF</b>	0	0	2	2
<b>5ª a 8ª série incompleta do EF</b>	0	0	1	1
<b>Ensino médio completo</b>	0	1	1	2
<b>Não se aplica</b>	0	0	1	1
<b>Total</b>	2	7	22	31

Tabela 4: Nível de escolaridade e zona de residência dos pacientes com leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus no ano de 2018.

Fonte: SINANNET

Em relação as zonas de residência e nível de escolaridade em sua maioria referia-se a zona rural e com a 1ª a 4ª série incompletas do ensino fundamental. Foi possível identificar a diminuição do número de casos de pacientes da zona urbana e o aumento significativo de pacientes da zona rural. Os dados se encontram nas Tabelas 3 e 4.

### INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

Frequência por Crit.Confirm/Desca segundo Evolução do caso			
Evolução do caso	Clínico-Laboratorial	Clínico-epidemiológico	Total
<b>Ign/Branco</b>	1	0	1
<b>Cura</b>	5	16	21
<b>Abandono</b>	0	1	1
<b>Transferência</b>	0	1	1
<b>Total</b>	6	18	24

Tabela 5: Critérios para confirmação ou descarte de acordo com a evolução dos casos no município de Ilhéus no ano de 2017.

Fonte: SINANNET

### INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

Frequência por Crit.Confirm/Desca segundo Evolução do caso			
Evolução do caso	Clínico-Laboratorial	Clínico-epidemiológico	Total
<b>Ign/Branco</b>	0	2	2
<b>Cura</b>	1	27	28
<b>Mudança de Diagnóstico</b>	1	0	1
<b>Total</b>	2	29	31

Tabela 6: Critérios para confirmação ou descarte de acordo com a evolução dos casos no município de Ilhéus no ano de 2018.

Fonte: SINANNET

Em levantamento, no que se refere ao desfecho dos casos é observado neste estudo que a maioria dos casos teve evolução para cura. Os dados clínicos encontram-se nas tabelas 5 e 6. Desta forma, do ano de 2017 para o ano de 2018, houve o aumento no que diz respeito a cura do paciente diagnosticado com leishmaniose tegumentar no município de Ilhéus.

## 4 | DISCUSSÃO

No que se refere às características sociodemográficas constatou-se a presença da leishmaniose tegumentar principalmente em homens adultos, da zona rural e com baixo nível de escolaridade.

Maia et al. (2017) afirmam que a leishmaniose tegumentar no Brasil vem mantendo um caráter endêmico e que o desafio de seu controle é crescente por diversos fatores, desde o desconhecimento da população em relação a doença e as dificuldades de acesso a unidades de atendimento até a subnotificação de casos principalmente na zona rural.

No estudo de Cruz; Fehine e Costa (2016) foram relatadas 377 notificações de LTA, distribuídas em 7 municípios do estado da Paraíba, 208 (55,17%) casos foram em indivíduos do sexo masculino. Quanto à zona de residência, 306 (81,17%) casos são originários das zonas rurais dos municípios enquanto na zona urbana foram identificados 71(18,83%) casos, corroborando com os resultados deste trabalho.

No estudo de Rocha et al. (2015) o perfil epidemiológico da leishmaniose tegumentar americana apresentou que “o percentual de homens acometidos pela LTA é maior, por se exporem com mais frequência ao ambiente extradomiciliar devido a atividades laborais, principalmente as realizadas em locais próximos a matas”.

Bernardes et al. (2020) concluiu em seus estudos, realizados em um município do triângulo mineiro, que os indivíduos mais afetados pela doença são homens (90,48%), principalmente na faixa etária de 50 a 64 anos (33,33%), a qual se mostra diferente à faixa etária prevalente neste estudo.

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (2020) no Brasil foram notificados em 2017, que a faixa etária prevalente foi 20 a 29 anos com 7.347 casos, enquanto no ano de 2018 esse número reduziu 7.196 casos, em 2019 houveram 16.883 casos notificados, desses a faixa etária prevalente manteve-se sendo a de 20 a 39 anos com 6.567 casos.

O aumento da leishmaniose tegumentar entre as mulheres representa alteração no padrão inicial de aquisição da infecção. Nos últimos anos vem crescendo casos nas áreas urbanas com alta prevalência de animais domesticados como reservatórios principalmente cães (BASANO; CAMARGO, 2004).

O presente estudo realizado na cidade de Ilhéus, apresentou uma tendência no aumento do número de casos, a cidade registrou números crescentes de notificação da doença em 2017-2018. A ausência de grandes estratégias de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e programas de combate e prevenção da doença no município nos últimos anos são aspectos sociais que confirmam o crescente número de notificações.

O aumento da evolução dos casos para cura nos pacientes pode representar também a eficácia da terapêutica disponível, que usa como droga de primeira escolha, padronizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, o antimonial pentavalente. Ainda

que disponível nas unidades de saúde, este fármaco possui potencial hepato, cardio e nefrotóxico.

Sua administração exclusivamente parenteral representa um sério obstáculo ao tratamento adequado dos casos terapêutica da leishmaniose tegumentar. (GONTIJO; CARVALHO, 2003; CAMARGO, 2008).

Corroborando com os resultados deste estudo, Silva-Nunes et al. (2008) em que dos 82 casos novos notificados no município de Acrelândia-AC, 20 (24,4%) tiveram diagnóstico exclusivamente clínico-epidemiológico. Também é possível observar resultados semelhantes no estudo de Soares et al. (2020) que perceberam através dos indicadores de serviço que cerca de 20% dos diagnósticos foram realizados de forma clínico-epidemiológica em seu estudo realizado no Rio de Janeiro.

É muito importante que se observe as medidas baseadas nas características epidemiológicas particulares de cada local e forma de transmissão. Sugere-se que nas áreas de maior incidência, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) realizem a busca ativa de casos principalmente nas zonas rurais ou próximas a ela, que são de difícil acesso, e adotem atividades de educação em saúde junto à comunidade, com uma linguagem adequada a população para a compreensão de questões básicas na doença, tendo em vista que a maioria dos casos ocorrem em pacientes com o nível de escolaridade baixa.

Acima de qualquer tratamento e diagnóstico, é essencial compreender o paciente e os aspectos psicológicos, sociais, econômicos que a doença afeta, ou seja em sua integralidade, é imprescindível que o profissional da área da saúde, compreenda seu papel como potencial educador e pratique a humanização e a visão holística com o paciente.

## 5 | CONCLUSÃO

Concluiu-se que o presente estudo possibilitou a descrição do perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar no município de Ilhéus nos anos de 2017-2018. Observou-se que no ano de 2017 foram notificados 24 casos de Leishmaniose Tegumentar no município enquanto no ano de 2018 ocorreram 31 casos, contabilizando 55 casos entre os respectivos anos.

Foram prevalentes pacientes do sexo masculino, entre a faixa etária de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, pacientes que cursaram entre 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental e pertencentes a zona rural. Quanto a evolução dos casos e critério diagnóstico, observou-se que grande proporção de cura da doença foi diagnosticada com maior ocorrência pelo critério clínico-epidemiológico.

Os resultados obtidos indicaram um aumento do número de casos positivos para Leishmaniose do ano de 2017 para o ano de 2018, desta forma evidencia-se a importância do diagnóstico precoce, busca ativa e tratamento oportuno e efetivo. Além da contribuição



da prevenção e controle da doença através da Educação em Saúde de forma mais intensa à população cujo perfil foi demarcado através do presente trabalho.

## REFERÊNCIAS

BASANO, S. de A.; CAMARGO, L. M. A. **Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, p. 328-337, 2004.

BERNARDES, H. C. et al. **Análise epidemiológica dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana em um município do Triângulo Mineiro.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social v. 8 n. 1, p. 67-77, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. atual., 3. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CRUZ, G. S.; FECHINE, M. A. B.; COSTA, C. **Leishmaniose tegumentar americana: aspectos clínicos, epidemiológico se influência de fatores predisponentes.** (Monografia). Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira, Acarapé, CE, Brasil, 2016.

Departamento de Informática do SUS (Brasil). **Leishmaniose Tegumentar Americana: casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil** [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2019 Acesso em: 02 out 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/ltabr.def>>

GONTIJO, B.; CARVALHO, M. de L. R. de. **Leishmaniose tegumentar americana.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop, p. 71-80, 2003.

LIMA, J. R. et al. **Estudo prospectivo de pacientes com leishmaniose tegumentar Americana em Manaus (AM): fatores imunológicos envolvidos**

LUCENA, R. V. de; MEDEIROS, J. dos S. **Caracterização epidemiológica da leishmaniose visceral humana no Nordeste brasileiro, entre 2010 e 2017.** Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, v. 14, n. 4, 2018.

MAIA, J. A. et al. **Características sociodemográficas de pacientes com leishmaniose tegumentar americana.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 6, n. 2, p. 114-121, 2017.

MARTINS, G. A. S.; LIMA, M. D. **Leishmaniose: do Diagnóstico ao Tratamento.** Tocantins, Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer Goiânia, v.9, N.16; p. 2556-2569, 2013.

LIMA, J. R. et al. **Estudo prospectivo de pacientes com leishmaniose tegumentar Americana em Manaus (AM): fatores imunológicos envolvidos no curso terapêutico com antimonial pentavalente** (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22948>>.

OPS, Organización Panamericana De La Salud. **Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas**, Washington, D.C, 2019.

ROCHA, T.S.M. et al. **Aspectos epidemiológicos dos casos humanos confirmados de leishmaniose tegumentar americana no Estado de Alagoas, Brasil**. Rev. Pan-Amaz. Saúde, v.6, n.4, p.49-54, 2015.

SANTOS, A. F. S. dos et al. **Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral: Perfil Epidemiológico em Alagoas 2013-2017**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde v.24, n.2, p.275-284, 2020.

SILVA-NUNES, M.da S. et al. **Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar e descrição das populações de flebotomíneos no município de Acrelândia, Acre, Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, p. 241-251, 2008.

SOARES, V. B. et al. **Espaços de produção da leishmaniose tegumentar americana no estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 2961-2971, 2020.

VILELA, M.; MENDONÇA, S. **Leishmaniose**. Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/leishmaniose>> Acesso em: 30 set 2020.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO SOBRE PREVENÇÃO DO ZIKA VÍRUS COM GESTANTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SINHARINHA BORGES

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 01/10/2020

### **Ana Clara Costa Mendes**

Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte-UERN  
Mossoró-RN  
<https://orcid.org/0000-0001-6654-3698>

### **Júlia Diana Pereira Gomes**

Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-brasileira  
Redenção - Ceará, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-4846-7147>

### **Julyana Rodrigues Maciel**

Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte-UERN  
Mossoró-RN  
<https://orcid.org/0000-0002-3060-234X>

### **Liana Carla Peixoto Xavier**

Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte-UERN  
Mossoró-RN  
<https://orcid.org/0000-0001-9522-0345>

### **Libne Lidianne da Rocha e Nóbrega**

Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte-UERN  
Mossoró-RN  
<https://orcid.org/0000-0001-7323-8931>

### **Suelen Tâmilis Pereira Costa**

Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte-UERN  
Mossoró-RN  
<https://orcid.org/0000-0002-4943-6193>

**RESUMO:** Diante da identificação do Zika vírus (ZIKV) em 2015 no Nordeste brasileiro e das suas consequências sobre a saúde do feto humano, e considerando-se a relevância da educação popular para promoção da saúde, foram observadas demandas de Educação em Saúde para as gestantes. Este artigo relata a experiência acerca do projeto de extensão “Gestante sem onda de Zika: educação em saúde para não contar com a sorte”, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sinharinha Borges. O projeto desenvolvido entre 2016 e 2017, adotou a Educação Popular em Saúde (EPS) como estratégia metodológica e concretizou-se a partir da interação entre grávidas, discentes, profissionais de saúde e docentes, favorecendo a (re)construção dos saberes acerca da infecção pelo Zika vírus mediante ações educativas com metodologias ativas estimulantes à participação dos envolvidos. Conclui-se que o projeto promoveu a reflexão e ação das gestantes quanto à infecção, reforçando-se a relevância da extensão em Educação Popular em Saúde (EPS), que parte dos limites e possibilidades da realidade vivenciada pelos participantes, rumo à construção de novos saberes.

**PALAVRAS - CHAVE:** Educação em saúde; Gestantes; Zika vírus

AN EXPERIENCE REPORT OF AN  
EXTENSION PROJECT ON PREVENTION  
OF ZIKA VIRUS IN PREGNANT WOMEN AT  
SINHARINHA BORGES BASIC HEALTH UNIT

**ABSTRACT:** The identification of the Zika virus in 2015, in Northeastern Brazil, and its

consequences for the health of the human fetus, led to new demands of health education for pregnant women, which must be delivered considering the relevance of popular education for health promotion. This article reports the experience of an extension project called “Pregnant woman without Zika: health education so as not to count on luck”, carried out at the Sinharinha Borges Basic Health Unit. The project was developed between 2016 and 2017 and adopted popular education in health as a methodological strategy. The project allowed the interaction between pregnant women, students, health professionals, and teachers, favoring the (re) construction of knowledge about Zika virus infection through educational actions and active methodologies, stimulating the participation of those involved. It is concluded that the project promoted the reflection and action of pregnant women regarding the infection, reinforcing the relevance of extension projects in popular education in health, which starts from the limits and possibilities of the reality experienced by the participants towards the construction of new knowledges.

**KEYWORDS:** Healthy education; Pregnant women; Zika vírus

## 1 | INTRODUÇÃO

O Zika Vírus (ZIKV) é um arbovírus do gênero Flavivírus, transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, mesmo transmissor dos quatro sorotipos da Dengue, da Febre amarela e da Chikungunya. Em 2015, observou-se uma rápida dispersão desse vírus no Brasil, seguida do aumento expressivo das notificações de recém-nascidos com microcefalia. Nesta ocasião, houve o surgimento de diversas evidências que identificaram a presença do genoma do ZIKV na placenta, reforçando o potencial da transmissão vertical (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016; PEITER; PEREIRA; FRANÇA, 2020).

Em 2016, foi declarado o término da emergência em saúde pública provocada pelo ZIKV, quando o número de casos novos da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) caiu consideravelmente. Porém, em 2017, ocorreram novos casos da doença. Hoje, as crianças nascidas durante a epidemia e suas famílias continuam enfrentando obstáculos diários de diversas ordens para poder proporcionar aos seus filhos, os cuidados necessários para uma vida digna (PEITER; PEREIRA; FRANÇA, 2020).

Na atual fase pós-epidêmica, surgem novas preocupações, pois as crianças com SCZV possuem especificidades que requerem preparo profissional, inclusive, quanto ao acolhimento desses indivíduos na fase escolar (PEITER; PEREIRA; FRANÇA, 2020).

Além disso, apesar de haver várias evidências sobre o tema, os antecedentes ainda continuam em investigação, pois, acredita-se que existem outros fatores além da transmissão vertical que condicionam a manifestação dessa síndrome (TEIXEIRA et al, 2020).

Ressalta-se que mesmo com o fim da epidemia do ZIKV, ainda existe a possibilidade de uma nova onda epidêmica e que apesar dos enormes avanços científicos, é importante a concentração de esforços para a melhoria do acesso às informações e aos serviços especializados de tratamento e reabilitação (PEITER; PEREIRA; FRANÇA, 2020).

Dessa forma, afirma-se a magnitude da doença, e conseqüentemente, a necessidade de investimento em estudos, assim como em ações voltadas para a promoção da saúde da população na prevenção do ZIKV, visto que os avanços e descobertas são mais úteis quando alcançam a população que pode atuar como multiplicadora e transformadora da situação vivenciada, se alertada e orientada a partir de sua realidade.

Entende-se que apesar das recomendações do Ministério da Saúde, presentes nos protocolos e diretrizes já disponibilizados, é necessário que as orientações que são fornecidas para profissionais de saúde e população, sejam instruídas de acordo com as características específicas das pessoas da comunidade. Sem uma real adequação ao contexto das pessoas atingidas, corre-se o risco de tornar as políticas públicas e ações, ineficazes (RODRIGUES; GRISOTTI, 2019).

Destarte, sabendo-se que a população carece de esclarecimentos sobre a patologia, cuidados, medidas preventivas e, sobretudo, promocionais, principalmente, em bairros periféricos onde a comunidade apresenta condições socioeconômicas menos favoráveis que a tornam mais vulnerável ao mosquito vetor, é que foi pensado e concretizado o projeto de extensão “Gestante sem onda de zika: educação em saúde para não contar com a sorte”.

Através do projeto em apreço, foi possível realizar estratégias coletivas e eficazes de prevenção e promoção da saúde do público alvo, incentivando-se ainda o acompanhamento das gestantes no pré-natal realizado pela atenção básica.

Este artigo constitui-se em um relato de experiência acerca do projeto de extensão “Gestante sem onda de Zika: educação em saúde para não contar com a sorte”.

## 2 | METODOLOGIA

O Projeto de Extensão “Gestante sem onda de Zika: educação em saúde para não contar com a sorte” teve duração de um ano (2016-2017) e foi realizado por docentes e discentes dos cursos de enfermagem e de medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em bairros de população de classe média e baixa de Mossoró-RN. Os acadêmicos de enfermagem e uma docente do mesmo curso ficaram responsáveis pelo grupo de gestantes desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Sinharinha Borges, comunidade do bairro Barrocas.

O projeto de extensão adotou a Educação Popular em Saúde (EPS) como estratégia metodológica para identificar e refletir sobre os saberes e planejar as ações voltadas às gestantes vivendo no contexto da epidemia do ZIKV.

As ações educativas foram desenvolvidas seguindo uma sequência lógica planejada de assuntos relacionados com o Zika vírus. Os encontros aconteciam em uma sexta-feira à tarde a cada mês e as metodologias ativas utilizadas se baseavam em apresentações expositivo-dialogadas por meio de slides projetados e vídeos, dinâmicas e rodas de conversa.

Tais métodos buscavam favorecer a interação entre as gestantes e os responsáveis pelo projeto, garantindo através do vocabulário acessível, apresentações claras e objetivas e maior confiança das participantes em compartilhar conhecimentos ou dúvidas.

A divulgação do projeto acontecia mediante a utilização do aplicativo para celular, Whatsapp, tendo sido criado um grupo para as gestantes envolvidas participarem, no intuito de manterem-nas informadas acerca das atividades. Outrossim, o enfermeiro da UBS participava das ações, quando a rotina assim permitia, e também se apresentava como interlocutor no processo de captação das gestantes, durante as consultas do pré-natal, falando sobre a existência do projeto. Um cartão fidelidade confeccionado pela equipe era entregue a cada gestante, estimulando a participação e organizando as reuniões, conforme o número de participantes.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A frequência de gestantes nas atividades do grupo do Projeto de Extensão era, em média, cerca de cinco participantes por reunião, havendo o incentivo para a inclusão contínua de novas interessadas e o envolvimento de familiares, amigos, profissionais de saúde e usuários da UBS que se sentissem motivados a participar.

Os encontros eram mensais e os temas das atividades educativas seguiram uma seqüência programada de assuntos relacionados ao Zika Vírus e estavam intitulados da seguinte forma: “A epidemia do Zika Vírus no Brasil e no Estado do Rio Grande do Norte”; “A infecção pelo Zika Vírus: sinais e sintomas”; “Consequências da infecção pelo Zika Vírus sobre a saúde da gestante e do feto em formação”; “Prevenção da infecção pelo Zika Vírus”, em que foram abordadas as dificuldades para a prevenção da infecção pelo Zika Vírus e o papel cabível aos governantes e à população, respectivamente; “Cuidado às gestantes com suspeita ou confirmação da infecção pelo Zika Vírus nos serviços de saúde”; “Cuidado aos recém-nascidos acometidos pela microcefalia”; “Infecção pelo Zika Vírus e conhecendo o período gestacional”.

Houve, ainda, mais dois encontros, quando foi abordada a “Palavra das gestantes sobre o Zika Vírus: famílias como público alvo” e por fim, o encerramento do projeto, realizado através de uma roda de conversa em que foram levantadas reflexões sobre todo o Projeto de Extensão, sua importância para vida de cada uma das mães, bem como para a comunidade e para os alunos responsáveis pela realização, futuros profissionais.

Uma estratégia desenvolvida com o intuito de fortalecer os laços e estimular a participação das gestantes, foi reforçar a horizontalidade da relação entre equipe e participantes, com um espaço continuamente aberto para questionamentos e outras considerações.

Durante a execução do Projeto de Extensão, foram encontradas algumas limitações, dentre elas: o pequeno número de participantes e a presença irregular das mesmas às

reuniões, seja em virtude do vínculo empregatício de algumas gestantes da área de abrangência da UBS ou; seja pelas altas temperaturas ambientais do horário vespertino, horário da realização das atividades e que desestimulavam a ida até à UBS e o seu esvaziamento às sextas-feiras. O menor movimento na UBS às sextas-feiras também foi explicado pelos profissionais, como estando relacionado a reuniões internas, restringindo a oferta de serviço para a comunidade e favorecendo um fluxo de participantes mais reduzido.

No entanto, a existência de tais obstáculos foi reconhecida pelos profissionais, pelos responsáveis pelo projeto e pelas gestantes participantes, reforçando-se a resiliência e dando-se seguimento ao trabalho educativo para superação coletiva dos entraves existentes. O fortalecimento dessa prática da resiliência foi baseada nas premissas de Educação Popular citadas pelo ilustre pedagogo Paulo Freire (1998, p. 25), que afirma que “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas, criar as possibilidades para a produção ou a sua construção”.

Além disso, o projeto de extensão foi planejado nos fundamentos da EPS, baseando-se no diálogo entre sujeitos, na educação com o propósito de uma abordagem humanescente e integral do ser humano, formado por várias dimensões (PULGA, 2014 *apud* MAIA, DIÓGENES E NÓBREGA, 2018).

Importante destacar que um dos requisitos pensados pela equipe do projeto, era de que o desenvolvimento dos encontros educativos não se tornasse uma exposição ou uma aula científica de acadêmicos dotados de intelectualidade e designados a repassar e impor conhecimento, assim como dar orientações e alertar sobre riscos e cuidados que deveriam ser seguidos por um grupo de populares que desconhecia ou sabia pouco a respeito da temática (MAIA, DIÓGENES E NÓBREGA, 2018).

Assim sendo, buscou-se durante as ações educativas, levantar, ouvir e refletir sobre o conhecimento do público alvo em relação à infecção pelo Zika Vírus e toda problemática envolvida com a doença, pensando-se na abordagem metodológica para instiga-las a tornarem-se participantes ativas na transformação da realidade da sociedade na qual estão inclusas.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mesmo diante de obstáculos encontrados na execução das atividades, o projeto “Gestantes sem onda de zika: educação em saúde para não contar com a sorte” apresenta uma contribuição importantíssima ao articular os saberes popular e científico, propiciando a reconstrução de conhecimentos para prevenção e promoção em saúde.

Desta forma, reforça-se a relevância atribuída à extensão em EPS, partindo-se dos limites e possibilidades da realidade vivenciada pelo público alvo em direção à construção de novos saberes, assumindo-se o caráter incentivador da participação ativa dos sujeitos envolvidos com a problemática do zika vírus.

## REFERÊNCIAS

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

MAIA, M.L.R.M; DIÓGENES, I.C.F; NÓBREGA, L.L.R. A Educação Popular em Saúde com gestantes no contexto da epidemia do Zika Vírus - projeto de extensão universitária com acadêmicos de Enfermagem e de Medicina. In: CRUZ, P.J.S.C. et al. **Vivências de extensão em educação popular no Brasil: extensão e educação popular na reorientação de práticas, políticas e serviços em saúde**. v. 3. João Pessoa: Editora do CCTA. 2018.

OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS P. F. da C. **Microcephaly and Zika virus**. *J Pediatr*. Rio de Janeiro, n. 92, p. 103-5, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt\\_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf). Acesso em: 22 set. 2020.

PEITER, P.; PEREIRA, R.; FRANÇA, I. **Análise de dimensões do acesso à saúde das crianças com Síndrome Congênita de Zika (SCZ) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902020000200202&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200202&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2020.

RODRIGUES, R. R. N; GRISOTTI, M. **Comunicando sobre Zika: recomendações de prevenção em contextos de incertezas**. *Interface*, Botucatu, v. 23, e190140, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100286&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100286&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2020.

TEIXEIRA, G. A. et al. **Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 567-574, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000200567&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200567&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/09/2020.



## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA** - Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (2013). Pós-graduada em Gestão em Saúde pela UNIFESP (2012). Pós-graduada em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde também pela Universidade Federal da Bahia (2006). Pós-graduada em Gerontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá/MG (1995). Neste ano de 2020, organizou o E-book titulado “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem”. Em 2013, publicou o livro “Biossegurança no Contexto da Saúde” (org.) sendo autora do capítulo “Norma Regulamentadora 32 (NR-32) e a sua relação com a Enfermagem”. Na gestão pública, nos níveis municipal e estadual atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF). E a nível federal atuou como Consultora externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). Na rede privada atuou como coordenadora auxiliar junto ao curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição privada. Atua como docente em diversas disciplinas: Vigilância Sanitária, Metodologia do Trabalho Acadêmico, Fundamentos Históricos de Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem, Práticas Educativas em Saúde, Políticas de Atenção a Saúde da Mulher, Biossegurança e Ergonomia, Políticas de Atenção a Saúde do Adulto, Enfermagem do Idoso, Políticas de Nutrição e Alimentação a Saúde I, Ética em Enfermagem e Exercício da Profissão, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde do Homem, Estágio Supervisionado. Desde 2015 é avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (MEC).

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abordagem 10, 1, 3, 6, 13, 14, 32, 33, 36, 39, 41, 50, 58, 60, 88, 89, 91, 98, 100, 108, 110, 128, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 147, 148, 159, 168, 195, 211, 216, 224, 243

Abuso sexual 10, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Acolhimento 10, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 65, 100, 101, 125, 126, 128, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 140, 160, 240

Adoecimento 14, 3, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 217, 218

Adolescência 11, 12, 27, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 89, 96, 123, 203

Anomalias congênitas 13, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118

Assistencial 15, 59, 117, 122, 125, 209, 226

Atenção Básica 10, 12, 13, 14, 20, 21, 23, 24, 56, 59, 61, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 82, 83, 85, 86, 87, 117, 122, 130, 135, 137, 143, 145, 148, 153, 156, 159, 173, 176, 178, 225, 226, 241

Atenção Primária 9, 12, 13, 15, 65, 66, 72, 78, 79, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 108, 110, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 158, 169, 171, 216, 221, 222, 223, 226, 227, 228

Avaliação 12, 14, 9, 10, 17, 61, 70, 73, 74, 75, 77, 85, 116, 118, 122, 129, 133, 138, 141, 170, 173, 174, 179, 185, 187, 190, 195, 203, 214, 216, 217, 220, 225, 227, 228

### C

Câncer 12, 61, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 132, 136, 141, 144

Cardiovascular 14, 49, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 123, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175

Comunidade 11, 5, 12, 22, 23, 24, 29, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 50, 51, 56, 59, 61, 64, 86, 90, 137, 144, 150, 151, 153, 154, 158, 162, 163, 164, 165, 225, 236, 241, 242, 243

Condições de Saúde 11, 5, 19, 39, 41

Cuidados Paliativos 13, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

### D

Dengue 13, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 240

Depressão 10, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 30, 103, 104, 182, 183, 187, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 198, 210, 211, 214, 216, 217, 220

Diabetes Mellitus 10, 13, 14

### E

Educação Popular 14, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 239, 241, 243, 244

Enfermeiro 10, 11, 13, 1, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 30, 32, 38, 51, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 87, 88, 110, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 141, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 164, 195, 200, 206, 211, 217, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 242

Enfrentamento 15, 22, 26, 91, 105, 107, 141, 143, 159, 174, 200, 206, 209

Estratégia 10, 11, 5, 6, 19, 20, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 74, 79, 125, 129, 139, 140, 141, 142, 149, 158, 159, 165, 171, 176, 178, 204, 209, 212, 214, 215, 219, 220, 225, 226, 227, 228, 236, 239, 241, 242, 245

Estratégia Saúde da Família 11, 5, 6, 19, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 129, 149, 165, 178, 227, 228, 236, 245

## **F**

Fatores de risco 10, 1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 47, 70, 72, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 110, 111, 113, 116, 122, 130, 167, 171, 173, 174, 188, 189, 190, 195, 198, 201

Fibromialgia 15, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 217, 219, 220

## **G**

Gestação 14, 66, 109, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 122, 124, 125, 127, 128, 130, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184

## **H**

Hipertenso 11, 48, 72, 73, 74

## **I**

Idoso 10, 11, 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 48, 50, 56, 143, 245

Infantil 10, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 61, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 96, 198

Intervenções 11, 10, 16, 48, 171

Intimidade 12, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96

Intrafamiliar 10, 20, 21, 22, 24, 26, 27

## **L**

Leishmaniose Tegumentar 15, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238

## **M**

Medo 14, 34, 35, 36, 62, 63, 98, 100, 101, 103, 105, 106, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197

Melhor Idade 10, 13, 15

Mulheres 10, 12, 9, 17, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 91, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 114, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 178, 181, 182, 183, 184, 190, 191, 202, 210, 214, 215, 219, 220, 235

## **P**

Parto 14, 59, 68, 109, 115, 120, 122, 124, 127, 129, 182, 184, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198

Portador 10, 1, 10, 13, 17, 19, 55

Prevenção 10, 11, 13, 16, 9, 10, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 37, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 75, 81, 84, 86, 106, 108, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 125, 126, 128, 133, 138, 140, 146, 149, 150, 152, 153, 154, 158, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 176, 182, 184, 190, 194, 195, 200, 206, 226, 229, 235, 237, 239, 241, 242, 243, 244

Profissionais 10, 10, 18, 23, 28, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 72, 74, 83, 85, 86, 87, 98, 102, 104, 106, 108, 110, 113, 114, 115, 116, 118, 122, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 164, 169, 174, 189, 194, 196, 200, 206, 215, 217, 218, 222, 223, 225, 226, 239, 241, 242, 243

Promoção 10, 11, 17, 20, 21, 23, 26, 37, 55, 62, 65, 66, 67, 79, 86, 89, 95, 116, 122, 125, 126, 128, 129, 133, 140, 143, 146, 150, 152, 153, 158, 163, 165, 168, 169, 173, 174, 175, 176, 184, 194, 195, 197, 207, 209, 217, 218, 225, 235, 239, 241, 243

## **R**

Rastreamento 13, 3, 5, 12, 75, 109, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127

Relevância 13, 29, 42, 145, 146, 153, 239, 243

## **T**

Tecnologia Educativa 14, 167, 168, 169, 170, 171, 173

Tornozelo-Braquial 12, 70, 71, 73

## **U**

Usuário 14, 55, 65, 131, 136, 139, 156, 157, 158, 160, 164

## **V**

Violência Sexual 10, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 95, 99, 100

Vítimas 10, 12, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 89, 90, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 208

## **Z**

Zika Vírus 16, 149, 239, 240, 241, 242, 243, 244

# A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

  
Ano 2020

# A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

  
Ano 2020