

CIÊNCIAS DA SAÚDE 2



**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)**

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)

Ciências da Saúde 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

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

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

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista

Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Elio Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Gislene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-127-5

DOI 10.22533/at.ed.275191802

1. Médico e paciente. 2. Pacientes – Medidas de segurança.
3. Saúde – Ciência. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Série.

CDD 614.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*As Ciências da Saúde*” aborda uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 30 capítulos do volume II, apresenta a importância de ações voltadas para segurança e o bem estar de pacientes e profissionais da saúde, buscando elevar a qualidade da saúde pública brasileira.

Os profissionais de saúde estão se reinventando em busca de melhorar a qualidade do tratamento e cuidado com pacientes. Aumentar a segurança do paciente gera benefícios não só para os mesmos, mas para todos os envolvidos. Entender os sentimentos e o que pensam as pessoas que necessitam de cuidados com a saúde, buscar perfis em epidemiologia para entender o contexto desses atores, promover e buscar melhorias no processo saúde/doença, avaliar a qualidade do cuidado recebido, são apenas algumas formas de se garantir tal segurança.

Dessa forma, a junção de pesquisas, a modernização da tecnologia e o interesse dos profissionais em promover o melhor cuidado possível compõem um contexto que eleva a qualidade de vida de pacientes.

Colaborando com esta transformação na saúde, este volume II é dedicado aos profissionais de saúde e pesquisadores que buscam crescer, melhorar seus conhecimentos acerca do cuidado com o paciente e se reinventar para melhor atendê-los. Dessa maneira, os artigos apresentados neste volume abordam espiritualidade/religiosidade no contexto de saúde/doença, violência contra a mulher e as ações do centro de referência de atendimento a mulher, desafios do diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis em idosos, perfil socioeconômico e demográfico e consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com hanseníase, qualidade da assistência pré-natal prestada às puérperas internadas em uma maternidade pública, humanização do atendimento em unidade de atenção primária à saúde e incidência e prevalência de lesão por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.

Portanto, esperamos que este livro possa contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e cuidado de profissionais para com pacientes minimizando ou eliminando consequências que acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema.

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE/DOENÇA DAS PESSOAS COM PSORÍASE	
Cristyeleadjerfferssa Katariny Vasconcelos Mauricio Valéria Leite Soares	
DOI 10.22533/at.ed.2751918021	
CAPÍTULO 2	15
ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER GÁSTRICO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA NO PERÍODO DE 2010 A 2014	
Deliane Silva de Souza Jaqueline Dantas Neres Martins Samara Machado Castilho Manuela Furtado Veloso de Oliveira Luan Cardoso e Cardoso Luan Ricardo Jaques Queiroz Fernanda Carmo dos Santos Luciana Ferreira dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918022	
CAPÍTULO 3	25
ASCUS ASSOCIADO AO HPV E CONDUTA CLÍNICA PRECONIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Maria Angélica de Oliveira Luciano Vilela Ana Claudia Camargo Campos Sandra Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918023	
CAPÍTULO 4	36
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	
Sara Silva de Brito Márcia Berbert-Ferreira Miria Benincasa Gomes Adriana Navarro Romagnolo Michele Cristine Tomaz	
DOI 10.22533/at.ed.2751918024	
CAPÍTULO 5	47
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DO PMAQ-AB NO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, PARAÍBA	
Pierre Patrick Pacheco Lira	
DOI 10.22533/at.ed.2751918025	

CAPÍTULO 6 64

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLENCIA CONTRA O IDOSO NO BRASIL

Bárbara Lima Sousa

Maria Eli Lima Sousa

Mirella Hipólito Moreira de Anchieta

Rafael Ayres de Queiroz

Roberto Sousa

DOI 10.22533/at.ed.2751918026**CAPÍTULO 7** 73

CÂNCER DE MAMA: SENTIMENTOS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA SOB O OLHAR DA MULHER EM QUIMIOTERAPIA

Hyana Sâmea de Sousa Freire

Ana Kelly da Silva Oliveira

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

DOI 10.22533/at.ed.2751918027**CAPÍTULO 8** 83

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE MEDIDA DE FORÇA E PROFUNDIDADE NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) POR INSTRUMENTO MANEQUIM EM CADETES BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA

Vinicius de Gusmão Rocha

Janyeliton Alencar de Oliveira

Robson Fernandes de Sena

Michelle Salles Barros de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.2751918028**CAPÍTULO 9** 104

COMBATE À VIOLENCIA CONTRA A MULHER: AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER

Patricia Pereira Tavares de Alcantara

Zuleide Fernandes de Queiroz

Verônica Salgueiro do Nascimento

Antonio Germane Alves Pinto

Maria Rosilene Cândido Moreira

DOI 10.22533/at.ed.2751918029**CAPÍTULO 10** 115

CONSTRUINDO O APRENDIZADO EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Kelly da Silva Oliveira

Hyana Sâmea de Sousa Freire

Mônica Kallyne Portela Soares

Francisca Fátima dos Santos Freire

DOI 10.22533/at.ed.27519180210**CAPÍTULO 11** 126

CORRELAÇÃO DA EPISIOTOMIA COM O GRAU DE PERDA URINÁRIA FEMININA

Bianca Carvalho dos Santos

Adilson Mendes

Agda Ramyli da Silva Sousa

DOI 10.22533/at.ed.27519180211

CAPÍTULO 12 134

DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Maria Mileny Alves da Silva
Francisco João de Carvalho Neto
Fellipe Batista de Oliveira
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Raissy Alves Bernardes
Renata Kelly dos Santos e Silva
Jéssica Anjos Ramos de Carvalho
Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues
Vicente Rubens Reges Brito
Camila Karenne Leal Nascimento
Jéssica Denise Vieira Leal

DOI 10.22533/at.ed.27519180212**CAPÍTULO 13 144**

DOENÇA RENAL CRÔNICA: ANÁLISE DAS CAUSAS DA PERDA DA FUNÇÃO RENAL E IDENTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO

Elisangela Giachini
Camila Zanesco
Fracielli Gomes
Bianca Devens Oliveira
Bruna Laís Hardt
Maiara Vanusa Guedes Ribeiro
Cristina Berger Fadel
Débora Tavares Resende e Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180213**CAPÍTULO 14 154**

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM SOBRE O TEMA E RELATO DE SUA UTILIZAÇÃO NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

William Volino

DOI 10.22533/at.ed.27519180214**CAPÍTULO 15 169**

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM PESSOAS COM HANSENÍASE

Manoel Borges da Silva Júnior
Giovanna de Oliveira Libório Dourado
Maurilo de Sousa Franco
Francimar Sousa Marques
Lidya Tolstenko Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.27519180215**CAPÍTULO 16 182**

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA-GO

Ana Paula Felix Arantes
Dionilson Mendes Gomes Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.27519180216

CAPÍTULO 17 189

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ROTINA DE UM BANCO DE LEITE NO INTERIOR DO CEARÁ

Joanderson Nunes Cardoso

Joice Fabrício de Souza

Luciene Gomes de Santana Lima

Maria Jeanne de Alencar Tavares

DOI 10.22533/at.ed.27519180217**CAPÍTULO 18 196**

RELATO DE EXPERIÊNCIA: XXIX SEMANA DE PREVENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

Sarah Feitosa Nunes

DOI 10.22533/at.ed.27519180218**CAPÍTULO 19 199**

USO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO ACERCA DA HANSENIASE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lívia Maria Mendes de Lima

Ruy Formiga Barros Neto

Anne Karoline Mendes

Saulo Nascimento Eulálio Filho

Igor de Melo Oliveira

Felipe Xavier Camargo

Paulo Roberto da Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.27519180219**CAPÍTULO 20 208**

USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco João de Carvalho Neto

Renata Kelly dos Santos e Silva

Maria Mileny Alves da Silva

Gabriela Araújo Rocha

David de Sousa Carvalho

Denival Nascimento Vieira Júnior

João Matheus Ferreira do Nascimento

Zeila Ribeiro Braz

Camila Karenne Leal Nascimento

Maria da Glória Sobreiro Ramos

Ana Karoline Lima de Oliveira

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.27519180220**CAPÍTULO 21 221**

VALOR PROGNÓSTICO DE DIFERENTES PARÂMETROS CLÍNICOS EM TUMORES DE MAMA TRIPLO-NEGATIVOS

Thamara Gonçalves Reis

Fabrícia De Matos Oliveira

Victor Piana de Andrade

Fernando Augusto Soares

Luiz Ricardo Goulart Filho

Thaise Gonçalves de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.27519180221

CAPÍTULO 22 **238**

WHOQOL-100: ABORDAGENS NAS PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS

Beatriz Ferreira de Carvalho
Carla Caroline Inocêncio
Carolina Faraco Calheiros Milani
Maria Silva Gomes
Paula Vilhena Carnevale Vianna

DOI 10.22533/at.ed.27519180222**CAPÍTULO 23** **247**

ZIKA VÍRUS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo
Carlos Filipe Camilo Cotrim
Thiago Henrique Silva
Fernanda Patrícia Araújo Silva
Flávio Monteiro Ayres
Andreia Juliana Rodrigues Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180223**CAPÍTULO 24** **263**

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PESSOAL EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Laura Maria de Almeida dos Reis
DOI 10.22533/at.ed.27519180224

CAPÍTULO 25 **274**

ESTUDO DO PERFIL MATERNO NA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Márcio Augusto de Albuquerque
Tarsyla Medeiros de Albuquerque
Alfredo Victor de Albuquerque Araújo
Bruno Leão Caminha
Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180225**CAPÍTULO 26** **289**

FATORES ASSOCIADOS À VARIAÇÃO DO PICO DE FLUXO GERADO DURANTE A TÉCNICA DE HIPERINSUFLAÇÃO MANUAL BRUSCA

Luan Rodrigues da Silva
Ana Paula Felix Arantes
Fernando Guimarães Cruvinel
Giulliano Gardenghi
Renato Canevari Dutra da Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180226

CAPÍTULO 27 **296**

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco

Rita Luana Castro Lima

José Musse Costa Lima Jereissati

Ana Cláudia Fortes Ferreira

Viviane Bezerra de Souza

Yara de Oliveira Sampaio

Eurenir da Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.27519180227**CAPÍTULO 28** **306**

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PREDITIVOS DE AUMENTO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR NO INTRA E PÓS- OPERATÓRIO DE CANDIDATOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Camila Sales Andrade

Zailton Bezerra de Lima Junior

Felipe Siqueira Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180228**CAPÍTULO 29** **316**

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Amelina de Brito Belchior

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

Fabianne Ferreira Costa Róseo

Lidiane do Nascimento Rodrigues

Janaina dos Santos Mendes

DOI 10.22533/at.ed.27519180229**CAPÍTULO 30** **323**

MORTALIDADE INFANTIL NA MICRO REGIÃO DE CAMPINA GRANDE, PB NO PERÍODO DE 2013 E 2014

Márcio Augusto de Albuquerque

Tarsyla Medeiros de Albuquerque

Alfredo Victor de Albuquerque Araújo

Bruno Leão Caminha

Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180230**SOBRE OS ORGANIZADORES.....** **335**

CAPÍTULO 1

A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE/DOENÇA DAS PESSOAS COM PSORÍASE

**Cristyeladjerfferssa Katariny Vasconcelos
Mauricio**

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Valéria Leite Soares

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

RESUMO: A psoríase é uma doença dermatológica crônica, inflamatória e multissistêmica de etiologia multifatorial com fases de regressão e exacerbação. Afeta a vida dos acometidos em diferentes dimensões influenciando na qualidade de vida. Acarreta dificuldades e/ou incapacidades físicas; consequências no aspecto psicossocial devido ao estigma e preconceito; e apresenta comorbidades. Seu enfrentamento não é tarefa fácil. A espiritualidade/religiosidade pode ser um importante elo de apoio, ressignificação e mudanças. Assim, objetivamos neste estudo, investigar como os pacientes relacionam a espiritualidade/religiosidade com o tratamento e enfrentamento da psoríase. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, realizado no primeiro semestre de 2016 com 7 sujeitos em tratamento de psoríase no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) em João Pessoa/PB. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e tratados pela análise de conteúdo. Teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW sob

o CAAE nº 531936.8.00005183, respeitando a resolução nº 466/2012. Como resultado verificamos que os sujeitos entrevistados relataram que ter uma crença é um importante apoio no enfrentamento da doença. Citaram a fé como um suporte essencial para compreender e ter tolerância ao tratamento da psoríase. Referem-se à espiritualidade como um estado de paz, equilíbrio e bem-estar consigo mesmo e com Deus. Observam a religião como um espaço de rituais coletivos, momento de socialização, reflexão e apoio. Conclui-se que a espiritualidade/religiosidade apresentam um legado importante, favorecendo o equilíbrio e o bem-estar emocional, promovem aumento do suporte social sendo usados como rede de apoio no enfrentamento da doença.

PALAVRAS-CHAVES: Espiritualidade, Religiosidade e Psoríase.

ABSTRACT: Psoriasis is a chronic, dermatological, inflammatory and multi-systemic disease of multi-factorial etiology, with regressionand exacerbation phases. It inflicts sufferers' lives in different dimensions, thus affecting their life quality. It brings about difficulties and/or physical inabilities; consequences in the psychological and social aspects due to stigma and prejudice, as well as comorbidities. Facing it is not an easy task. Spirituality/ religiousness can be a relevant link

of support, changes and re-signification. Therefore, in this study, we have the aim to investigate how the patients relate spirituality and religiousness with the way they cope with, and treat psoriasis. This is a qualitative case study, carried out during the first semester of 2016, with 7 subjects under psoriasis treatment at the University Hospital Lauro Wanderley, Federal University of Paraiba State, João Pessoa city. Data were collected by means of semi-structured interviews, treated by content analysis, and approved by the Ethics Committee in Research at the mentioned hospital, under the CAAE n° 531936.8.00005183, and respecting Resolution n° 466/2012. As a result, we confirmed that the subjects interviewed said that having a belief is crucial when facing the disease. They mentioned that faith is an essential support to understand and endure psoriasis treatment. They refer to spirituality as a state of peace of mind, balance and well-being, with themselves as well as God. They regard religion as a space of collective rituals, a moment of support, reflection and socialization. We concluded that spirituality/religiousness represent an important legacy, thus favoring emotional balance and well-being; promoting social support, and being used as an aiding system when dealing with the disease.

KEYWORDS: spirituality; religiousness; psoriasis.

1 | INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele, de ordem genética, multissistêmica de etiologia multifatorial. A mesma provoca diferentes percepções da gravidade e limitações por parte do indivíduo acometido, afetando diversas dimensões, como a vida social, econômica, sexual, profissional e o lazer, interferindo assim, na qualidade de vida (ROMITI et al, 2009; MIOT, 2009). Ela pode causar desconforto físico e psíquico. Pessoas acometidas pela doença relatam que sua condição de adoecimento desencadeia sentimentos negativos, além de acarretar dificuldades e/ou incapacidades físicas. Ela traz consequências no aspecto psicossocial devido ao preconceito e estigma vividos pelos acometidos. Somado a estes aspectos, temos suas comorbidades tais como: depressão; síndromes metabólicas; doenças cardiovasculares; artrite psoriásica; doenças inflamatórias do intestino; outras, que levam a pessoa ao afastamento de diferentes áreas ocupacionais e ao isolamento social (DUARTE E MACHADO-PINTO, 2009).

É comum os indivíduos dependerem de crenças e práticas religiosas, principalmente em momentos estressantes de suas vidas, como a perda da saúde. Considerando que muitos buscam na religião um auxílio para um enfretamento pessoal, a mesma pode ser utilizada em determinado momento como um suporte social, além de ajudar os indivíduos a conduzirem suas decisões de acordo com suas crenças, diminuindo a probabilidade de estarem em situações estressantes e reduzindo comportamentos de saúde negativos (KOENIG, 2012).

A espiritualidade tem um papel importante na saúde e na qualidade de vida das

pessoas. A palavra espiritualidade é derivada do latim *spiritus*, e significa “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”, podemos entender isso como tudo que traz significado e propósito, e consequentemente pode desenvolver o equilíbrio entre saúde física e mental, possibilitando uma diminuição nos aspectos desencadeantes da doença (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010).

Atualmente foram constatadas evidências sobre a importância da espiritualidade no enfrentamento de condições relacionadas as doenças crônicas (MARTINS *et al*, 2004; RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). Deste modo, sendo a religiosidade um eixo da espiritualidade, percebemos a necessidade de investigar se estas influenciam no tratamento e enfrentamento da psoríase. Koenig (2012) diz que a integração da espiritualidade ao tratamento de doenças deveria ser prioridade, considerando que muitas pessoas adoecidas têm necessidades espirituais e/ou conflitos espirituais e, além disso, obtêm conforto nas crenças e tradições religiosas.

É comum que os indivíduos busquem na religião algum auxílio em um momento de dor, estresse ou perda, mas é também comum, que as pessoas entrem em conflito nesses momentos, afastando-se de suas crenças religiosas por acreditarem que foram abandonados, ou até mesmo que aquele momento poder ser considerado um “castigo” por algum erro cometido no passado. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde busquem compreender este lado do paciente, e oferecer todo apoio necessário.

Ao falar de espiritualidade não podemos excluir a religiosidade, visto que um termo sempre remete ao outro, e que muitos indivíduos não conseguem desassociar. Mas religiosidade e espiritualidade não são iguais? A religião difere da espiritualidade por ser uma prática que possui certos rituais e dogmas, dependendo da religião estes se diferenciam (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). O que acontece é que geralmente, encontramos a espiritualidade através da religiosidade, e por isso as duas se confundem.

A espiritualidade está presente em muitos momentos durante a vida das pessoas, e nem sempre é correlacionada à religião, sendo considerada uma parte complexa e multidimensional da experiência humana. Sendo assim, é necessário especificar e diferenciar os termos espiritualidade e religiosidade. A definição de espiritualidade é baseada na busca do significado e propósito da vida. A forma como esse significado pode ser encontrado é bem ampla, algumas pessoas podem encontrá-la através da religião e da relação com uma figura divina, e outros podem encontrá-la na relação com os outros, na natureza, na arte, no pensamento racional, por meio de valores e princípios ou pela busca de uma verdade científica (KOENIG, 2012).

A espiritualidade possui aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais:

Os aspectos cognitivos e filosóficos incluem a do significado, do propósito e da verdade na vida, bem como as crenças e os valores de acordo com os quais uma pessoa vive. Os aspectos experienciais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte. Eles se refletem na qualidade dos recursos internos de um indivíduo, na capacidade de dar e receber

amor espiritual e nos tipos de relações e conexões que existem consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente e a natureza e com o transcendental [...]. Os aspectos comportamentais da espiritualidade envolvem o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interno (KOENIG, 2012, p. 13).

Kovács (2007) descreve a espiritualidade como sendo a busca humana em direção a um sentido, com uma dimensão transcendente, compreendendo uma força maior que pode estar ligada a uma figura divina ou força superior, fomentando um sentido de pertença. Sendo assim, a espiritualidade busca pelo sentido da existência, podendo partir de um dogma religioso ou de uma construção interior no sentido de transcendência na compreensão do sentido da vida do ser humano. Viver um sentido de transcendência, está ligada a uma compreensão do significado da vida, está relacionada com a religiosidade intrínseca, envolvendo a contemplação e reflexão sobre as experiências da vida. Podemos então dizer que a espiritualidade é nossa conexão com o mundo, com o ambiente e as pessoas, com o eu interior, relacionados com sentimentos positivos, valores levando a uma sensação de paz interior e harmonia em um processo de transcendência.

De acordo com Silva *et al* (2014) a religiosidade é a espiritualidade relacionada a concepção de divino, tem relação com o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. Koenig (2012) define religião como um sistema de crenças e práticas, que normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo, assim como o lugar do indivíduo. O autor relata que a religião costuma oferecer um código moral de conduta que é aceito por todos os membros da comunidade que procuram aderir a esse código. Ainda cita que, a religião pode ser usada para descrever um conjunto de grupos orientados por crenças e rituais comuns relacionados ao sobrenatural, como na astrologia, adivinhação, bruxaria, invocação de espíritos, espiritismo, entre outros.

Dessa forma, é importante ressaltar que cada religião possui uma conduta diferente, onde um comportamento pode ser aceito em uma religião específica, e contrariar as crenças e doutrinas de outras religiões. Segundo Guimarães e Avezum (2007) a influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado um potencial impactante sobre a saúde física, afirmando-se como fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia.

O objetivo deste estudo foi de investigar como os usuários do Centro de Referência em Psoríase da Paraíba/Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB/ João Pessoa-PB relacionam a espiritualidade/religiosidade com o tratamento e enfrentamento da psoríase, e assim, compreender o fenômeno que se faz presente. Observamos também como os mesmos diferenciam os conceitos de espiritualidade e religiosidade.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como qualitativo do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados através da análise de conteúdo. Trata-se de um fragmento de investigação do plano da pesquisa: “A espiritualidade/religiosidade no contexto de saúde/doença das pessoas com psoríase” que faz parte de um Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica Voluntária (PIVIC) intitulado *“Psoríase: para além das lesões na pele”*. Este projeto foi desenvolvido no período de agosto de 2015 a julho de 2016, sendo que a investigação ocorreu no primeiro semestre de 2016. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB sob o CAAE nº 53193616.8.0000.5183, respeitando a resolução nº 466/2012.

A pesquisa qualitativa se vincula aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como elas compreendem este mundo, considerando que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, formando um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (POPE E MAYS, 2009; KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Para Minayo et al (2002) a pesquisa qualitativa aborda os significados, motivações, valores, crenças e atitudes, sendo esta, não é quantificável.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos (ARAÚJO et al, 2008). Acreditamos que este tipo de pesquisa possibilita ao pesquisador, conhecer em profundidade as causas de uma determinada situação na qual se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há de latente. Lüdke e André (1986) afirmam que o estudo de caso visa à descoberta através da busca de novas respostas e indagações, e para tanto, utiliza como método a interpretação em contexto, considerando o ambiente social, físico e cultural que o participante da pesquisa está imerso.

Esta pesquisa buscou analisar qualitativamente o discurso dos usuários e profissionais do serviço de psoríase, nos proporcionando verificar sobre as hipóteses levantadas quanto a temática da espiritualidade/religiosidade.

O estudo foi realizado com 7 sujeitos em tratamento de psoríase no Centro de Referência e Apoio a Psoríase da Paraíba que funciona no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB) em João Pessoa/PB, e 2 profissionais do mesmo setor. Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa são: encontrar-se na fase da adultez e ter entre 18 e 60 anos de idade cronológica, independente do gênero, etnia e condição socioeconômica; apresentar diagnóstico confirmado para psoríase; estarem em tratamento no Centro de Referência; e aceitarem a participar da pesquisa de forma voluntária.

Dos 7 sujeitos, 4 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Respeitando o princípio do anonimato em pesquisa, eles receberam pseudônimos de pássaros. Esta

escolha nos remete a indivíduos fortes, resistentes, que enfrentam as adversidades da vida, mesmo com sua aparência delicada e frágil. Os sujeitos do sexo masculino receberam os seguintes pseudônimos: “João-de-barro”, “Coruja”, “Pardal” e “Calafate”, já as do sexo feminino foram identificadas como: “Fênix”, “Bem-te-vi” e “Esplêndido”. Na identificação dos sujeitos profissionais da saúde, foram utilizados nomes de flores como pseudônimos, pois consideramos que pássaros e flores vivem em harmonia. Os pseudônimos escolhidos foram de Frésia para a enfermeira, pois esta flor simboliza acolhimento, proteção e calma. Para a técnica em enfermagem foi Aquileia, que simboliza boa saúde e desejo de cura para o próximo.

Características sócio demográficas dos sujeitos da pesquisa:

“João-de-barro” – homem de 60 anos, casado, católico, grau de escolaridade - ensino médio, policial a 30 anos, mora com a esposa, 2 filhos, a nora e duas netas. Renda familiar é de 2 ½ salários mínimos. Em 2011 foi diagnosticado com psoríase e tem o mesmo tempo de tratamento. Optamos por este pseudônimo por revelar gostar muito de trabalhar, seja na profissão, como em qualquer outra atividade.

“Pardal” – homem de 59 anos, católico, grau de escolaridade - médio incompleto, solteiro, policial militar à 38 anos. Reside só, apresenta renda familiar de 6 ½ salários mínimos. Diagnosticado em 2001 e a 2 anos faz tratamento. A escolha do pseudônimo para ele se deu em razão de estar sempre falando sobre um atributo que ele sente orgulho em compartilhar, o zelo pela sua casa, em deixá-la atraente aos olhos de quem a visita, refletindo-se assim em sua aparência. Ele é solitário em sua casa.

“Coruja” – homem de 52 anos, solteiro, católico, é Educador Físico, trabalha como professor de Educação Infantil e treino de tênis de mesa. Reside com seus irmãos, sua renda familiar é de 4 ½ salários mínimos. Foi diagnosticado há 6 meses e apresenta o mesmo tempo de tratamento. Optamos por dar esse pseudônimo, pois sempre está disseminando o conhecimento sobre a doença para as pessoas.

“Calafate” – homem de 20 anos, cursa o 3º ano do ensino médio, católico, trabalha como radialista/sonoplastia da rádio de sua cidade à 3 anos. Reside com os pais, sua renda familiar é de 2 salários mínimos. Em 2009 foi diagnosticado com psoríase e está em de tratamento desde então. Seu pseudônimo foi escolhido pelo fato deste pássaro ter um bonito canto, em alusão à sua voz.

“Esplêndido” – mulher de 33 anos, ensino superior completo, cristã, solteira, mora com o pai. Trabalha como auxiliar de engenharia há 6 anos, sua renda familiar equivale a 6 salários mínimos. Recebeu diagnóstico de psoríase em 2009 e encontra-se em tratamento desde então. Optamos por este pseudônimo pois este pássaro apresenta bela plumagem, com cores vívidas, que reflete sua personalidade ao atribuir importância aos atributos físicos.

“Fênix” – mulher de 60 anos, católica, nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, casada e encontra-se aposentada. Vive com o marido, renda familiar de 1 salário mínimo, foi diagnosticada com psoríase em 2000, iniciando o tratamento no mesmo período. Seu pseudônimo foi escolhido por relembrar a história da ave, que

renasceu das cinzas, remetendo a sua história de vida após tanto sofrimento, sendo esta marcada por preconceitos e dificuldades, conseguindo superá-los.

“Bem-te-vi” - mulher de 42 anos, fisioterapeuta, divorciada, evangélica, reside com os filhos. Trabalha há 15 anos, apresenta renda familiar equivalente a 5 salários mínimos, foi diagnosticada há 1 mês e desde então iniciou tratamento. Foi escolhido esse pseudônimo por não temer os demais, enfrentando as adversidades da vida sem se deixar abalar.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semiestruturada, com roteiro prévio, em uma sala de forma individualizada. Neste tipo de entrevista, o pesquisador cria um roteiro prévio com questões a fim de servir como guia para a realização da entrevista, permitindo ao entrevistado a falar sobre assuntos que surgem no desdobramento do tema principal (GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

Utilizamos a gravação em áudio com o aparelho celular como dispositivo de registro da entrevista. Este tipo de coleta nos permitiu-nos observar as expressões dos sujeitos e também, nos apropriarmos com mais precisão e detalhes do conteúdo das narrativas dos mesmos. Em seguida, as referidas narrativas eram transcritas.

Após a coleta de dados, realizamos a sistematização destes e criamos categorias. Para tanto, nos baseamos na Análise de Conteúdo, que tem como características metodológicas, objetividade, sistematização e inferência. Segundo Bardin (1979) apud Minayo (1999) a análise de conteúdo oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações que buscam obter sistematicamente a descrição do conteúdo das mensagens.

Levando em consideração os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam no serviço e com os usuários que ali são assistidos, decidimos categorizar a percepção destes sujeitos acerca das questões relacionadas com a espiritualidade/religiosidade nas seguintes categorias:

Categoria 1 – Percepções dos profissionais e dos usuários do serviço em relação aos conceitos de espiritualidade/religiosidade.

Categoria 2 – Percepções dos profissionais do serviço em relação a espiritualidade/religiosidade no processo de adoecimento e tratamento da psoríase.

Categoria 3 – Percepções dos usuários do serviço em relação a espiritualidade/religiosidade no processo de adoecimento e tratamento da psoríase.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1 – Percepções dos profissionais e dos usuários do serviço em relação aos conceitos de espiritualidade/religiosidade.

Muitas pessoas podem não compreender ou mesmo confundir a diferença entre

religiosidade e espiritualidade. Koenig (2012) acredita que não há necessidade que os indivíduos entendam estas definições tão rigorosamente. O autor ainda cita que o termo espiritualidade em pesquisa no campo da saúde, faz conexão com religião ou com o sobrenatural. Quando esta conexão não existe, a espiritualidade se relaciona com o humanístico. Entretanto, ela pode ser definida pelas pessoas diferentemente. Em nossa pesquisa quando questionados se há alguma diferença entre religiosidade e espiritualidade, encontramos as seguintes respostas.

Aquilléia cita que a espiritualidade está voltada para uma crença interior e que a religião também se volta para um determinado tipo de crença. Duarte e Wanderley (2011) citam que a espiritualidade busca a reflexão, é uma busca pessoal sobre o significado da vida, podendo ter relação com o sagrado ou com o transcendente, ou seja, ter ou não vinculação com uma determinada religião. As pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar especificamente a um Deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião.

"Eu creio assim professora, espiritualidade, é coisa assim que, mexe o espiritual, com o lado espiritual, espiritual.... assim, é mais puxado para crença né? Ou não? [...] Aí na religião vejo mais puxado para crença, por que isso? Porque tem o católico, né? Os evangélicos, os espíritas, né? Então são várias crenças [...]" Aquilléia

Koenig (2012) cita que a definição de espiritualidade inclui significado e propósito, está relacionado a paz interior e conforto, sentimentos saudáveis e positivos. Quanto à religião, ele a define como um sistema de crenças e práticas observado por uma comunidade, que se apoia em rituais que se reconhecem, se comunicam ou se aproximam do sagrado, do divino. Ela costuma oferecer um código moral de conduta que é aceito pelos membros da comunidade que as adotam, aderindo-se a este código. Vejamos a percepção dos usuários do serviço quanto a estes conceitos. Esplêndido, coloca em suas palavras como ele comprehende espiritualidade e religiosidade:

"Pra mim existe diferença. Eu acho que religião é uma coisa voltada mais pra ser humano. Uma doutrina dos homens que ele separa. Que vai definir, você é católico, você é evangélico, você é isso, você é aquilo [...]. Eu acho que religião puxa muito pra isso e a espiritualidade eu acho uma coisa assim, eu não sou espirita, mas eu acho assim... Essencial, porque eu vejo o espiritual como algo que vem mais da alma, que ele trabalha mais a pessoa, a caridade, a humildade. Não que a religião tenha isso. Tem, mas ela é muito conservadora. Ela é muito separatista. E a espiritualidade não. Acho que a espiritualidade ela é mais ampla. Ela é mais aberta. Então é isso aí." Esplêndido

Coruja traz uma definição objetiva em relação a diferença destes conceitos:

"Sim existe, a espiritualidade é algo maior, é como a gente se sente, é estar bem consigo e com Deus, é estar em paz. A religiosidade é você ter uma crença e praticar rituais. Há várias religiões, sou católico, mas tem os evangélicos, os espíritas, são muitas." Coruja

Bem-te-vi também diferencia espiritualidade de religiosidade ao seu modo:

"Há diferença sim. Religiosidade para mim é uma coisa muito mecânica, a espiritualidade é uma coisa que vem de dentro, é sua vivência". **Bem-te-vi**

Calafate diferentemente dos demais, comprehende que espiritualidade e religiosidade é uma coisa só. Ele cita que:

"Pra mim eu acho assim... Que religiosidade, espiritualidade é uma coisa só, pois assim, se você tem fé, você acredita". Calafate

A espiritualidade e a religiosidade são percebidas pelos sujeitos da pesquisa em consonância com a literatura, tendo papel importante na vida das pessoas. A espiritualidade se manifesta intrinsecamente nos indivíduos, podendo estar relacionada ou não à religiosidade. Eles percebem a espiritualidade como algo que transcende, de amplitude que vai além do sagrado, não exigindo rituais e condutas doutrinais como na religiosidade.

Categoria 2 – Percepções dos profissionais do serviço em relação a espiritualidade/religiosidade no processo de adoecimento e tratamento da psoríase.

Rizzardi; Teixeira; Siqueira (2010) dizem que independentemente do tipo de escolha religiosa, os indivíduos que buscam a espiritualidade/religiosidade se sentem mais esperançosos, confiantes e menos estressados, o que poderia ser potencialmente a razão de menor grau de acometimento físico e melhor recuperação de suas doenças.

A fala de Frésia demonstra sua percepção em relação aos usuários do serviço quanto a fé diante do enfrentamento da doença, sobre os aspectos de superação quando há crença religiosa e/ou espiritual, inclusive no que se refere a aceitação diante da descoberta da doença, se refere a esperança e confiança, ela cita que:

" [...] as pessoas que tem alguma religiosidade, ou frequenta alguma coisa, tem fé em Deus, eles superam melhor a questão da doença [...] é como se o paciente, assim, que tivesse fé em Deus ou fé em alguma coisa, ele consegue superar melhor, isso faz com que ele enfrente melhor essa questão da doença e consequentemente traz uma melhora ao paciente". Frésia

A psoríase é uma doença crônica que pode ser desencadeada através do estresse e por emoções negativas. Em relação a doenças crônicas, práticas ou crenças religiosas podem ajudar a amenizar esses fatores (KOENIG, 2012). De acordo com o autor, o envolvimento religioso e o tratamento médico trabalham muito bem em conjunto, no entanto, quando uma dessas práticas é excluída, os resultados do paciente são afetados.

Para Aquiléia, a saúde, a religiosidade e a espiritualidade devem andar sempre juntas:

" [...] sem Deus a gente não pode caminhar, mesmo que você seja espírita, você crê em Deus, você crê num espírito, você crê em alguma coisa. Então, nisso que ela tem que andar as três juntas, não andam uma só, sozinho jamais, ela não pode andar sozinha." Aquiléia

Frésia nos traz um fato importante, que não raramente acontece e que pode influenciar e/ou prejudicar o tratamento:

“[...] às vezes, atrapalha um pouco a questão de que eles vão para uma certa igreja e chega lá as pessoas dizem que eles vão ficar curado, que não precisam tomar medicamento, eles acreditam nisso e param de usar o medicamento, e aí eles pioram bastante da doença, [...] não é só a questão da religião, mas também a religião e a medicina têm que andar juntos, a pessoa tem que ter sua fé, tem que ter sua religião, mas a pessoa também tem que fazer seu tratamento [...]” Frésia.

Podemos perceber tanto na fala de Frésia, como na de Aquiléia que há a importância de que exista uma crença nos pacientes, não importa qual seja ou no que eles acreditam, mas que quando este crê, têm fé, nem que seja na cura ou em sua melhora, o enfrentamento, assim como tratamento, evoluí de maneira positiva.

Leme (2008) cita que a partir da percepção do homem em relação ao seu processo de unificação das dimensões física, emocional e mental, a fé passa a ser vista como um veículo de transporte as dimensões mais sutis, das quais, transformações e processos regenerativos podem ser operados, ou seja, a fé pode ser observada de forma passiva ou ativa e ser usada como ferramenta no processo de cura. Pode também levar o indivíduo a graus de percepção e desenvolvimento interior, contribuindo para processos de resolução mais efetivo e rápido nas questões de saúde.

Para Koenig (2012), a religião é revelada como um comportamento de enfrentamento poderoso em todo mundo, para ilustrar esta frase ele nos traz um ditado que diz que “não há ateus em trincheiras”, destarte, podemos dizer que geralmente no momento de dor e sofrimento, os indivíduos costumam buscar algo para se apegar e crer, onde muitas vezes há a presença de um ser supremo.

Categoria 3 – Percepções dos usuários do serviço em relação a espiritualidade/reliosidade no processo de adoecimento e tratamento da psoríase.

A doença, especialmente quando crônica, afeta todas as áreas da vida do indivíduo e dentre as formas de seu enfrentamento, a religiosidade/espiritualidade têm se mostrado extremamente importante, assim como, para o controle do estresse. Sendo assim, os indivíduos que sentem estressados tendem a buscar estratégias para amenizá-lo e aprender a conviver com a doença, mesma que esta, além do estresse, gere dor (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010). Muitas vezes, esta estratégia é encontrada através da religião e da espiritualidade, na busca do equilíbrio emocional, como podemos perceber na fala de Esplêndido:

“Ela (espiritualidade) é de suma importância, por quê?! Porque uma vai trabalhar o seu lado, sua essência, sua... que não deixa de ser um equilíbrio porque psoríase não se sabe o que desencadeia, e a gente sabe que uma parcela é o estresse. Então, o estresse é um estado emocional que o ser humano fica conturbado e ele fica agitado. [...] e se você trabalhar espiritualidade independente da religião que você esteja, trabalhar isso aí, eu acho que isso aí vai te dar um equilíbrio emocional e isso vai te ajudar bastante com relação à psoríase”. Esplêndido

Saad e Almeida (2008) relatam que os indivíduos com envolvimento espiritual são mais propensos a enfrentar situações adversas de forma mais sucedida e breve, tendo mais estratégias para o enfrentamento de problemas e redução do estresse. Ou

seja, o envolvimento espiritual gera na pessoa um equilíbrio das funções orgânicas controladas pelo sistema nervoso, como a produção de hormônios e a imunidade.

Calafate faz uma associação entre saúde e espiritualidade, relacionando o bem-estar que a espiritualidade promove, vejamos:

"Assim... Para mim, a saúde, assim... Acima de tudo é o principal. Espiritualidade envolve isso, pois se você está bem com a vida, você tá de bem com a sua saúde [...]". **Calafate**

Através da espiritualidade que buscamos compreender os movimentos para além da esfera pessoal, dar sentido aos acontecimentos em nossas vidas. É muito importante nos momentos de crises e de dor, pois ajuda a compreender porque houve o adoecimento, e nos auxilia a dar significado ao sofrimento e um novo sentido à vida (KOVÁCS, 2007).

Coruja fala sobre sua compreensão do processo de adoecimento e os fatos da vida, a importância da fé e acreditar em um ser supremo neste processo de enfrentamento da doença, vejamos:

"[...] Deus tem o poder maior, a fé é muito importante para as pessoas, buscamos o equilíbrio e precisamos acreditar que Deus é importante em nossa vida, para nossa melhora, a gratidão é importante. Também nos faz entender porque temos que passar por isso. [...] acho importante a fé, saber que não tem cura, tem melhora, me ajuda a entender melhor. É saber olhar melhor as coisas, ter uma melhor compreensão da vida, conforta". **Coruja**

Segundo Kovács (2007), não há situações sem saída, sem resolução sempre existe uma que será a escolhida. A autora também nos diz que a questão religiosa indica um sentido de continuidade muito importante para os indivíduos, principalmente quando passam por situações traumáticas, onde vivências de alegria podem ser consideradas como sagradas.

Fénix nos relatou que buscou a ajuda de cinco médicos dermatologistas antes de encontrar a médica que cuida de seu tratamento atualmente, e que todos diziam que sua doença não possuía cura, sendo assim, ela pediu ajuda ao ser supremo no qual acredita, e considera que o encontro da médica foi devido a uma resposta divina:

"Eu confio muito em Deus e tudo que eu peço a Jesus eu consigo. Desde que adoeci que eu venho nessa fé. Eu sempre pedindo a Deus o médico ideal, certo. [...] Eu fui pedir a Ele. Eu disse: Jesus, já que a minha doença não tem cura, então me mostra aquele filho, ou filha tua que estudou, com teu pensamento, que passe uma medicação pelo menos que me dê sossego. E Ele mostrou. Mostrou. Está aqui ela, do lado. Aí isso aí, foi uma fé muito grande né. Ele mostrou". **Fénix**

Para Pardal e João de Barro é sempre necessário acreditar e confiar em um ser supremo, pois é desta forma que se encontra resultado no tratamento, assim como, em outras questões relacionadas a vida pessoal:

"[...] se você não acreditar em Deus, nada para você ter resultado não, tudo na sua vida tem que colocar Deus em primeiro opção". **João de Barro**

"É pedir a Deus para gente sempre... Pedir a Deus por... [...] Para ficar tudo bem"
Pardal

Koenig (p. 172, 2012) “ao melhorar o enfrentamento, dar esperança e promover um significado e propósito durante circunstâncias de vida difíceis, as crenças religiosas têm o potencial de influenciar tanto a saúde mental quanto a física”. Diante os relatos obtidos, pode-se perceber que todos os usuários, sujeitos desta pesquisa, buscam na religiosidade e/ou na espiritualidade conforto e equilíbrio, e que encontram uma maneira de amenizar a dor, e associando ao tratamento médico, a psoríase é enfrentada de maneira mais harmoniosa e o tratamento se torna mais eficaz.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psoríase é uma doença crônica, que traz consigo, um grande impacto na vida do indivíduo, podendo causar sofrimento psicossocial devido as suas características dermatológicas, comorbidades e incapacidades, além do estigma e exclusão que ela promove. Pesquisadores sobre religiosidade/espiritualidade no âmbito da saúde relatam sobre a importância destes aspectos no tratamento da dor, seja ela de ordem física ou psíquica, assim como, nas doenças crônicas.

O foco deste estudo foi buscar e relatar as evidências acerca das contribuições da religiosidade/espiritualidade em relação à psoríase. As pessoas possuem crenças, dão significados a elas para o enfrentamento da doença, buscam explicações e conforto como também, apoio para uma melhor compreensão do processo de adoecimento.

Negar os aspectos significativos da espiritualidade/religiosidade na vida das pessoas com psoríase ao evidenciar como elas passam a lidar com seu processo de adoecimento através da fé é, evidenciar a relevância destas abordagens. Podemos perceber que aqueles que possuem alguma crença ou participam de alguma religião, encontraram equilíbrio em relação ao tratamento e no enfrentamento da doença, influenciando na melhora da qualidade de vida e bem-estar.

A percepção e valorização da espiritualidade/religiosidade por parte dos profissionais da saúde em relação aos usuários do serviço, foram evidenciadas neste estudo, apontando que, considerar estas perspectivas ajudam a compreender como as pessoas com psoríase lidam com a doença. Ao mesmo tempo, favorece o diálogo e o vínculo entre usuário e profissionais do serviço, pois fomenta a compreensão de como eles lidam com a doença.

Conciliar a perspectiva religiosa e espiritual do usuário com as interações e intervenções dos profissionais de saúde é assegurar a atenção integral, visando o bem-estar através desta rede de apoio, pois a psoríase afeta diferentes dimensões do sujeito. Os aspectos físicos, emocionais, psicológicos e sociais são tão importantes quanto os aspectos espirituais e/ou religiosos. A religiosidade e a espiritualidade se caracterizam como positivas demonstrando ser favorável ao tratamento e ao enfrentamento da doença. Os indivíduos com psoríase, além do acompanhamento da equipe multiprofissional de saúde, necessitam encontrar um ponto de conforto e equilíbrio, no qual a religião e/ou a espiritualidade podem ofertar, e, compreender esta

dimensão humana é essencial.

REFERÊNCIAS

- CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, T. P.; CARVALHO, C. C.; GRACELLI, C.S.M.; LIMA, R. S.; TERRA, F. S.; NOGUEIRA, D. A. **Associação entre Bem-Estar Espiritual e Autoestima em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise.** Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica, 28(4), 737-743, 2015.
- DUARTE, A. A., MACHADO-PINTO, J. **Artrite Psoriásica e Comorbidades.** cap. 3 pag. 31 - 36 IN: Dermatologia, Sociedade Brasileira; Consenso Brasileiro de Psoríase - Guias de avaliação e tratamento Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2 ed. 172 p. Rio de Janeiro, 2009.
- DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. **Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica.** Psicologia: teoria e pesquisa, v. 27, n. 1, p. 49-53, jan./mar. 2011.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa.** 1^a ed, Porto Alegre, 2009.
- GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O. & PINTO, M. H. (2011). **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** Rev Bras Enferm, 54, 53-59.
- GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. **O impacto da espiritualidade na saúde física.** rev. psiq. clin. 34, supl 1; 88-94, 2007.
- KAUARK, F; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Itabuna: Via Litterarum, 2010. 88 p.
- KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade.** Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.
- KOVÁCS, M. J. **Espiritualidade e Psicologia – Cuidados Compartilhados.** O mundo da saúde, São Paulo: 2007: abr/jun 31(2):246-255
- KURIZKY, P. S. **Avaliação da ocorrência da disfunção sexual nas pacientes com psoríase e artrite psoriásica: estudo tipo caso – controle de 150 mulheres brasileiras.** Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Programa de Pós – Graduação em Ciências Médicas: 2013.
- LEME, R.,J. A. Psiconeurobiologia da Fé. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina.** 1 ed. Belo Horizonte, MG:INEDE, 2008, 250 – 279.
- LISSI, A. L.M.; SANTOS, T. R.; LOURES, M. C. **Espiritualidade e a Fé no Cuidar.** Estudos, Goiânia, v. 37, n. 1/2, p. 187-217, jan./fev. 2010.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- MARTINS, A. G., ARRUDA, L., MUGNAINI, A. S. B. **Validação de questionários de Avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase.** Rio de Janeiro, pg. 521 – 535, set/out 2004.
- MENDES, A.R.; DOHMS, K. P.; LETTNIN, C.; ZACHARIAS, J.; MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. **Autoimagem, Autoestima e Autoconceito: Contribuições Pessoais e Profissionais na Docência.** In: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 2012, Caixias do Sul. p. 1- 13.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. - **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade**. Petrópolis, RJ., 21^a ed., Vozes, 2002.

MIOT, L. D. B. Qualidade de vida. cap. 6 pag. 69 - 76 IN: Dermatologia, Sociedade Brasileira; **Consenso Brasileiro de Psoríase - Guias de avaliação e tratamento Sociedade Brasileira de Dermatologia**. 2 ed. 172 p. Rio de Janeiro, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução Ananyr3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIZZARDI, C. D. L.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. **Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor**. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo: 2010;34(4):483-487

ROMITI, R.; ARNONE, M.; MARAGNO,L.; FONSECA TAKAHASHI, M. D. **Psoríase na infância e na adolescência**. 2009, vol. 84, no1, pp. 9-22.

SAAD, M.; ALMEIDA, C. I.. **Medicina integrativa**. Einstein: educ. contin. Saúde, v. 6, n. 3, p. 135-136, 2008. (Parte 2).

VASCONCELOS, E. M. **Espiritualidade na educação popular em saúde**. Cad. Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER GÁSTRICO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA NO PERÍODO DE 2010 A 2014

Deliane Silva de Souza

Universidade do Estado do Pará, Curso de
Enfermagem.
Belém-PA

Jaqueleine Dantas Neres Martins

Universidade do Estado do Pará, Curso de
Enfermagem.
Belém-PA

Samara Machado Castilho

Universidade da Amazônia, Curso de
Enfermagem.
Belém-PA

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Enfermeira graduada pela Universidade do Estado
do Pará. Supervisora do Projeto Registro de
Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registro
Hospitalar de Câncer (RHC) da Secretaria de
Saúde do Estado do Pará – SESPA.
Belém, Pará.

Luan Cardoso e Cardoso

Universidade do Estado do Pará, Curso de
Enfermagem.
Belém-PA

Luan Ricardo Jaques Queiroz

Universidade do Estado do Pará, Curso de
Enfermagem.
Belém-PA

Fernanda Carmo dos Santos

Faculdade da Amazônia, Curso de Enfermagem.
Belém-PA

Luciana Ferreira dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal

do Pará. Médica graduada pela Universidade
Federal do Pará, e Coordenadora do Projeto
Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)
e Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da
Secretaria de Saúde do Estado do Pará – SESPA.
Belém, Pará.

RESUMO: O câncer gástrico caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células que inicia em qualquer parte do estômago e invadem tecidos e estruturas próximas. Tem-se como objetivo, caracterizar o perfil epidemiológico do Câncer gástrico na área de cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Belém e Ananindeua. Estudo descritivo, retrospectivo, temporal, construído a partir de dados secundários referentes a 2010 a 2014. A coleta foi feita através das variáveis de interesse ao estudo como: número de casos diagnosticados por ano, sexo, idade etnia, escolaridade, morfologia. Para elaboração do texto foi utilizado o software Word 2007, e para tabelas e planilhas, o Excel 2007. De acordo com os dados obtidos foram diagnosticados 2.061 de câncer gástrico; quanto à distribuição de casos pelo gênero, mostrou ser evidente que o maior índice da doença prevaleceu entre os indivíduos do sexo masculino. Notou- se que a faixa etária mais acometida varia entre 35 a 75 anos; a maioria considerou-se de etnia parda

e prevaleceu-se a baixa escolaridade até 8 anos de estudos no período analisado. O principal meio de diagnóstico foi a histologia do tumor primário (98%); quanto a descrição morfológica, o adenocarcinoma e carcinoma de células em anel de sinete foram os mais encontrados. Conclui-se que, as neoplasias gástricas compõem números expressivos de casos de neoplasias no Estado. Sugere-se ainda, a realização de mais estudos e de uma maior preocupação dos profissionais de saúde com a identificação dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer gástrico.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Estômago; Registro; Diagnóstico;

ABSTRACT: Gastric cancer is characterized by the disordered growth of cells that starts in any part of the stomach and invade nearby tissues and structures. The purpose of this study is to characterize the epidemiological profile of gastric cancer in the coverage area of the Population-Based Cancer Registry (BCBP) of Belém and Ananindeua. Descriptive, retrospective, temporal study, constructed from secondary data referring to 2010 to 2014. The collection was done through the variables of interest to the study as: number of cases diagnosed per year, sex, age, ethnicity, schooling, morphology. For the preparation of the text was used Word 2007 software, and for tables and spreadsheets, Excel 2007. According to the data obtained were diagnosed 2,061 of gastric cancer; regarding the distribution of cases by gender, it was evident that the highest index of the disease prevailed among males. It was observed that the most affected age group ranges from 35 to 75 years; the majority were considered of brown ethnicity and prevailed the low schooling until 8 years of studies in the analyzed period. The primary means of diagnosis was the histology of the primary tumor (98%); as for the morphological description, the adenocarcinoma and carcinoma of signet ring cells were the most found. It is concluded that, the gastric neoplasias make up expressive numbers of cases of neoplasias in the State. It is also suggested that more studies and a greater concern of the health professionals with the identification of the risk factors for the development of gastric cancer be made.

KEYWORDS: Cancer; Stomach; Record; Diagnosis;

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado e rápido de um determinado grupo de células, que uma vez desenvolvidas adquirem autonomia e independência dos mecanismos desencadeantes e capacidade para invadir outros tecidos, estruturas e órgãos adjacentes (BRASIL, 2018). Segundo Farias (2017), essa capacidade de divisão e proliferação das células cancerígenas tende a promover inanição e morte das células saudáveis, com inúmeras disfunções e alterações sistêmicas.

Conforme Serra *et al.* (2016), anualmente o câncer gástrico produz inúmeras morbimortalidades em todo mundo, sendo a prevalência mais alta em países em desenvolvimento. De acordo com a Global câncer (2018), a incidência mundial de

câncer de estômago em 2018 foi aproximadamente 1 033 701 e a mortalidade no mesmo ano de aproximadamente 782 685.

O câncer é avaliado um problema de saúde pública, enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro em vista de sua amplitude epidemiológica, social e econômica. A incidência crescente de casos de neoplasia tem ocasionado uma transformação no perfil epidemiológico da população, seja pelo aumento da exposição aos fatores cancerígenos, pelo envelhecimento populacional, pelo aprimoramento das tecnologias para o diagnóstico, como também pela elevação do número de óbitos por câncer (BATISTA et al., 2015).

No Brasil, no ano de 2018 o câncer de estômago foi o quarto mais prevalente em homens com incidência de aproximadamente 13.540, e o sexto tipo de câncer mais prevalente em mulheres com estimativa de 7.750 casos. O padrão de mortalidade nos respectivos sexos foram respectivamente 9.132 e 5.132 no ano de 2018 (BRASIL, 2018).

A Portaria nº 874/GM, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) dispondo se para a realização de uma assistência integral ao paciente oncológico. Definiu como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, bem como a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Para o Ministério da Saúde (2016), didaticamente, para melhor facilitar a abordagem quanto ao estudo do câncer, diagnóstico e tratamento são estabelecidos nomenclaturas e classificações quanto ao comportamento das neoplasias. Dentre elas, o estabelecimento do sítio primário (localização anatômica), padrão morfológico, estadiamento clínico-patológico, que compreende a extensão e a infiltração do câncer para outras estruturas vizinhas e cadeia linfática.

O sítio primário do câncer gástrico pode ser subdividido quanto ao acometimento da região: cárdia, piloro, antro e sem especificações (geral). Quanto ao padrão histológico existem: o padrão histológico intestinal (diferenciado) e difuso (indiferenciado). De acordo com o INCA (2018), as formas histológicas mais prevalentes no Brasil são: Adenocarcinoma (95% dos tumores), linfoma e leiomiossarcoma.

De acordo com Valle (2017), e a Sociedade Brasileira de Cancerologia o desenvolvimento do câncer está relacionado a múltiplos fatores, tais como o genético, e a qualidade de vida, sendo este último responsável por impulsionar o desenvolvimento das neoplasias malignas em 90% dos casos.

Os hábitos de vida possuem papel considerável na formação de lesões precursoras do câncer. Torre *et al.* (2015) por exemplo, ressalta o tabagismo e o etilismo com o desenvolvimento de inúmeras neoplasias malignas, entre elas o câncer gástrico e o pulmonar. Carvalho (2016), cita as dietas hipersódicas, hipercalóricas, condimentos e

alimentos industrializados como fatores de risco para a doença.

Inúmeros estudos, dentre eles o de Ang (2014), evidencia as questões sanitárias no desenvolvimento da patologia, em especial, o preparo e armazenamento do alimento e água, os quais podem ser fontes de transmissão da bactéria *H. pylori*. Esse agente quando presente na mucosa gástrica pode induzir ao processo inflamatório local, disfunções na mucosa epitelial e possível surgimento de lesões precursoras do câncer.

Segundo Torre (2015), o câncer de estômago pode desenvolver-se e proliferar sem, no entanto, desencadear sintomatologias, inclusiva até mesmo, nas fases tardias da doença. Este fator, segundo Carvalho (2016), retarda a procura por diagnóstico, tratamento e consequentemente minimiza as chances de sobrevida aos pacientes, na qual estatisticamente, segundo estudos, entre eles o de Toneto (2018), ressalta que os pacientes após receber o diagnóstico da patologia geralmente tem sobrevida de cinco anos.

Dessa maneira, é importante destacar e reconhecer as sintomatologias gerais e específicas desta neoplasia, na qual tem como manifestações clínicas gerais: perda de peso, anorexia e astenia. Entre as manifestações clínicas específicas estão: Plenitude gástrica, sangramento digestivo, náusea e vômito (TONETO; VIOLA, 2018).

Quando há a presença dessas sintomatologias, a busca por atendimento é indispensável, segundo o Ministério da Saúde. Conforme as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma, a partir das sintomatologias em questão devem ser realizados a anamnese e o exame clínico, os quais estabelecerão os exames sequenciais a serem realizados. Normalmente, segundo as diretrizes, são realizados endoscopia digestiva, exame anatomo-patológico e imunohistoquímica, esta última é requerida quando há dúvidas na localização primária do tumor e/ou na biópsia inconclusiva quanto ao padrão morfológico.

Comprovado o diagnóstico da doença, as opções terapêuticas são implementadas conforme o padrão morfológico, a extensão e infiltração do câncer. Carvalho (2016) afirma que o tratamento também deve ser adequado as condições clínicas do paciente, recursos humanos e materiais. As opções terapêuticas mais indicadas, respectivamente pelo Ministério da Saúde são cirurgia (ressecção do tumor), quimioterapia e radioterapia. As finalidades do tratamento podem ser curativas ou paliativas, ou seja, promover conforto do paciente.

Nesse contexto, diante da elevada mortalidade do câncer gástrico, os autores Jim (2017) e Ang (2014) salientam que a prevenção primária é a melhor maneira de controlar o câncer, através da otimização das condições sanitárias, mediante, manejo e armazenamento dos alimentos de modo adequado, com vista a preservar as suas características, a fim de impedir a proliferação de bactérias. Além disso, os mesmos autores ressaltam que melhorias nos hábitos de vida são imprescindíveis, como abandonar o fumo, consumir variedade de alimentos naturais, vegetais, evitar consumir dietas com alto teor calórico e sódico, além de incluir a prática de exercícios

físicos nas rotinas.

Levando em consideração a importância de analisar o perfil do câncer de estômago, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico do câncer gástrico na área de cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional (RCPB) Belém e Ananindeua, entre os anos de 2010 a 2014.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, temporal, quantitativo construído a partir de dados secundários de caráter retrospectivo. O trabalho respeita os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, sendo facultada a aprovação do Comitê de Ética já que o estudo é descritivo e baseado exclusivamente em dados secundários.

Quanto ao instrumento e coleta de dados esta foi feita através de análise de fichas com as principais características dos pacientes acometidos com câncer gástrico nos municípios de Ananindeua e Belém, estes sendo áreas de cobertura do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), compreendendo o período entre 2010 à 2014.

O RCBP-PA integra a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), sendo responsável pela coleta de dados de todos os casos confirmados e/ou suspeitos em municípios de abrangência do Estado. Os dados são compilados através de exames de laboratórios, prontuários de hospitais, assim como outros meios de extração de informações.

Para melhor catalogação dos dados, estes foram divididos em variáveis específicas, sendo elas: número de casos diagnosticados por ano, sexo, idade, etnia, escolaridade e morfologia.

Para elaboração do texto foi utilizado o software Word 2007, e para tabelas e planilhas, o Excel 2007. O processamento de dados foi realizado pelo software Bioestat (versão 5.0). Os dados foram analisados de acordo com os resultados obtidos da literatura científica para comparação entre os estudos realizados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado de acordo com os dados obtidos, foram diagnosticados 2.061 de câncer gástrico. Ao longo do período, foi observado que o durante o início do estudo em 2010 havia um decréscimo comparado aos anos posteriores havendo uma ascensão. Estes achados são observados no gráfico 1.

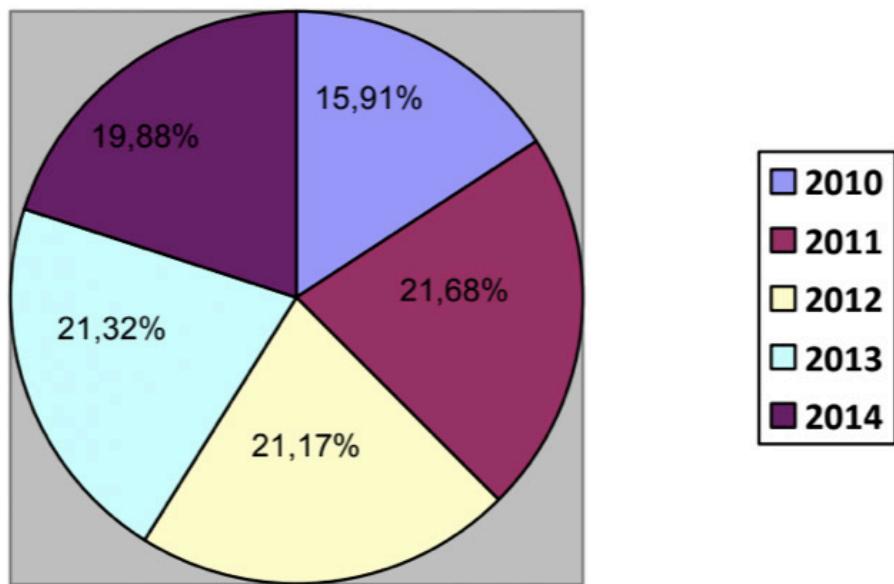


Gráfico 1: Distribuição dos casos notificados de Câncer Gástrico nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2010 a 2014.

Identificou-se que em relação ao gênero, o masculino foi o mais acometido. Estudos mostram que os homens têm um risco maior de desenvolver o câncer gástrico quando comparado às mulheres, resultado similar aos estudos de Carvalho (2016) onde 70% dos casos acometeram o sexo masculino confirmado com os achados do presente estudo.

O tumor gástrico está entre os que mais matam no Brasil, é o terceiro de maior ocorrência nos homens e o quinto nas mulheres (SANTOS et al. 2018).

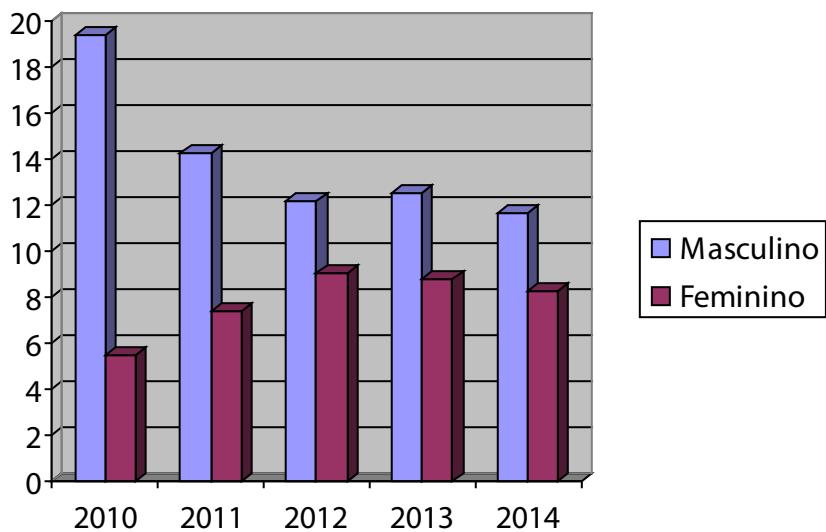


Gráfico 2: Distribuição dos casos de Câncer Gástrico de acordo com o gênero nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2010 a 2014.

Segundo estudos, o baixo nível socioeconômico, de forma isolada, não é um fator que aumenta o risco de CA, mas a correlação com vários fatores de risco associa-se

aos casos de CA gástricos (RUIVO et al., 2016). Nos estudos de Alves e colaboradores (2018) sobre a mortalidade de câncer gástrico realizado em Maranhão evidenciou a predominância de indivíduos que possuíam escolaridade incompleta.

Escolaridade						
Ano	Nenhuma (%)	Fund. I (%)	Fund. II (%)	Ens.Médio (%)	Superior completo/incompleto (%)	Sem informação (%)
2010	20,31	23,49	23,17	17,46	7,93	7,61
2011	16,54	24,46	29,25	17,02	5,755	6,95
2012	20,99	23,35	22,83	27,29	4,72	8,13
2013	19,90	23,34	22,85	22,85	4,42	6,63
2014	28,24	16,28	21,88	18,32	5,34	9,93

Quadro 1: Distribuição dos casos de Câncer Gástrico nos municípios de Belém do Pará e Ananindeua no período de 2010 a 2014 de acordo com a escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

A incidência de câncer gástrico aumenta marcadamente com a idade. Algumas pesquisas sugerem que o risco individual de câncer de estômago é estabelecido próximo ou abaixo dos 40 anos e que o aumento de sua expressão ocorre de forma previsível. A incidência aumenta progressivamente com a idade, com pico de incidência entre 50 e 70 anos (ZHOU, 2016).

Observou-se que assim como em outros estudos como de Santos et al. (2018) a incidência de câncer gástrico aumenta, significativamente, com a idade. Corroborando com outros estudos que relatam que o risco individual de câncer de estômago sugere próximo ou abaixo dos 40 anos e que o aumento de sua expressão ocorre de forma previsível depois disso.

Faixa Etária

Ano	22 a 39 (%)	40 a 59 (%)	60 a 69 (%)	<70 (%)
2010	5,55	35,29	25,81	33,33
2011	6,97	26,20	27,64	39,18
2012	8,06	31,05	24,93	35,94
2013	5,06	34,17	25,82	34,93

2014	5,57	44,82	23,07	36,87
-				

Tabela 1: Distribuição dos casos de Câncer nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2010 a 2014 de acordo com a faixa etária.

Fonte: Elaboração própria

No resultado do estudo em relação à cor da pele: branco 12, 2% (237); parda 53,21 (1,033%); preta 4,99% (97); indígena 0,20% (4); e sem informação 28,90% (561). Entretanto, é necessário atentar para o aspecto à falta ou incompletude de informações. Os achados de Martins (2017) , em sua pesquisa ratificaram que em relação à cor da pele houve a prevalência da parda assim como nesta pesquisa.

Quanto a descrição da morfologia 45,23% (878) eram adenocarcinoma sem outras especificações (SOE); 23, 54% (457) Neoplasia maligna SOE; 7,41% (144) Carcinoma de células em anel de sinete; 0,15% (3) Carcinoma “in situ”; 7,72 % (150) outras morfologias .

Correa (2013) refere que quanto ao tipo histológico ,o mais frequente de é o adenocarcinoma, sendo altamente heterogêneo em relação à arquitetura e crescimento, diferenciação celular, histogênese e patogênese molecular. Esta variedade explica em parte a diversidade de esquemas de classificação. Várias classificações têm sido propostas ao longo dos anos, com base em diferentes aspectos, incluindo histopatologia, aspectos clínicos e características endoscópicas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as neoplasias gástricas compõem números expressivos de casos de neoplasias no Estado do Pará. Sugere-se ainda, a realização de estudos e de uma maior preocupação dos profissionais de saúde com a identificação dos grupos e fatores de risco para desenvolvimento do câncer gástrico, de políticas de saúde que efetivem a prevenção, detecção precoce, o diagnóstico e o controle da doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. S. et al. Câncer gástrico e o impacto da mortalidade no Maranhão. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Vol.22,n.1,pp.23-28 (Mar – Mai 2018). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-2720>

Acesso em: 02 de Dez de 2018

ANG, T.L; FOCK, K.M. Clinical epidemiology of gastric cancer. **Singapore Medical Journal**. v.55, n.12, pág. 621-628, 2014. Disponível em:< 10.11622 / smedj.2014174>. Acesso em 03 dez 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER GÁSTRICO. CÂNCER GÁSTRICO. Disponível em <<http://www.abcg.org.br/?pg=10HYPERLINK>>. Acesso em: 09 Dez 2018.

BATISTA, D. R. R. Convivendo com o câncer: diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm UFSM 2015 Jul./Set.;5(3):499-510. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>. Acesso

em: 02 de Dez de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html Acesso em 05 dez 2018;

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de estômago. 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_DDT_AdenocarcinomaEstomago.pdf>. Acesso em 05 dez 2018;

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer abordagens básicas para o controle do câncer. 4 ed- Rio de janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br>>. Acesso em 5 dez 2018;

CORREA, P. Gastric cancer: overview. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 42, n. 2, p. 211-217, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639637> Acesso em 05 dez 2018;

CARVALHO, F.L.N. Análise do perfil clínico epidemiológico, epidemiológico e histopatológico do câncer gástrico na população de Roraima. 2016. **Monografia** (Trabalho de conclusão da Graduação em Medicina)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista. Disponível em: <https://ufrr.br/medicina/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=16:categoria&Itemid=263>. Acesso em: 05 dez 2018;

FARIAS, M.S; PONTE, K.M.A; GOMES, D.F; MENEZES, R.S.P. Câncer gástrico e seu dimensionamento nas Redes de Serviço: Estudo bibliográfico. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v.4, n.1, pág. 48-57, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2017.4.1.4>>. Acesso em 03 dez 2018;

JIM, A.M et al. (Sobrevivência de câncer de estômago nos Estados Unidos por raça e estágio (2001-2009): resultados do estudo CONCORD - 2) **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v.23, n. pág. 4994-5013, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cncr.30881>>. Acesso em 03 dez 2018.

MARTINS, T. da C. Perfil epidemiológico e expressão de HER2 em pacientes com carcinoma gástrico atendidos em dois centros de referência na cidade de Manaus-AM / Ticiane da Costa Martins. 2017 78 f. Disponível em https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/6212/5/Dissertação_Ticiane%20Martins.pdf Acesso em 03 dez 2018.

RUIVO, E. A. B. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoglásia de esôfago e estômago em um hospital escola de São José do Rio Preto, SP. **Rev Fac Ciênc Méd** Sorocaba. 2017;19(4):189-95. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322780235_Perfil_sociodemografico_e_clinico_de_pacientes_com_neoplasia_de_esofago_e_estomago_em_um_hospital_escola_de_Sao_Jose_do_Rio_Preto_SP. Acesso em 03 dez 2018.

SANTOS, S. S.S. et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com câncer gástrico em um hospital de referência. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Vol.23,n.2,pp.24-28 (Jun - Ago 2018). Disponível em: XXX Acesso em:

SERRA, M.S; CUEVA, P; BRAVO, L.E; FORMAN, D. Carga de câncer de estômago na América Central e do Sul. **Epidemiology câncer**. v.44, n.01, pág.62-73, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.03.008>>. Acesso em 01 dez 2018;

TONETO, M.G; VIOLA, L. Estado atual do tratamento multidisciplinar do Adenocarcinoma gástrico. **Arquivos Brasileiro de Cirurgia Digestiva**. v.31, n.2, pág.1-4, 2018. Disponível: <>. Acesso em 05 dez 2018;

TORRE, L.A et al. Global cancer statistics, 2012. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v.65, n.2,

pág.87-108, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/caac.21262>>. Acesso em 03 dez 2018;

VALLE, T.D; TURRINI, R.N.T; POVEDA, V.B. Fatores intervenientes para o início do tratamento com câncer de estômago e colorretal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.25, n., pág., 2017. Disponível em: <[10.1590/1518-8345.1493.2879](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879)>. Acesso em 03 dez 2018;

Zhou F, Shi J, Fang C, Zou X, Huang Q. Gastric carcinomas in young (younger than 40 years) chinese patients: clinicopathology, family history, and postresection survival. Medicine. 2016; 95(9). Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26945372&prev=search>. Acesso em: 12 de Dezembro de 2018

ASCUS ASSOCIADO AO HPV E CONDUTA CLÍNICA PRECONIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Angélica de Oliveira Luciano Vilela

Biomédica. Especialista em Citopatologia Ginecológica. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Faculdade Unidas de Campinas – FACUNICAMPS e Instituto Health. Goiânia-Goiás.

Ana Claudia Camargo Campos

PhD. Departamento de Microbiologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Diretora do Instituto Health e professora da Faculdade Estácio de Sá de Goiás. Goiânia - Goiás.

Sandra Oliveira Santos

Mestre em Biologia. Universidade Federal de Goiás, professora da Faculdade Estácio de Sá de Goiás e orientadora de TCC do Instituto Health. Goiânia - Goiás.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Falta de uniformização de critérios citológicos e conduta clínica indecisa diante ao resultado ASCUS, geram riscos à paciente de evolução da infecção pelo HPV. OBJETIVO: Propor análise da importância da abordagem sobre ASCUS e sua associação com a infecção pelo vírus HPV, bem como a conduta clínica preconizada. METODOLOGIA: Revisão bibliográfica de artigos que abordassem o histórico do Sistema de Bethesda e a evolução da citologia,

relatos de câncer de colo uterino associados à laudos positivos para ASCUS com infecção subsequente por HPV e, discussão sobre conduta clínica preconizada. RESULTADO E DISCUSSÃO: Resultados positivos para ASCUS têm uma alta prevalência de detecção posterior para o vírus HPV. Existe uma vasta literatura sobre a associação do vírus HPV e o carcinoma cervical, mostrando que alguns aspectos ainda são controversos. A identificação do DNA desse vírus, na triagem de citologias que tiveram resultado ASCUS, tem se tornado padrão na prática médica atual. Porém, as taxas de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero, continuam altas em países em desenvolvimento por seu combate depender quase que exclusivamente do exame citológico, não se obtendo especificidade no diagnóstico/tratamento. CONCLUSÃO: A padronização dos Programas de Controle de Câncer do Colo Uterino, assim como o aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela realização do exame citológico e o adequado encaminhamento do paciente, minimizará as estimativas que conduzem a evolução da doença.

PALAVRAS-CHAVE: HPV, ASC, teste de Papanicolaou, carcinoma in situ e neoplasia do colo do útero.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Lack of uniformity of cytological criteria and undecided

clinical conduct in relation to the ASCUS result, generate risk to the patient of evolution of the HPV infection. OBJECTIVE: To propose an analysis of the importance of the ASCUS approach and its association with HPV infection, as well as the recommended clinical management. METHODOLOGY: Bibliographical review of articles addressing the history of the Bethesda System and the evolution of cytology, reports of cervical cancer associated with positive reports for ASCUS with subsequent HPV infection, and discussion on recommended clinical management. RESULTS AND DISCUSSION: Positive results for ASCUS have a high prevalence of subsequent detection for the HPV virus. There is a vast literature on the association of the HPV virus and cervical carcinoma, showing that some aspects are still controversial. DNA identification of this virus, in the screening of cytologies that have resulted ASCUS, has become standard in current medical practice. However, rates of morbidity and mortality from cervical cancer remain high in developing countries because of their reliance on the cytological examination almost exclusively, and specificity in diagnosis / treatment is not obtained. CONCLUSION: The standardization of Cervical Cancer Control Programs, as well as the improvement of the professionals responsible for performing the cytological examination and the adequate referral of the patient, will minimize the estimates that lead to the evolution of the disease.

KEYWORDS: HPV, ASC, pap smear, carcinoma in situ and cervical neoplasia.

1 | INTRODUÇÃO

Após a introdução da análise do esfregaço celular por Geórgios Papanicolaou, em 1940, como método de detecção do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras, diferentes terminologias têm sido utilizadas para descrever o diagnóstico citológico¹. A classificação de Papanicolaou é baseada em critérios citológicos e divide, de acordo com a Associação Brasileira de Genitoscopia², as alterações em cinco grupos: classe I (epitélio normal, ausência de atipias), classe II (células anormais sem malignidade, alterações inflamatórias), classe III (sugestiva, mas não conclusiva de malignidade), classe IV (fortemente sugestiva de malignidade) e classe V (conclusivo para malignidade).

Em 1953, James W. Reagan se preocupou com os aspectos histológicos e, para tentar corrigir os desencontros de interpretação entre a citologia e a histologia que ocorria na classificação de Papanicolaou, introduziu o termo “displasia” para igualar os temos utilizados nas duas áreas. Essa classificação se divide em: normal; com atipia; displasia leve/moderada/acentuada (de acordo com o grau de comprometimento do epitélio); carcinoma in situ; carcinoma escamoso ou adenocarcinoma. No entanto, também se baseava em critérios morfológicos, atendendo bem ao patologista, mas pouco se relacionava com o prognóstico da lesão, gerando dúvidas quanto à conduta clínica como, quando se encontra uma displasia moderada já é recomendado se fazer uma colposcopia? Ou, diante de uma displasia acentuada já poderia se fazer

uma biópsia para evitar a evolução da doença? Portanto, o diagnóstico continuava inespecífico².

Em 1967, Reid M. Richart, acreditando serem as displasias parte de um processo contínuo que podem evoluir para o câncer, classificou-as em: neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I), correspondente à displasia leve; neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II), referente à displasia moderada e, neoplasia intra-epitelial grau III (NIC III), correspondente à displasia severa e carcinoma in situ³.

Em 1988, um pequeno grupo de citologistas, histopatologistas e participantes no tratamento de pacientes participaram de um encontro promovido pelo NCI (Instituto Nacional do Câncer) em Bethesda, Maryland (EUA). Este tinha por objetivo desenvolver um sistema de descrição de resultado dos esfregaços citopatológico cérvico-vaginal Papanicolaou (PAP), de forma a ficar claro e relevante para o clínico. Porém, a nova nomenclatura proposta gerou um confronto, pois substituía uma classificação utilizada há décadas, eliminando a categoria diagnóstica displasia. Na prática, o termo “displasia” apresentava pouca reproduzibilidade entre os observadores. Então, o Sistema de Bethesda propôs uma divisão em duas partes, lesões intra-epiteliais escamosa de baixo e alto grau (LSIL e HSIL), substituindo o que anteriormente se subdividiam em NIC 1, 2, 3 e o carcinoma in situ⁴.

Em 2001, ocorreu o encontro mais recente para rever e revisar a terminologia do Sistema de Bethesda, no qual ampliou seu alcance de participantes envolvidos através do uso da Internet, onde mais de 2.000 comentários foram acatados antes do encontro físico que reuniu mais de 400 participantes vindos de mais de 24 países. Esse encontro gerou a confecção do primeiro Atlas The Bethesda System (TBS) na web servindo como apoio ao livro Sistema de Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal⁴.

Após a introdução do Sistema de Bethesda e seu Atlas online, afirmou-se que o projeto fora realizado de forma flexível para evoluir de acordo com as necessidades do teste de triagem (screening) e da evolução da patologia do câncer cervical. Assim, concluíram que o TBS, ao invés de responder às mudanças no campo da carcinogênese, ele estabeleceu direcionamentos em diversas áreas, desempenhando um papel vital no início de uma pesquisa do câncer de colo de útero, abordando novas estratégias de tratamento e incorporando novas tecnologias de citologia cervical⁴. De acordo com Pomar (2005) um sistema de nomenclatura como este, estabelece uniformidade na comunicação entre todos os profissionais responsáveis por diagnósticos em citologia cervical⁵.

De todas as alterações introduzidas pelo Sistema de Bethesda, a que mais trouxe problemas foi a “Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado” – ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)⁴. O termo ASCUS, foi introduzido em 1988 com a finalidade de facilitar o diagnóstico de células escamosas com anormalidade que não preenchem os critérios encontrados em condições inflamatórias reativas, pré-neoplásicas ou neoplásicas. Refere às alterações sugestivas tanto de lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL- Low Grade Squamous Intraepithelial

Lesions) como de lesão intra-epitelial escamosa de grau indeterminado (SIL). Na mais recente revisão do Sistema de Bethesda, enfatizou-se a importância de determinar as atipias em normal ou abrigar a um SIL. Para as que se enquadravam em uma SIL, ficaram divididas em duas subcategorias: células escamosas atípicas de significado indeterminado, ASC-US e, células escamosas atípicas, onde não é possível excluir uma lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL - High Grade Squamous Intraepithelial Lesion), ASC-H.⁶

O uso do termo ASCUS está cada vez mais discutível, devido à falta de uniformização de critérios citológicos dessa anormalidade, quanto também à facilidade que esta classificação traz em casos de indecisões diagnósticas que, por falta de conhecimento sobre a conduta clínica frente a esse resultado, leva-se a um diagnóstico errôneo. Para minimizar essa situação, é importante que ocorra o aperfeiçoamento contínuo do profissional escrutinador, para que uma adequada conduta laboratorial associada a critérios específicos para classificação e associação com infecção pelo *Human papillomavirus*⁷ (HPV), reduza a gravidade da morbidade e diminua taxas mortalidade por essa causa.

Assim, propõe-se nessa pesquisa analisar e ressaltar a importância da abordagem sobre ASCUS e sua associação com a infecção pelo vírus HPV, bem como a conduta clínica preconizada.

2 | METODOLOGIA

Foram analisadas publicações indexadas em plataformas virtuais livres. Não houve delimitação por período. As buscas foram realizadas com os termos contidos no Decs Lilacs: HPV; ASC; teste de Papanicolaou; Colo do Útero; Carcinoma in situ; Neoplasia do Colo do Útero. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos que abordassem o histórico do Sistema de Bethesda juntamente com a evolução da citologia; relatos do screening (teste de triagem) de câncer de colo uterino associados à laudos positivos para ASCUS com infecção subsequente por HPV; e apresentar abordagem sobre conduta clínica preconizada. E o critério de exclusão utilizado foi: estudos que não associassem HPV à ASCUS. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revista científica para divulgação de informações de relevância para melhora da assistência a saúde, relacionados ao controle mais eficaz da prevalência de laudos positivos para ASCUS.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

O exame Papanicolaou é uma técnica de detecção do câncer de útero que desde 1940 vem se difundindo pelo mundo¹. Esse exame permitiu identificar com alterações celulares pré-maligna na cérvix uterina, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo de útero³. No entanto,

somente na década de 70, o conhecimento acerca da etiologia da doença resultou em considerável avanço. Estudos constataram que tal associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão sexual. Harold Zur Hausen, um infectologista alemão, constatou que o *Human papillomavirus* (vírus HPV) poderia ser esse agente estabelecendo inicialmente a relação do vírus com as verrugas e condilomas. Somente anos mais tarde, o vírus foi relacionado com o desenvolvimento do carcinoma de colo uterino⁸.

O HPV é um vírus DNA que pertence à família *Papillomaviridae*, apresentando forma icosaédrica não envelopada e genoma circular, composto por dupla fita de DNA, possuindo três vias de transmissão: sexual, não sexual (familiar ou hospitalar) e materno-fetal (gestacional, intra ou periparto). Atualmente existem mais de 100 tipos de HPV identificados, 30 deles já encontrados em infecções da mucosa anogenital. São divididos em baixo-risco (HPVs tipo 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 81), onde geralmente na clínica se encontra verrugas genitais, e de alto-risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82). Os tipos HPV 16 e 18 são relacionados aos casos de câncer cervical invasivo em aproximadamente 70% das pacientes e em 90% com lesões intra-epiteliais graves. Estimativas indicam que infecções pelo HPV ocorrem em até 75% das pessoas sexualmente ativas⁹.

Os testes de detecção de HPV como complemento à citologia cervical nos programas de rastreamento de câncer de útero são: Captura Híbrida e Reação em Cadeia de Polimerase (PCR). A captura híbrida é um método largamente utilizado devido à alta sensibilidade e a facilidade para a prática clínica de rotina. Essa técnica se baseia na hibridização de DNA viral de único filamento de RNA que reconhecem 13 tipos de HPV de alto-risco e 5 tipos de HPV de baixo risco. RNA/DNA - híbridos são combinados com anticorpos anti-híbridos marcados e um substrato quimioluminescente, que emite luz medida por um luminômetro. A presença ou ausência de DNA de HPV é definida de acordo com a força em unidades relativas de luz (RLU) comparada com 1pg/ml de controle positivo de DNA de HPV¹⁰. A técnica de PCR permite a amplificação de sequências de ácido nucléico específico. Para amplificar a fita de DNA viral, a sequência de nucleotídeos deve ser conhecida. Com primers apropriados e condições de temperatura, a síntese de uma fita complementar procede automaticamente por ligação de nucleotídeos livres usando a enzima DNA-polimerase. Cada ciclo sucessivo dobrará a quantidade de DNA, produzindo 230 vezes DNA após 30 ciclos. Após poucas horas, pequenas quantidades de DNA (nanogramas) podem ser transformadas em grandes quantidades (miligramas), que podem ser facilmente manipuladas¹¹.

A identificação do DNA desse vírus, na triagem de citologias que tiveram resultado ASCUS, tem se tornado padrão na prática médica atual. Estudos afirmam que a detecção de DNA de HPV de alto risco é útil no complemento de um resultado citológico anormal e que nas mulheres com ASCUS, a presença desse grupo de HPV aumenta substancialmente a chance de evoluir para o câncer de colo¹.

A expressão “ASC” (Células escamosas atípicas) era a interpretação mais ampla

definindo células escamosas atípicas de significado indeterminado. Porém, em um estudo realizado nos Estados Unidos sobre a prática de laudos em mais de 700 laboratórios no ano de 1996, foi descoberto que essa classificação correspondia a uma média de 5,2% dentre todos os laudos de citologia cervical¹². Esses dados concluem que diversos laboratórios do EUA não atingiram o alvo de manter a frequência de ASC abaixo de 5%. Com isso, fez-se necessário a bifurcação da categoria ASC em ASC-US e ASC-H para que se pudesse obter uma definição mais restrita e simples para os citologistas⁴.

ASC-US não representa uma individualidade diagnóstica, pois ela inclui alterações não relacionadas com o HPV e/ou neoplasia. Estudos apresentam que cerca de 50% das mulheres com ASC-US estão infectadas pelos tipos de alto risco oncogênico do HPV, o restante das mulheres não se encontra sob risco de evolução para o câncer. Nesse último caso, ocorre por causa de diversas condições não-neoplásicas e também não relacionadas com a infecção pelo HPV, mesmo apresentando alterações citológicas similares às classificadas como ASC-US, como por exemplo, inflamação, dessecamento, atrofia com degeneração e outros artefatos⁴.

O ASCUS se refere às alterações sugestivas tanto de LSIL como de SIL de grau indeterminado pois, apesar de a maioria das análises de ASCUS serem sugestivas de LSIL, o qualificador “significado indeterminado” se encaixa em aproximadamente 10 a 20% das mulheres portadoras de ASCUS apresentando um NIC 2 ou NIC 3 como prognóstico. O ASC-H é uma designação reservada para a minoria dos casos de ASC (espera-se que menos de 10%) onde as alterações citológicas são sugestivas de lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL). A probabilidade de ASC-H estar associado a detectar um NIC 2 ou NIC 3 posteriormente é maior que ASCUS, porém a possibilidade de o prognóstico passar das definitivas de HSIL são menores¹³.

Visto que a interpretação dos critérios citomorfológicos no diagnóstico de ASCUS envolve subjetividade e conduz à baixa reproduzibilidade interpessoal, devido que algumas alterações citoplasmáticas como paraceratose (processo anormal da maturação onde a queratinização das células superficiais do epitélio é incompleto) e coilocitose (vacuolização perinuclear e extranuclear), associadas a uma infecção pelo HPV estão presentes em ambos diagnósticos⁶, alguns critérios para citologia oncológica pelo método de Papanicolaou foram estipulados para se chegar à conclusão de ASCUS frente a uma lâmina com: (1) os núcleos são aproximadamente 2,5 a 3,0 vezes maior comparado a de uma célula escamosa intermediária normal; (2) proporção núcleo e citoplasma ligeiramente aumentada (N/C); (3) hiperchromasia nuclear mínima e irregularidade na distribuição da cromatina nuclear; (4) anormalidades nucleares associadas a citoplasma com paraceratose atípica¹⁴.

A correlação histológica de ASCUS se mostra indefinida devido a um amplo leque de possibilidades que varia desde o achado de normalidade até carcinoma escamoso invasor, não havendo, portanto, uma correlação direta entre o diagnóstico citológico e histológico¹⁵. Frente a essa indefinição e dissociação indireta entre o citológico e o

histológico, surgiram diversas opiniões divergentes em relação à clínica e/ou terapêutica das pacientes com o diagnóstico ASCUS. Dentre elas, se discute a repetição da citologia cérvico-vaginal, a colposcopia (exame da vagina e do colo do útero através de um coloscópio), biópsia e teste de captura híbrida para HPV (teste de DNA do HPV). A quantidade de pacientes com neoplasias e a severidade das alterações neoplásicas encontradas no diagnóstico inicial de ASCUS são os fatores críticos que determinam a necessidade de seguimento nas portadoras deste. No entanto, a conduta correta sempre foi discordante entre os estudiosos. Essas discussões se baseiam no que se deve proceder de forma mais adequada com o objetivo de impedir que uma lesão cervical evolua para estágios mais avançados, os quais resultam em tratamentos mais desconfortáveis à paciente¹⁶.

Na tentativa de minimizar os controversos diagnósticos, o Ministério da Saúde juntamente com o INCA publicou em 2011 a revisão e atualização das recomendações para o rastreamento, substituindo a anterior publicada sob o título de Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (2006). As recomendações consolidadas nesta publicação representam as diretrizes para o rastreamento de câncer de colo de útero na atenção primária (promoção e proteção à saúde), secundária (especializada) e terciária (hospitalar) à saúde. E, afirma-se que, atualmente as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero. Segundo dados registrados no SISCOLO em 2009, no Brasil, o diagnóstico citológico de “ASC” representou 1,4% de todos os exames realizados e 53,5% de todos os exames alterados¹⁷.

Para controlar o uso ilimitado dos diagnósticos ASCUS, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2006) definiu a estimativa de que para cada laboratório o número destes casos deve ficar por volta de 5% da quantidade total de exames citológicos realizados. Porém, ainda permanece na controversa a importância desta anormalidade diante da divergência entre conduta clínica e o diagnóstico laboratorial¹⁷.

Observa-se similaridade de recomendações de conduta diante a uma mulher com ASCUS quando comparadas as diretrizes formuladas para os Estados Unidos¹⁸, Austrália¹⁹, França²⁰, Nova Zelândia²¹ e Reino Unido²². Uma análise dessas diretrizes apontou a convergência de recomendações para a repetição da citologia entre seis e 12 meses. Em função de evidências de que o tempo médio para clareamento da infecção pelo HPV é de seis a 18 meses e, como a infecção pelo HPV oncogênico é mais persistente nas mulheres com 30 anos ou mais, na Nova Zelândia, por exemplo, utilizam o ponto de corte de 30 anos para determinar o intervalo de 12 meses para repetição da citologia, pois essas têm maior probabilidade de apresentarem lesões pré-invasivas²¹. Em alguns países recomendam a utilização do teste de identificação para HPV oncogênico que, caso positivo, é critério para encaminhamento para colposcopia. Todavia, em função do alto custo do teste no mercado brasileiro, o encaminhamento para a colposcopia é determinado caso o resultado ASCUS seja mantido, já que a

repetição do exame citopatológico cumpre o objetivo de identificar as mulheres que realmente precisam de colposcopia²².

As recomendações de conduta, segundo o protocolo de prevenção e controle do câncer de colo de útero de Belo Horizonte, publicado em 2008, indicam que as mulheres que apresentam ASCUS como diagnóstico devem ser submetidas ao tratamento de infecções associadas (se houver) e à nova coleta citológica após 04 meses²³. Na persistência deste diagnóstico, as pacientes devem ser encaminhadas a serviço de colposcopia. Nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e demais estados com realização do exame citopatológico em alta demanda, as recomendações de conduta se convergem na separação das mulheres em dois grupos, inferior e com 30 anos ou mais. Diante de um resultado de exame citopatológico de ASCUS, para o grupo de inferiores a 30 anos, a repetição da colpocitologia está recomendada no intervalo de 12 meses. E, a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame citopatológico em um intervalo de seis meses²⁴.

Se dois exames citopatológicos subsequentes, com intervalo de seis meses (ou 12 meses se com menos de 30 anos), forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal, porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou mais significativo, a paciente deverá ser encaminhada para a colposcopia. Se houver um novo resultado diferente de ASCUS, a investigação deverá ser direcionada para o novo resultado²⁴.

Diante a uma colposcopia sem alterações, a mulher está recomendada ao retorno do rastreio com intervalo semestral ou anual dependendo da faixa etária. Em caso de aspecto colposcópico de baixo grau, a paciente poderá ser apenas acompanhada, considerando-se outros fatores como idade, rastreio prévio ou anteriormente já ter sido diagnosticada com doença cervical de baixo ou alto grau. Na colposcopia com alterações, deve-se realizar a biópsia. Se, na biópsia, o resultado for de lesão intraepitelial de alto grau ou câncer, a conduta será específica para esse resultado. Considerando-se a baixa prevalência de doença de alto grau e câncer nessas mulheres, a conduta ver-e-tratar é inaceitável²⁵.

Em conclusões, observamos que existe uma vasta literatura sobre a associação do vírus HPV e o carcinoma cervical, mostrando que alguns aspectos ainda são controversos. Apesar do avanço nos conhecimentos, as taxas de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero continuam altas em países em desenvolvimento, por ser uma patologia de evolução lenta, sem manifestação clínica no seu início e, principalmente por se tratar de uma infecção de transmissão sexual. Este estudo mostrou que resultados positivos para ASCUS têm uma alta prevalência de HPV e, em países como o Brasil, em que o seu combate ao câncer de colo uterino depende quase que exclusivamente do exame citológico, ainda são necessários esforços para que a ela seja detectada precocemente, pois são milhares de mulheres que já foram expostas ao vírus HPV, e necessitam de seguimento e tratamento adequado para uma infecção não progrida para o carcinoma.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que, ao identificar as lesões pré-cancerosas, torna-se possível o tratamento, a redução da incidência de carcinoma invasor e, consequentemente, a mortalidade por esse câncer. Este estudo relatou que 50% das mulheres com diagnóstico de ASCUS podem estar infectadas por vírus HPV de alto risco oncogênico, e que destas, de 10 a 20% sugerem NIC 2 ou NIC3 como prognóstico. Esse há muita incerteza em diagnósticos que podem ser malignos e com isso há comprometimento na qualidade dos resultados dos exames, o que aumenta consideravelmente os riscos de piora da qualidade de vida e até de morte.

A positividade do teste para HPV utilizado na triagem de pacientes com ASCUS para a colposcopia parece estar associada ao aumento de chance de detecção de NIC. Propomos que a citologia inicial de ASC-US seja revista e, se confirmado, duas estratégias podem ser seguidas: realização de teste para HPV e colposcopia se HPV alto risco positivo ou controle semestral com citologia. Nos casos classificados como normais à revisão do ASC-US, sugere-se realizar nova citológica em 6 meses

Programas de rastreamento de CCU, encaminhamento de pacientes à colposcopia e especialmente o esclarecimento à população da importância de realização de exames citopatológicos, culminarão com a redução de casos de câncer de colo uterino.

A padronização dos Programas de Controle de Câncer do Colo Uterino e o aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela realização do exame citológico e o adequado encaminhamento do paciente, minimizarão as estimativas que conduzem a evolução da doença.

REFERÊNCIAS

AMAERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **ACOG Practice Bulletin No. 99: management of abnormal cervical cytology and histology.** Obstet Gynecol. 2008;112(6):1419-44.

APGAR, B.; ZOSCHINIK, L. **The 2001 Bethesda System Terminology.** American Family Physician. Michigan, v.68, n.10, p. 1992-1998, nov. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA. **Classificações Citológicas.** Disponível em: http://www.colposcopiasp.org.br/espaco_da_mulher.php Acesso em: Ago. 2016.

AUSTRALIAN GOVERNMENT/NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic women with Screen Detected Abnormalities.** Canberra: Biotext Pty Ltd., 2005. Disponível em URL: <http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/wh39syn.html> (acessado em 13/01/2017).

BARCELOS, A. **Células escamosas atípicas de significado indeterminado: Utilização da classificação de Bethesda 2001, conduta e associação com infecção por papilomavírus humano.** 2008. Tese (doutorado) – UFTM/PATOLOGIA, 2008.

DAVEY, D.; WOODHOUSE, S.; STYER, P. et al. **Atypical Epithelial Cells and Specimen Adequacy.** Archives of Pathology & Laboratory Medicine 2000, Vol. 124, No. 2, pp. 203-211.

ELEUTERIO, J.; CAVALCANTE, D. DIAS, M. et al. **Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASCUS) – Estudo de 208 casos**. Ver. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro 2000, v.22, n.31, p. 135-139.

FRANCE. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). 2002. **Clinical Practice Guidelines. Management of a Patient with an Abnormal Cervical Smear**. 2002 Update. Disponível em http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267841/abnormal-cervical-smear-2002-update-guidelinespdf (acessado em 13/01/2017).

HALFON, P.; TREPO, E.; ANTONIOTTI, G. et al. **Prospective evaluation of the Hybrid Capture 2 and AMPLICOR human papillomavirus (HPV) tests for detection of 13 high-risk HPV genotypes in atypical squamous cells of uncertain significance**. J Clin Microbiol 2007, v. 45, n. 2, p. 313-316.

JONES, H. **Impact of the Bethesda System**. Cancer. Ed. 76, v. 19, p. 14-8, 1995.

LIMA, D.; CÂMARA, S.; MATTOS, M.; RAMALHO, R. **Diagnóstico citológico de Ascus: sua importância na conduta clínica**. Rio de Janeiro 2002, v. 38, n .1, p. 45-49.

MAGGI,Renato et al. **Comparison of repeat smear, colposcopy, and colposcopically directed biopsy in the evaluation of the mildly abnormal smear**. Gynecologic oncology, v. 35, n. 3, p. 294-296, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes para o rastreamento de colo de câncer de útero**. Rio de Janeiro (RJ). 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde**. J Bras Patol Med Lab 2006, v. 42, n. 5, p. 351-373.

NAKAGAWA, J.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. et al. **HPV e câncer de colo de útero: vírus HPV e câncer de colo de útero**. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 307-11.

NEW ZEALAND. Ministry of Health/National Screening Unit. 2008. **Guidelines for Cervical Screening in New Zealand. Incorporating the Management of womenwith Abnormal Cervical Smears**.Disponível em [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8479/\\$File/cervical-screening-guidelines-aug08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8479/$File/cervical-screening-guidelines-aug08.pdf) (acessado em 13/01/2017).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo da Saúde da Mulher**. Presidente Prudente (SP). 2015.

REGENMORTEL, V.; MARC, V. et al. **Virus taxonomy: classification and nomenclature of viruses**. Seventh report of the International Committee on Taxonomy of Viruses. Academic Press, 2000.

ROGER, A. **Human Papillomavirus Testing Methods**. Archives of Pathology & Laboratory Medicine 2003, Vol. 127, No. 8, pp. 940-945.

SHERMAN, E.; SOLOMON, D.; SCHIFFMAN, M. (for the ALTS Group). **Qualification of ASCUS. A comparison of equivocal LSIL and equivocal HSIL cervical cytology in the ASCUS LSIL Triage Study**. Am J Clin Pathol 2001; 116: 386-394.

SHERMAN, M.; WANG, S.; TARONE, R. et al. **Histopathologic Extent of Cervical Intraepithelial Neoplasia 3 Lesions in the Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study**. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev April 1 2003 (12) (4) 372-379.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. **El Sistema Bethesda para informar la citología cervical**. 1^a Edición:

224p. Buenos Aires: Ed. Journal; 2005.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal** Revinter, 2005. 192p.

SOUZA, A.; RODRIGUES, A.; AUGUSTO, D.; GUIMARÃES, F. et al. **Prevenção e controle do câncer de colo de útero: protocolos de atenção à saúde da mulher**. Belo Horizonte. 2008.

UNITED KINGDON. NHS Cancer Screening Programmes. Colposcopy and Programme management. 2004. **Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme**. Disponível em www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.html (acessado em 13/01/2017).

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Sara Silva de Brito

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade
de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Márcia Berbert-Ferreira

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade
de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Miria Benincasa Gomes

Universidade Metodista de São Paulo, Pós-
Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo - São Paulo

Adriana Navarro Romagnolo

Universidade Metodista de São Paulo, Pós-
Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo - São Paulo

Michele Cristine Tomaz

Universidade Metodista de São Paulo, Pós-
Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo - São Paulo

Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) em sua versão brasileira adaptada e validada por Santos (1995) e Questionário Sócio demográfico. Para a avaliação estatística, usou-se o Teste de Correlação de Spearman, com significância estatística de 5%, $\alpha < 0,05$. Resultados: foram selecionadas 82 mães, dentre as quais 20,73% apresentaram indicativos de depressão. Apresentou-se como possível risco para a depressão no período pós-parto os seguintes fatores: baixa renda, baixa escolaridade, faixa etária entre 20 a 30 anos, estado civil “namoro”, ausência de participação em aulas preparatórias ou de grupos apoio materno-infantil, via de parto cesáreo, ausência de acompanhante durante o parto, bebê do sexo masculino. Conclusões: embora novos estudos sejam necessários para melhor caracterizar a prevalência e fatores de risco de risco associados à DPP no Brasil, as evidências disponíveis justificam uma atenção prioritária para os agravos à saúde mental materna no âmbito da saúde pública no país.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Pós-Parto; Epidemiologia; Condições Socioeconômicas.

ABSTRACT: Objectives: to know the prevalence of postpartum depression (PPD) in mothers of single childs with 0-42 months of age, gestation and delivery without intercurrences, non-institutionalized and cared for by relatives of first degree and to compare the relationship between

RESUMO: Objetivos: conhecer a prevalência de indicativos de depressão pós-parto DPP em mães de filho (a) único (a) com 0 a 42 meses de idade, gestação e parto (vaginal ou cirúrgico) sem intercorrências, não institucionalizados, sendo cuidados por parentes de primeiro grau e comparar a relação entre incidência da DPP e características socioeconômicas da mãe. Métodos: utilizou-se o Escala de Depressão

the incidence of PPD and socioeconomic characteristics of the mother. Methods: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a Sociodemographic Questionnaire were used. For the statistical evaluation, the Spearman Correlation Test was used with a statistical significance of 5%, a <0.05. Results: 82 mothers were selected, of which 20.73% presented indicatives of depression. Factors were presented as a possible risk for depression in the postpartum period: low income, low schooling, age 20 to 30 years, marital status defined as “dating”, absence in preparatory classes or maternal support groups, cesarean delivery, absence of companion during delivery, male baby. Conclusions: Although new studies are needed to better characterize the prevalence and risk factors associated with PPD in Brazil, the available evidence justifies a priority attention to the aggravations in maternal mental health in matters of Brazilian public health.

KEYWORDS: Postpartum Depression; Epidemiology; Socioeconomic Conditions.

1 | INTRODUÇÃO

Um levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizado em 2017 indica que o número de pessoas com sintomas indicativos de depressão soma mais de 322 milhões em todo o mundo - o que representa cerca de 5% da população mundial. Nesse levantamento, a OMS indica que o Brasil é o país mais afetado pelo transtorno dentre os países em desenvolvimento (WHO, 2017).

Afunilando essa análise de prevalência na população feminina, pode-se destacar o período pós-parto como um momento de fragilidade psíquica para as puérperas. Essas mulheres experimentam novos sentimentos, responsabilidades e mudanças hormonais e físicas, compondo vulnerabilidade para os ditos Transtornos Mentais Pós-Natais que se enquadram entre os Transtornos de Humor do tipo depressivo. Essas desordens variam entre três entidades nosológicas, sendo a menos grave o *Baby Blues* (BB), seguido da Depressão Pós-Parto (DPP) e por fim a Psicose Pós-Natal.

O *Baby Blues* tem caráter transitório, mimetizando a sintomatologia da DPP e sendo autolimitado a 2 semanas de duração. Tanto o BB quanto a DPP apresentam a sintomatologia clássica de um quadro depressivo maior: alterações de humor (tristeza, crises de choro ou risos, anedonia, baixa autoestima), sintomas somáticos (insônia ou hipersonia, fadiga, inapetência ou compulsão alimentar), sinais motores (inibição ou agitação), comportamentos sociais (apatia, isolamento), aspectos cognitivos (ideação de culpa e suicídio), ansiedade (psíquica, fóbica, somática) e irritabilidade (hostilidade, autoagressão), resultando em risco aumentado para infanticídio e suicídio (RAI; PATHAK e SHARMA, 2015).

As principais diferenças entre o BB e a DPP seriam a incidência e duração: o BB inicia em até 10 dias após o parto e se encerra em até 2 semanas, acometendo de 40 a 80% das puérperas (RAI; PATHAK e SHARMA, 2015). Já a DPP é caracterizada

por seu início em até 4 semanas após o parto segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Há divergências entre especialistas que sugerem que o conceito deveria ser ampliado para 3 meses pós-natais (WISNER; CHAMBERS; SIT, 2006). Independente dessa discordância sobre seu início, considera-se como período de duração da DDP até 1 ano após o parto, podendo delongar-se de acordo com a gravidade do caso. Foi demonstrado que puérperas acometidas pelo BB apresentando sintomas em alto padrão de intensidade são mais susceptíveis a desenvolverem a DPP, bem caracterizada aos 3º mês pós-parto (PETROZZI, GAGLIARDI; 2013).

A etiologia da DPP ainda é incerta. Há de se considerar que os aspectos hormonais, mudanças físicas e situação social da mulher ao pretender-se analisar sua propensão a desenvolver tal transtorno. Em particular, foi demonstrado que eventos estressantes ou traumáticos são importantes fatores para o aumento de risco de a mulher desenvolver a DDP (O'HARA 1991), destacando-se a importância do suporte social para a puérpera.

Tanto no Brasil quanto no cenário mundial, a DPP tem se destacado entre as questões de saúde pública. Estudos epidemiológicos longitudinais demonstraram que as taxas de prevalência da DPP de mulheres em seu primeiro ano pós-parto variam de acordo com as amostras, período em que são entrevistadas e metodologia de avaliação e pesquisa (DENNIS, HODNETT; 2007). Foi demonstrado que em países desenvolvidos as taxas de prevalência da DPP durante o 1º ano pós-parto são menores nos países desenvolvidos quando comparado aos dados encontrados nos países em desenvolvimento. (NORHAYATI ET AL., 2015). No Brasil, um levantamento realizado nas regiões sul e sudeste do país revelou taxa de prevalência da DPP entre 7,8% e 39,4% (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

Devido a alta incidência, gravidade e impacto negativo da DPP não somente sobre a mulher, mas também para seu neonato e todo seu círculo social, é importante que esse transtorno não seja negligenciado pela comunidade, tampouco subdiagnosticado pelos profissionais de saúde. No Brasil, há características socioculturais que dificultam a percepção da doença pelas mães e seus familiares, ressaltando-se a tendência de minimizar os sintomas depressivos ou até mesmo negá-los. Isso aconteceria porque a sociedade, em geral, associa a maternidade a um momento de alegria e celebração, tornando inaceitável para a mãe os sentimentos opostos a essa expectativa idealizada (CAMPOS, RODRIGUES, 2015). Ressalta-se, nessa situação, um importante agravo em saúde: quanto mais tardivamente diagnosticada e tratada, maior a possibilidade do quadro se agravar e se desdobrar em transtornos secundários.

Alguns estudos sobre a prevalência da DPP têm demonstrado sua relação com fatores psicológicos, sociais e demográficos. Há indícios de que baixa renda, baixa escolaridade, pouco prestígio ocupacional, menor faixa etária, estado civil de solteira e multiparidade são fatores preditivos para a DPP (SEGRE ET AL., 2007). Esse estudo tem resultados compatíveis com outros, realizados na Índia (CHANDRAN ET

AL., 2002) e no Brasil (MORAES ET AL., 2006). É possível interpretar tais achados como um efeito da dificuldade financeira sobre a vida dessas mulheres, afetadas pelo estresse de obter educação, saúde, alimentação, transporte e moradia. Há dificuldade em discernir se a vulnerabilidade socioeconômica seria realmente um fator de risco para a incidência da DPP ou se atuaria como um fator de mau prognóstico, dificultando o acesso ao tratamento e, por conseguinte, delongando o processo de adoecimento (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

O objetivo desse estudo é conhecer a prevalência de indicativos de DPP em mães moradoras da cidade de Uberlândia cujos filhos não necessitam de institucionalização para possibilitar atividade laboral materna, sendo cuidados pela própria mãe ou familiar de primeiro grau sem vínculo financeiro. Por conveniência, a amostra em questão se caracteriza por boas condições socioeconômicas que garantem acesso a serviços de saúde privados, lazer, moradia e alimentação.

2 | MÉTODOS

Participaram dessa pesquisa mães residentes em Uberlândia, Minas Gerais, que se apresentaram voluntariamente após serem convidadas através de convite físico ou virtual. Os convites físicos foram distribuídos de forma aleatória e os virtuais de forma televisiva em entrevista em canal local. Foi feito ainda convite presencial ao grupo de mães frequentadoras de um clube recreativo da cidade, durante aulas de dança com bebês.

A coleta de dados foi realizada após explication aos pais sobre os questionários a serem preenchidos e assinatura de um termo de esclarecimento e livre consentimento (TCLE).

Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem com amostra não probabilística por conveniência. Para a seleção das mães, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Mães de crianças saudáveis entre 0 e 42 meses de idade;
- Gravidez e parto vaginal ou cirúrgico sem intercorrências;
- Primeiro filho (a) nascido a termo, sem convivência diária com outra criança na mesma casa;
- Criança fora da escola, cuidada pelos pais ou parente de até segundo grau sem vínculo empregatício.

Portanto, não foram incluídas aquelas crianças que, embora tenham se apresentado para a pesquisa e assinado termo de consentimento (inicialmente 111 pais) não se enquadram nesses critérios. Desta forma, a amostra desta pesquisa resultou em 82 indivíduos.

O estudo utilizou dois instrumentos de coleta de dados, sendo um deles a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), em sua versão brasileira adaptada e

validada, por Santos (1995) Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. A escala consiste em uma ferramenta de auto-avaliação composta por 10 itens. Cada item é pontuado de 0 a 3 (escala likert), variando em presença e intensidade dos sintomas. Foi solicitado à mãe que respondesse ao questionário de acordo com seus sentimentos na última semana. A somatória total da escala equivale a 30, sendo o valor indicativo de sintomas depressivos a somatória maior ou igual a 12. Assim, resultados com 12 ou mais pontos indicam probabilidade de depressão, mas não fecham diagnóstico de depressão nem testam a gravidade da mesma.

O segundo instrumento de coleta de dados utilizado foi o Questionário autoaplicável e semiestruturado com perguntas enfocando o perfil social, econômico e demográfico e situação de saúde das mães. Esse questionário objetiva traçar o perfil sócio demográfico e história obstétrica das mães participantes. Foi elaborado pelo grupo do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

A pesquisa realizada é uma subdivisão de um projeto FAPESP com CAAE 50850815.0.0000.5508 e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo, com parecer de número 1.339.889

O estudo foi realizado em cinco etapas, no período compreendido entre fevereiro 2016 a dezembro de 2018, perfazendo 35 meses:

1. Identificação das mães, para realização da pesquisa;
2. Autorização formal das mães, para realização da pesquisa;
3. Apresentação dos objetivos da pesquisa: entrega do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, com finalidade de se obter a autorização para participação e contribuição com a pesquisa e agendamento de data para aplicação dos questionários de perfil demográfico e socioeconômico e EPDS com as mães;
4. Preenchimento dos questionários de perfil demográfico e socioeconômico, e EPDS;
5. Tabulação e análise dos dados coletados;
6. Redação final.

3 | RESULTADOS

Para a avaliação estatística, usou-se o Teste de Correlação de Spearman, com significância estatística de 5%, $\alpha \leq 0,05$. Para a realização dos testes estatísticos usou-se a versão 5.3 do BioEstat, programa gratuito dirigido, sobretudo para a área das ciências biológicas e médicas. Para o registro das respostas dos vários questionários e o cruzamento de dados foi empregada a planilha eletrônica desenvolvida pela Microsoft, Excel®.

A Tabela 1 caracteriza a amostra em seus quesitos sócio demográficos, obtidos

através da aplicação do Questionário Sócio Demográfico.

Categoria	Item	Nº	%	Coeficiente de Spearman
Idade da mãe	Até 19 anos	3	3,66	0,0236
	De 20 a 34 anos	60	73,17	
	35 e mais anos	19	23,17	
Escolaridade	Fundamental	1	1,22	0,0530
	Médio	31	37,80	
	Superior	26	31,71	
	Pós-graduação	24	29,27	
Renda	Nenhuma	16	19,51	0,0755
	< 1 SM	3	3,66	
	De 1 a 3 SM	34	41,46	
	De 3 a 5 SM	14	17,07	
	De 6 a 10 SM	10	12,20	
Situação conjugal	Mais de 10 SM	5	6,10	0,0595
	Convive maritalmente	74	90,24	
	Namora	6	7,32	
Frequentou curso de preparação	S/informação	2	2,44	0,0457
	Sim	27	32,93	
	Não	54	65,85	
Tipo de parto	S/Informação	1	1,22	0,0973
	Vaginal	27	32,93	
	Cesário	55	67,07	
Alguém acompanhou o parto	Sim	64	78,05	0,1099
	Não	4	4,88	
	S/Informação	14	17,07	
Sexo	Fem	34	41,46	0,0645
	Masc	48	58,54	
Ajuda puerperal	Sim	73	89,02	0,1793
	Não	9	10,98	

Tabela 1: Características sociodemográficas das mães e respectivos coeficientes de Spearman

A EPDS aplicada à amostra em questão apontou que 20,73% das mães tinham sinais de um possível quadro depressivo, porcentagem correspondente a 17 mães participantes.

Ao confrontar os dados obtidos através EPDS com os dados do questionário sócio demográfico, pôde-se correlatar características sociais mais frequentes nas mães com ou sem provável depressão, configurando-se como possíveis fatores de risco ou não.

Dentre os quesitos sócios demográficos analisados, está a idade da mãe. Foi demonstrado que o contingente com maior probabilidade de depressão se encontra na faixa etária entre 20 a 34 anos (27,7%, n=13), seguido da faixa 35 anos ou mais (18,75%, n=3). A faixa etária até 19 anos não foi analisada devido à presença de apenas três representantes na amostra.

Quanto ao estado civil das mães, foi demonstrado que 50% (n=2) daquelas que

namoram apresentam possível depressão. Dentre as que convivem maritalmente, 35,42% (n=15) apresentam possível depressão.

Quanto à escolaridade da mãe, foi demonstrado que a maioria das mães com possível depressão tem como grau de instrução o Ensino Médio (29,17%, n=7), seguido de Ensino Superior (23,8%, n=5) e Pós-graduação (20%, n=4). A categoria Ensino Fundamental não foi analisada devido à presença de apenas um representante na amostra.

Quanto à renda da mãe, em salários mínimos, tem-se que as mães com maior probabilidade de depressão são aquelas sem nenhuma fonte de renda própria (45,45%, n=5), seguidas do contingente 1 a 3 salários mínimos (30,77%, n=8), 6 a 10 ou maior que 10 salários mínimos (25%, n=2, n=1) e 3 a 5 salários mínimos (7,7%, n=1). A categoria menos que 1 salário mínimo não foi analisada devido à presença de apenas três representantes na amostra.

Quanto à participação em aulas preparatórias ou grupos de apoio durante a gestação, tem-se maior probabilidade de depressão (28,57%) as mães que não frequentaram nenhum tipo de aula ou grupo quando comparadas às que frequentaram (22,72%). Uma participante da amostra não forneceu a informação em questão.

Quanto à via de parto, tem-se que o grupo submetido ao parto cesariano apresenta 27,9% de probabilidade de depressão, enquanto o grupo que realizou parto vaginal apresenta 22,72%.

Continuando a análise do parto e sua possível relação com sintomas depressivos, tabelou-se a presença ou não de acompanhante durante o parto. As mães que não tiveram acompanhante durante o parto apresentam 33,3% de probabilidade de depressão, ao passo que as mães que tiveram acompanhante apresentam 28%. Há ainda 16,6% das mães que não forneceram essa informação.

Quanto à ajuda no período puerperal tem-se que 30,35% das mães que tiveram ajuda têm probabilidade de depressão. As mães que não tiveram ajuda não demonstraram probabilidade de depressão.

Quanto ao sexo dos bebês das mães participantes, a probabilidade de depressão em mães de bebês do sexo masculino é de 33,3%, ao passo que as mães de bebê do sexo feminino é de 17,24%.

4 | DISCUSSÃO

Os dados demográficos, confrontados com os índices de possível depressão acusados pela EPDS, corroboram com achados já publicados em materiais de literatura científica.

O levantamento estatístico obtido por meio da aplicação da EPDS revela que a parcela das mães com possível quadro depressivo corresponde a 20,73% (n=17) da amostra em questão.

A faixa etária mais propensa à depressão foi entre 20 e 34 anos. De um modo

geral, espera-se que quanto mais jovem a puérpera, maior seu risco de desenvolver a DPP devido à experiência de extrema responsabilidade frente ao seu neonato, o que pode ser uma novidade impactante nas vidas dessas jovens. No entanto, os estudos epidemiológicos da população feminina em geral indicam maior ocorrência de depressão após os 24 anos, em média (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Quanto ao estado civil, mães em relação matrimonial apresentaram menor propensão à DPP do que mães que namoram. Pode-se questionar a relação entre esses dados e o quesito estabilidade ou satisfação conjugal e o apoio sócio emocional das mães no seu relacionamento.

Quanto à escolaridade da mãe, o presente estudo respalda demais levantamentos em que a probabilidade de depressão materna se relaciona inversamente com sua escolaridade. Ou seja, a maioria das mães com possível depressão, neste estudo, tem grau de instrução Ensino Médio, seguido de Ensino Superior e Pós-graduação. Pode-se questionar se tais dados se relacionam a maior satisfação e prestígio ocupacional, estabilidade financeira ou ainda maior grau de instrução e autocuidado, reduzindo a probabilidade de adoecimento e agravos em saúde.

Ainda sobre o fator socioeconômico, foi evidenciado que as mães sem nenhuma fonte de renda própria são as mães com maior probabilidade de depressão. Em seguida, estão mães que recebem de 1 a 3 salários mínimos, 6 a 10 ou maior que 10 salários mínimos e 3 a 5 salários mínimos. Novamente, questiona-se se a maior estabilidade financeira é um fator de proteção por si só ou se representa menor estresse para a mãe na tentativa de suprir as necessidades da família ou as suas próprias, maior apoio social, ou ainda se representa maior possibilidade de autocuidado.

Ainda sob o viés autocuidado, analisa-se o quesito participação em aulas preparatórias ou grupos de apoio materno-infantil. Notou-se, em proporção discreta, maior probabilidade de depressão nas mães que não frequentaram nenhum tipo de aula ou grupo quando comparadas às que frequentaram. Esses dados corroboram com a hipótese da importância do autocuidado, conquistado por meio do estímulo à autonomia e empoderamento das mães durante o processo de gestação, parto e maternidade. Os espaços de educação em saúde e de apoio emocional às gestantes/mães são importantes recursos na conquista dessa autonomia.

A análise da influência da experiência do parto sobre a saúde emocional da mulher tem-se que as mães submetidas ao parto cesariano apresentam maior probabilidade de depressão quando comparado às mães que pariram via vaginal. Há de se considerar que submeter-se a uma cirurgia traz consigo possíveis fragilidades: ansiedade quanto ao procedimento, desgaste emocional e físico no período pós-cirúrgico, demora na apojadura do leite materno, dependência de terceiros no cuidado consigo e com o neonato devido à recuperação pós-cirúrgica.

Ampliando a visão sobre o parto como influente sobre a saúde emocional da mulher, analisa-se a presença de acompanhante durante o trabalho de parto ou cesariana. Nota-se maior probabilidade de depressão nas mães que não foram

acompanhadas durante o parto quando comparadas às que tiveram acompanhante. Assim, a hipótese da importância do apoio social durante todas as etapas do ciclo gestatório-puerperal ganha reforço. No entanto, os dados sobre ajuda no período puerperal foram inconsistentes. Poucas mães relataram não ter tido ajuda. Contudo, aquelas que relataram terem sido ajudadas apresentaram 30,35% de prevalência de possível depressão.

Pode-se questionar se características do recém-nascido têm influência sobre o desenvolvimento ou não de DPP. Avaliou-se a relação da DPP com o sexo dos recém-nascidos: probabilidade de depressão em mães de bebês do sexo masculino se mostrou maior quando comparadas às mães de bebês do sexo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de prevalência dos indicativos de depressão de acordo com a EPDS é de 20,73% das mães avaliadas nesse estudo. Esse resultado se equipara quantitativamente a outro estudo semelhante já realizado no Brasil, que estima a faixa de prevalência da DPP entre 7,8% a 39,4% da população (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). O resultado se aproxima ainda às taxas de prevalência dos países desenvolvidos: 21% a 33,2% (NORHAYATI ET AL., 2015). Entretanto, é preciso considerar que o *screening* da DPP através da metodologia EPDS pode resultar em até 25% de falsos-positivos (ALBUQUERQUE ET AL., 2017).

A análise cruzada entre dados sócios demográficos e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo permitiu a identificação de possíveis fatores de risco para apresentar indicativos da DPP. Os resultados encontrados convergem com a expectativa inicial de que o risco para a depressão no período pós-parto estaria associada a fatores socioeconômicos, tais como baixa renda e baixa escolaridade. No entanto, novas correlações se apresentam como possíveis fatores de risco: faixa etária 20 a 30 anos; estado civil “namoro”; ausência de participação em aulas preparatórias ou de grupos apoio materno-infantil; via de parto cesáreo; ausência de acompanhante durante o parto; bebê do sexo masculino.

Ressalta-se a necessidade de estudos com amostra maior que correlacione os novos quesitos sócios demográficos apresentados acima, para que o levantamento estatístico seja de maior acurácia, tendo em vista que o intervalo do Coeficiente Spearman do presente estudo variou entre 0,0237 e 0,1793. A relevância epidemiológica da DPP exige mais estudos que se desdobrem sobre os possíveis fatores de risco socioeconômicos, a fim de esclarecer o desenvolvimento do transtorno e aperfeiçoar as possibilidades de prevenção e tratamento no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maicon Rodrigues et al. A proposal for a new Brazilian six-em version of the

Edinburgh Postnatal Depression Scale. Trends in psychiatry and psychotherapy, v. 39, n. 1, p. 29-33, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Artmed Editora, 2014.

BOSKA, Gabriella Andrade; WISNIEWSKI, Danielle; LENTSCK, Maicon Henrique. **Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh.** Journal of Nursing and Health, v. 6, n. 1, p. 38-50, 2016.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. **Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida.** Psico, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

CHANDRAN, Mani et al. **Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors.** The British Journal of Psychiatry, v. 181, n. 6, p. 499-504, 2002.

CORREA, H. et all **Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women.** Journal of affective disorders, v. 204, p. 214-218, 2016.

DE LIMA SALUM E MORAIS, Maria et al. **Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil.** Estudos de Psicologia, v. 20, n. 1, 2015.

DENNIS, Cindy-Lee; HODNETT, Ellen D. **Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression.** The Cochrane Library, 2007.

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. **Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 11, n. 4, 2011.

MARCOS-NÁJERA, Rosa et al. **Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva.** Clínica y Salud, v. 28, n. 2, p. 49-52, 2017.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Revista de saúde pública, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

NORHAYATI, M. N. et al. **Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review.** Journal of affective Disorders, v. 175, p. 34-52, 2015.

PATERSON, Amelia et al. **Beyond the baby blues: perspectives ok women diagnosed with a mood disorder on children, pregnancy and medication.** Australasian Psychiatry, v. 21, n. 2, p. 160-164, 2013.

PETROZZI, Angela; GAGLIARDI, Luigi. **Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems.** Journal of perinatal medicine, v. 41, n. 4, p. 343-348, 2013.

RAI, Shashi; PATHAK, Abhishek. **psychiatric disorders: Early diagnosis and management.** Indian journal of psychiatry, v. 57, n. Suppl 2, p. S216, 2015.

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Elizeth Paz da Silva. **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 32, n. 1 (mar. 2011), p. 159-166, 2011.

SEGRE, L. S., O'HARA, M. W., ARNDT, S., & STUART S. (2007). The prevalence of postpartum depression. **The relative significance of three social status indices.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42(4), 316-321.

VAN DER ZEE-VAN, Angarath I. et al. **Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes.** Pediatrics, v. 140, n. 4, p. e20170110, 2017.

WISNER, Katherine L.; CHAMBERS, Christina; SIT, Dorothy KY. **Postpartum depression: a major public health problem.** Jama, v. 296, n. 21, p. 2616-2618, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** 2017.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DO PMAQ-AB NO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, PARAÍBA

Pierre Patrick Pacheco Lira

Universidade Federal da Paraíba

RESUMO: Criado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) visa à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de atenção básica (AB), assegurando um desempenho mínimo que possa ser avaliado e comparado a partir de determinados indicadores. O objetivo geral deste trabalho foi analisar a viabilidade do uso desses indicadores na avaliação do acesso e da qualidade da atenção ao pré-natal de baixo risco em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), tomando-se como base o caso de Caaporã, Paraíba, no ano de 2013. Os objetivos secundários do trabalho consistiram na realização do cálculo dos indicadores do PMAQ-AB para cada uma das unidades da ESF no município, bem como na comparação de seus desempenhos, quando possível, entre os tipos de unidade (urbana ou rural) e entre todas as unidades, individualmente. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho das unidades ao compará-las uma a uma, além de uma ligeira superioridade dos resultados das unidades urbanas em relação às rurais. Após análise crítica dos resultados, concluiu-

se que os indicadores foram capazes de avaliar o acesso aos serviços, revelando uma ampla cobertura da assistência ao pré-natal de baixo risco no município. Apesar disso, considerou-se que os indicadores foram insuficientes para a avaliação adequada da qualidade dos serviços, por possuírem um caráter predominantemente quantitativo, em detrimento dos indicadores de conteúdo.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT: Created in 2011 by the Health Ministry (MS), the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) aims to increase access and quality of primary care (AB) services, ensuring a minimum performance that can be assessed and compared by using formalized indicators. The general objective of this study was to analyze the feasibility of the use of these indicators in the evaluation of access and quality of low-risk prenatal care in Family Health Strategy (ESF) units, based on the example of Caaporã, Paraíba, in 2013. The secondary objectives of the study were to carry out the calculations of the PMAQ-AB indicators for each of the ESF units in the municipality, as well as to compare

their performances, if possible, between unit types (urban or rural) and between all units individually. There were statistically significant differences between the performance of the units after comparing them one by one, and there was a slight superiority of the results of the urban units in relation to the rural ones. After a critical analysis of the results, it was concluded that the indicators were able to evaluate the access to ESF units, revealing a wide coverage of low-risk prenatal care in the city. Despite this, it was considered that the indicators were insufficient for the adequate evaluation of the quality of the services, because they have a predominantly quantitative approach, to the detriment of the qualitative indicators.

KEYWORDS: Prenatal Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Services Research.

1 | INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que tratam da promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando o desenvolvimento de uma atenção integral capaz de trazer impactos positivos na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes de saúde das coletividades. Espera-se que a AB seja desenvolvida com o mais alto grau de capilaridade e descentralização, próxima da vida das pessoas. O trabalho das equipes atuantes em unidades de AB dirige-se a populações de territórios definidos, pelos quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas pessoas (STARFIELD, 2004).

As unidades de AB assumem a responsabilidade pelo manejo das necessidades de saúde mais frequentes e relevantes em seu território, observando critérios de risco e de vulnerabilidade, sem deixar de acolher, entretanto, a toda e qualquer necessidade de saúde ou de amparo em situações de sofrimento. Elas são, portanto, a porta de entrada preferencial dos usuários nas redes de atenção à saúde (RAS). No Brasil, a AB orienta-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo colocada em prática, principalmente, pelas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O município de Caaporã situa-se na mesorregião da Mata Paraibana, a cerca de 50 quilômetros de João Pessoa, capital da Paraíba. O município possuía, em 2012, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 20.653 habitantes, sendo 50,5% (10.420 indivíduos) pertencentes ao sexo feminino. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no ano de 2013 foi de 0,602 (médio), ocupando a posição de número 4.101 entre os 5.570 municípios brasileiros.

Nove equipes de AB atendiam à população do município naquele período, atuando em unidades organizadas de acordo com o modelo proposto pela ESF. Seis dessas unidades estavam localizadas na zona urbana, enquanto as outras três situavam-se na zona rural. A rede de serviços de saúde do município contava ainda com um Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um hospital filantrópico com leitos de internação, pronto-atendimento a urgências e emergências e atendimento ambulatorial em especialidades.

Procurando ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos na AB, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), obtendo adesão de todas as equipes de AB no município de Caaporã. O principal objetivo do PMAQ-AB, como o seu próprio nome revela, é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da AB, assegurando um padrão de qualidade que possa ser comparado nacional, regional e localmente a partir de determinados indicadores.

A adesão ao programa ocorre mediante a formalização de um contrato entre as equipes de AB e os gestores municipais, e desses com o MS, contendo os compromissos e indicadores pactuados. Para compor o programa, foram selecionados, inicialmente, 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas, as quais se referem aos principais focos de atuação da AB. Por acreditar que a área de Saúde da Mulher reflete de maneira oportuna a qualidade e o acesso aos serviços oferecidos pela AB, especialmente no que tange à atenção pré-natal, o foco deste estudo voltou-se para os indicadores do PMAQ-AB relacionados à assistência ao pré-natal.

Estima-se que uma parcela considerável dos óbitos infantis e maternos no Brasil resulte da falta de cuidados adequados desde o início da gravidez até o puerpério. A solução dessa problemática deve perpassar, invariavelmente, pela melhoria do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da assistência ao pré-natal que vem sendo oferecida aos indivíduos, especialmente nas unidades de saúde que compõem a AB (VICTORA; CESAR, 2001).

Os testes diagnósticos que identificam precocemente as gestações de alto risco são as principais estratégias para a prevenção da morbimortalidade tanto materna quanto infantil (BRASIL, 2012a; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2005). A cobertura da atenção pré-natal e o número de consultas oferecidas às gestantes aumentaram no Brasil nos últimos anos (CESAR et al., 2012). Malta et al. (2007, 2010), no entanto, analisando óbitos de crianças menores de um ano, entre 1997 e 2006, observaram diminuição no número de todas as mortes evitáveis, à exceção daquelas relacionadas à atenção pré-natal inadequada, sugerindo a baixa qualidade da assistência, ainda que a oferta desses serviços tenha aumentado.

As dificuldades da assistência ao pré-natal vêm sendo, reiteradamente, colocadas em pauta no cenário da saúde pública brasileira nas últimas décadas, destacando-se, nesse campo, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pelo MS. Esse programa previa a implantação de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação nos diversos ciclos de vida da mulher, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério (BRASIL, 2004). Nesse contexto, observou-se que, mesmo nos serviços onde as atividades previstas pelo PAISM eram

realizadas, sempre houve dúvidas quanto à qualidade da assistência e ao impacto dessas ações nos indicadores de saúde.

Quase duas décadas mais tarde, o MS instituiu, no de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estruturado na perspectiva da humanização do atendimento nos serviços de saúde e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2002). Esse programa foi criado a partir da constatação de que havia uma incapacidade, por parte dos agentes públicos atuantes nos serviços de atenção à saúde, de enxergar a mulher como “sujeito de direitos”, além de uma generalizada falta de conhecimento, por parte das mulheres, de seus próprios direitos sexuais e reprodutivos, sendo essas situações identificadas como causas importantes da assistência inadequada ao pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Aos poucos, a luta pelo aumento da cobertura e pela facilitação do acesso à atenção pré-natal articulou-se aos esforços pela melhoria da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão. As ações não se restringiram à assistência ao pré-natal, buscando-se ampliar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos na AB como um todo. O PMAQ-AB, instituído pelo MS em 2011, é uma síntese dessa trama (BRASIL, 2012b).

2 | OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral analisar a viabilidade do uso dos indicadores do PMAQ-AB na avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de assistência pré-natal oferecidos em unidades da ESF, tomando como exemplo a cidade de Caaporã, na Paraíba, no ano de 2013. Os objetivos secundários do estudo compreenderam o cálculo dos indicadores do PMAQ-AB relacionados à assistência pré-natal para cada uma das equipes de AB atuantes no município e a comparação, quando possível, do desempenho alcançado pelos tipos de unidade (urbana ou rural) e entre todas as unidades, individualmente, realizando-se, *a posteriori*, uma análise crítica dos resultados.

3 | MÉTODOS

O município de Caaporã localiza-se na mesorregião da Mata Paraibana. Contava, na época do estudo, com 20.653 habitantes, sendo 10.420 (50,5%) do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Seu IDH-M em 2013 foi de 0,602 (médio), ocupando posição de número 4.101 entre os 5.570 municípios brasileiros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014). A base de dados mais atual, na época do estudo, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referia 402 crianças nascidas na cidade em 2011 (DATASUS, 2014).

Nove unidades de AB atendiam à população, estando seis delas localizadas na zona urbana (Unidades 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e três na zona rural (Unidades 7, 8 e 9). Para mensurar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal de baixo risco nessas unidades, além de comparar os seus desempenhos, o estudo iniciou-se a partir do cálculo dos indicadores do PMAQ-AB.

O primeiro indicador analisa a captação de gestantes para a realização do pré-natal pela unidade de AB da área onde residem, permitindo analisar a proporção de gestantes cadastradas no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), em função da quantidade estimada de mulheres grávidas em determinado local e período (DATASUS, 2014). Foram analisados dados fornecidos por meio dos websites do IBGE e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo observado que 96% (6.566 indivíduos) das mulheres de 10 a 49 anos eram usuárias do SUS, enquanto apenas 4% (274 indivíduos) possuíam planos privados de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014). Estimou-se que 445 dessas quase sete mil mulheres engravidassem em 2013 e buscassem assistência ao pré-natal em unidades da ESF. Essa estimativa foi distribuída entre as áreas das unidades, proporcionalmente ao número de mulheres residentes em idade fértil.

Todos os indicadores foram calculados para cada uma das equipes, para os tipos de unidade e, de modo geral, para o município, de acordo com as recomendações do anexo ao Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b). Comparou-se o desempenho individual do primeiro indicador entre as equipes e entre os tipos de unidade por meio do teste do qui-quadrado. A fim de evitar a contagem repetida das gestantes, fato que tornaria a aplicação do teste inviável, foi utilizado o número médio de gestantes cadastradas em cada uma das unidades ao longo do ano.

O segundo indicador analisa a média de atendimentos de pré-natal realizados pela equipe de AB em relação ao número de gestantes cadastradas naquela unidade em determinado período de tempo, permitindo avaliar a suficiência da oferta desses atendimentos frente à demanda potencial (BRASIL, 2012b). Para a realização do cálculo, foram considerados os atendimentos feitos por profissionais médicos e profissionais enfermeiros. Aqui, faz-se imprescindível ressaltar que não se deve confundir esse indicador com a quantidade de consultas de pré-natal oferecidas a cada gestante individualmente. Posteriormente, os resultados foram agrupados para os tipos de unidade e testados quanto à normalidade de distribuição e à homogeneidade da variância, utilizando os testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e de Levene, respectivamente. Apesar de apresentarem variâncias homogêneas, a hipótese de normalidade não foi respeitada (zona urbana: $D(72) = 0,117$, $p < 0,05$; zona rural: $D(34) = 0,193$, $p < 0,05$).

Tendo como base a orientação de Field (2009), os dados foram submetidos a uma transformação logarítmica, de modo que passaram a apresentar distribuição possivelmente normal (zona urbana: $D(72) = 0,053$, $p = 0,200$; zona rural: $D(34) = 0,115$, $p = 0,200$), mantendo-se a homogeneidade da variância ($F(1,104) = 0,01$, $p =$

0,919). Aplicou-se o teste *t* independente de Student a fim de comparar os dois grupos, de acordo com as recomendações de Field (2009) e de Arango (2009). Os indicadores foram reagrupados, desta vez para cada uma das unidades, a fim de comparar os seus desempenhos individuais. Os indicadores mostraram-se normalmente distribuídos entre as unidades, à exceção da Unidade 1 ($D(12) = 0,319$, $p = 0,001$). Não houve homogeneidade de variância entre os grupos ($F(8,97) = 2,263$, $p < 0,05$).

Foi tentada, sem sucesso, a transformação dos indicadores em cada um dos grupos para que assumissem uma distribuição normal e uma variância homogênea. Diante desse mau resultado, optou-se por comparar o desempenho individual das unidades utilizando o teste de Kruskal-Wallis. Como a maior preocupação do estudo estava voltada principalmente para os baixos desempenhos dos indicadores, decidiu-se comparar a unidade que apresentou as médias mais baixas durante o ano com as demais unidades. Foi realizada uma análise *post hoc* para o teste de Kruskal-Wallis por meio de sucessivos testes de Mann-Whitney. Aplicou-se a correção de Bonferroni e todos os efeitos foram testados ao nível de significância de 0,006 (0,05/8), afastando-se, assim, a possibilidade de inflação dos erros alfa.

Os indicadores 3, 4, 5 e 6, por sua vez, analisam, respectivamente: a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação; o percentual de gestantes com as consultas de pré-natal em dia; a proporção de gestantes que receberam as doses de vacinas recomendadas até aquele momento da gestação; e o percentual de gestantes acompanhadas com visitas domiciliares. Semelhantemente ao realizado com o primeiro indicador, foi utilizado o teste do qui-quadrado para comparar o desempenho individual dos indicadores 3, 4, 5 e 6 entre todas as equipes de AB e entre os tipos de unidade. Para evitar a contagem repetida dos casos, utilizou-se o número médio de gestantes cadastradas durante o ano que se adequaram ao critério avaliado por cada um desses indicadores. Todos os indicadores da unidade 8 nos meses de janeiro e fevereiro de 2013 não foram calculados, visto que essa equipe só veio a ser criada no mês de março.

Os indicadores foram calculados no software Microsoft Excel 2007® e a análise estatística dos dados foi realizada no pacote IBM SPSS Statistics 22®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW), por meio do parecer nº 637.282/2014, e contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caaporã, a qual autorizou o acesso e a utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4 | RESULTADOS

Os desempenhos gerais dos três primeiros indicadores no ano de 2013 são mostrados na Tabela 1. Os desempenhos dos indicadores 4, 5 e 6 são encontrados na

Tabela 2. Os resultados foram organizados para cada uma das unidades, para os tipos de unidade e para o município. As comparações entre os tipos de unidade podem ser encontradas na Tabela 3.

Ao avaliar o primeiro indicador, foi encontrado um desempenho anual máximo de 59,3% na Unidade 9 e um desempenho mínimo de 34,9% na Unidade 1. Quando se avalia mês a mês, encontra-se um desempenho máximo de 88,9% na Unidade 7 em janeiro e mínimo de 23,4% na Unidade 1 nos meses de junho e julho.

As unidades da zona rural apresentaram indicador anual de 50,9%, enquanto as unidades da zona urbana cadastraram apenas 41,2% das gestantes estimadas. Houve um desempenho anual de 43,4% para o município. Não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os tipos de unidade ($X^2(1) = 2,808, p = 0,059$), embora uma possível gestante tenha tivesse quase uma vez e meia (RR = 1,45) mais chance de ser cadastrada pela equipe de AB se fosse moradora da zona rural em 2013.

Ao comparar os desempenhos individuais do primeiro indicador em cada uma das unidades, foram encontrados resultados significativamente maiores para a Unidade 7 quando comparados às unidades 1 ($X^2(1) = 4,334, p < 0,05, RR = 2,54$) e 3 ($X^2(1) = 3,571, p < 0,05, RR = 2,28$). O desempenho da unidade 9 também se mostrou significativamente superior ao das unidades 1 ($X^2(1) = 4,443, p < 0,05, 2,81$) e 3 ($X^2(1) = 3,718, p < 0,05, RR = 2,52$).

Em relação ao segundo indicador, houve uma média mínima de 1,3 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade 5 e uma média máxima de 3,0 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade 3. Analisando os dados mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 0,6 em março na Unidade 6 e um desempenho máximo de 5,4 na Unidade 7 em abril. A média anual do município foi de 1,9 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.

	Gestantes estimadas	Gestantes cadastradas	Atendimentos	Início no 1º trimestre	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3
Unidade 1	47	16,4	30,9	16,3	34,9	1,9	99,0
Unidade 2	64	26,3	61,8	25,5	41,0	2,4	97,1
Unidade 3	52	19,1	56,4	18,1	36,7	3,0	94,8
Unidade 4	51	22,9	38,1	20,3	44,9	1,7	88,7
Unidade 5	55	25,4	32,2	23,5	46,2	1,3	92,5
Unidade 6	69	29,1	55,7	28,2	42,1	1,9	96,8
Zona urbana	338	139,2	275,1	131,8	41,2	2,0	94,7
Unidade 7	36	20,5	46,4	16,7	56,9	2,3	81,3
Unidade 8	44	17,1	23,7	16,6	38,9	1,4	97,1
Unidade 9	27	16,0	26,0	13,6	59,3	1,6	84,9
Zona rural	100	50,8	92,2	44,1	50,9	1,8	86,9
Município	438	189,9	367,3	175,9	43,4	1,9	92,6

Tabela 1: Indicadores 1, 2 e 3 no ano de 2013

Gestantes estimadas: número de gestantes estimadas para a área da equipe no ano.

Gestantes cadastradas: média do número de gestantes cadastradas pela equipe durante os meses do ano.

Atendimentos: número médio de atendimentos de pré-natal realizados pela equipe durante os meses do ano.

Início no 1º trimestre: número médio de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gravidez no ano.

Indicador 1: proporção de gestantes cadastradas pela equipe em função das gestantes estimadas.

Indicador 2: média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pela equipe.

Indicador 3: proporção de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação.

Percebeu-se que, apesar de haver uma ligeira superioridade do desempenho da zona urbana ($M_1 = 2,0$) em relação à rural ($M_2 = 1,8$), essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ao comparar os dados transformados ($t(104) = 1,099$, $p = 0,137$). Observou-se, porém, um pequeno tamanho de efeito ($r = 0,1$) relacionado ao tipo de unidade. De fato, a diferença média entre os indicadores transformados para a zona urbana ($M_{1B} = 0,28$, IC95% = 0,24 a 0,32) e para a zona rural ($M_{2B} = 0,24$, IC95% = 0,17 a 0,30) foi de ($M_{1B} - M_{2B}$) = 0,04, com IC95% variando de -0,03 a 0,11.

Ao comparar o desempenho individual das unidades, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre as unidades em relação à média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada ($H(8) = 43,773$, $p < 0,001$). O desempenho da Unidade 5 mostrou-se significativamente inferior ao das unidades 1 ($U = 15,0$, $p < 0,001$), 2 ($U = 19,0$, $p = 0,001$), 3 ($U = 0,5$, $p < 0,001$), 6 ($U = 18,5$, $p = 0,001$) e 7 ($U = 14,0$, $p < 0,001$).

No que tange ao terceiro indicador, percebeu-se que houve uma proporção mínima de 81,3% das gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez na Unidade 7, enquanto na unidade 1 praticamente todas as gestantes cadastradas iniciaram o pré-natal até o terceiro mês da gestação (99,0%). Avaliando os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 53,8% na Unidade 7 em maio.

Em vários meses e em diversas unidades, todas as gestantes cadastradas haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Observou-se um desempenho superior entre as unidades da zona urbana (94,7%) em relação às unidades da zona rural (86,9%). O indicador anual do município foi de 92,6%.

	Gestantes cadastradas	Gestantes consultadas	Gestantes vacinadas	Gestantes acompanhadas	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6
Unidade 1	16,4	16,4	16,4	16,4	100,0	100,0	100,0
Unidade 2	26,3	26,0	26,2	26,3	99,0	99,7	100,0
Unidade 3	19,1	18,7	19,1	19,1	97,8	100,0	100,0
Unidade 4	22,9	22,3	22,8	22,8	97,5	99,6	99,6
Unidade 5	25,4	24,7	25,3	25,4	97,0	99,7	100,0
Unidade 6	29,1	28,2	28,4	28,9	96,8	97,7	99,4
Zona urbana	139,2	136,3	138,3	138,9	97,9	99,3	99,8
Unidade 7	20,5	20,2	20,5	20,5	98,4	100,0	100,0

Unidade 8	17,1	16,6	17,0	17,1	97,1	99,4	100,0
Unidade 9	16,0	15,4	15,3	16,0	96,4	95,3	100,0
Zona rural	50,8	49,4	49,9	50,8	97,4	98,4	100,0
Município	189,9	185,7	188,2	189,7	97,8	99,1	99,9

Tabela 2: Indicadores 4, 5 e 6 no ano de 2013

Gestantes cadastradas: média do número de gestantes cadastradas pela equipe durante os meses do ano.

Gestantes consultadas: média do número de gestantes com consultas do pré-natal em dia durante os meses do ano.

Gestantes vacinadas: média do número de gestantes com vacinas recomendadas em dia durante os meses do ano.

Gestantes acompanhadas: média do número de gestantes com acompanhamento domiciliar durante os meses do ano.

Indicador 4: proporção de gestantes cadastradas com consultas do pré-natal em dia.

Indicador 5: proporção de gestantes cadastradas com vacinas recomendadas em dia.

Indicador 6: proporção de gestantes cadastradas com acompanhamento domiciliar.

Em relação ao quarto indicador, houve um desempenho geral mínimo de 96,4% das gestantes com consultas do pré-natal em dia na Unidade 9. A Unidade 1 manteve adesão regular e completa ao pré-natal para todas as gestantes cadastradas durante todo o ano de 2013.

Avaliando os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 72,0% na Unidade 6 em dezembro. Em vários meses e em diversas unidades, todas as gestantes cadastradas apresentavam-se com as consultas do pré-natal em dia. Observou-se um desempenho geral muito discretamente superior para unidades da zona urbana (97,9%) em relação às unidades da zona rural (97,4%). O desempenho anual do município foi de 97,8%.

O quinto indicador, por sua vez, apresentou um desempenho anual mínimo de 95,3% para a Unidade 9. Três unidades (1, 3 e 7) mantiveram a totalidade das gestantes cadastradas com adesão completa ao calendário vacinal da gravidez durante todo o ano de 2013.

Ao avaliar os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 90,0% na Unidade 9 em abril. Em vários meses e em diversas unidades, não houve gestantes com vacinação desatualizada para aquele momento da gravidez. Observou-se um desempenho ligeiramente superior entre unidades da zona urbana (99,3%) em relação às unidades da zona rural (98,4%). O desempenho anual do município alcançou o valor de 99,9%.

Foi analisado, também, o desempenho do sexto e último indicador. Observou-se uma proporção anual máxima de 0,6% das gestantes sem acompanhamento domiciliar na Unidade 6. Na unidade 4, esse valor atingiu o máximo de 0,4%. Em todas as outras unidades, não houve gestantes cadastradas sem acompanhamento domiciliar.

	Zona urbana		Zona rural		Diferença	IC95% para a diferença		Valor-p
	Valor	DP	Valor	DP		Mínimo	Máximo	
Indicador 1	41,2	20,0	50,9	28,9	-9,7	-44,9	25,5	0,059
Indicador 2	2,0	0,6	1,8	0,5	0,2	#	#	#
Indicador 2 (transformado)	0,28	0,18	0,24	0,18	0,04	-0,03	0,11	0,137
Indicador 3	94,7	9,1	86,9	19,5	7,8	#	#	#
Indicador 4	97,9	5,9	97,4	9,2	0,5	#	#	#
Indicador 5	99,3	3,4	98,4	7,2	0,9	#	#	#
Indicador 6	99,8	1,8	100,0	0,0	- 0,2	#	#	#

Tabela 3: Comparação entre os indicadores das zonas urbana e rural

DP: desvio-padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

#: não se aplica ou não pôde ser calculado.

Indicador 1: proporção de gestantes cadastradas pela equipe em função das gestantes estimadas.

Indicador 2: média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pela equipe.

Indicador 2 (transformado): indicador 2 após transformação logarítmica.

Indicador 3: proporção de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação.

Indicador 4: proporção de gestantes cadastradas com consultas do pré-natal em dia.

Indicador 5: proporção de gestantes cadastradas com vacinas recomendadas em dia.

Indicador 6: proporção de gestantes cadastradas com acompanhamento domiciliar.

Ao avaliar os indicadores mês a mês, encontrou-se um desempenho mínimo de 92,3% na Unidade 6 em setembro. Foi observado um desempenho muito discretamente superior entre as unidades da zona rural (100,0%) em relação às unidades da zona urbana (99,8%). O desempenho anual do município foi praticamente completo (99,9%).

Não foi possível comparar os desempenhos individuais dos indicadores 3, 4, 5 e 6 entre as equipes e entre os tipos de unidade por meio da utilização do teste do qui-quadrado, visto que duas das condições necessárias para que se aceite a validade do teste não foram satisfeitas, a saber: a obrigatoriedade de que todas as frequências esperadas nas tabelas de contingência 2x2, e no mínimo 80% das frequências esperadas em tabelas maiores, apresentem valor mínimo de 5,0; e a obrigatoriedade de que nenhum desses valores seja nulo (ARANGO, 2009; FIELD, 2009).

Por fim, comprehende-se que os indicadores do PMAQ-AB revelaram-se viáveis na análise do acesso aos serviços de atenção pré-natal pelas unidades da ESF, mas são visivelmente insuficientes para a análise adequada da qualidade dessa assistência.

5 | DISCUSSÃO

Ainda que não tenham sido observadas grandes diferenças entre os desempenhos dos tipos de unidade, houve uma ligeira vantagem das equipes da zona urbana em

relação às equipes da zona rural, exceto na proporção de gestantes cadastradas e na proporção de gestantes com acompanhamento domiciliar. A captação e o cadastro das gestantes pela equipe de AB é o primeiro passo para a realização adequada do pré-natal. De fato, em 2013, em Caaporã, uma gestante da zona rural apresentou quase uma vez e meia mais chance ($RR = 1,45$) de ser captada do que uma gestante da zona urbana.

Esse fato causou, a princípio, certa estranheza, visto que uma grande pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro revelou uma associação positiva da utilização adequada do pré-natal a níveis mais altos de capital social e *status socioeconômico*, condições esperadas e observadas principalmente entre gestantes moradoras de áreas urbanas (LEAL et al., 2011). A própria ficha de qualificação dos indicadores do PMAQ-AB admite que o desempenho desse indicador pode ser influenciado por vários fatores, incluindo as condições socioeconômicas da população e a cobertura por planos privados de saúde (BRASIL, 2012b).

O capital social tem efeito positivo sobre a saúde individual e das coletividades, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis e um maior acesso a serviços de saúde (BERKMAN; KAWACHI, 2000). Condições sociais desfavoráveis estão relacionadas com baixos escores de capital social e essa interação reforça as desigualdades (WILKINSON; PICKETT, 2009).

Um baixo desempenho no primeiro indicador pode ser sinal de um verdadeiro déficit de captação e de cadastro de gestantes por parte das equipes de AB, mas pode também ser resultado de uma estimativa exagerada do número de mulheres grávidas para determinado local e período. A forma como o MS orienta o cálculo desse indicador parece apontar mais fortemente para a segunda hipótese (BRASIL, 2012b).

Uma possível superestimação do número de gestantes pode ser explicada, primeiramente, pelo fato de a estimativa de grávidas basear-se no número de nascidos vivos no município no ano anterior. Para isso, utilizam-se os dados mais recentes do website do SINASC, os quais, na data do estudo correspondiam aos dados referentes ao ano de 2011 (acessado em março de 2014), quando é sabido que a taxa de natalidade no Brasil vem diminuindo anos após ano nas últimas décadas.

Outro fator que sugere uma estimativa exagerada do número de gestantes é a realização do cálculo para cada uma das áreas do município tendo como base o número de nascidos vivos no ano anterior em todo o território municipal, o que por homogeneizar as taxas de natalidade observadas entre as diferentes áreas, quando, na verdade, é esperado que haja diferenças entre elas, relacionadas principalmente aos diferentes níveis socioeconômico, de escolaridade e de faixa etária de suas populações (LONGO, 2012).

Uma mudança na forma de cálculo desse indicador talvez resultasse em desempenhos mais satisfatórios e fidedignos de captação e de cadastro das gestantes pelas equipes de AB. Para tanto, poderiam ser utilizados dados mais atuais e representativos sobre os nascidos vivos no território avaliado, a exemplo daqueles

extraídos diretamente do SIAB.

A busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, a capacitação e a atualização dos profissionais visando à alimentação correta do SIAB, o monitoramento e a avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados e o acompanhamento das taxas de natalidade na área de abrangência são ações que podem melhorar substancialmente o desempenho desse indicador. Dados extraídos de uma base limpa do SIAB em 2010 apontaram a captação e o cadastro de 43,0% das gestantes estimadas pelas equipes da ESF de todo o país (BRASIL, 2012b), um número idêntico ao observado no município de Caaporã, no ano de 2013.

Em relação ao segundo indicador, deve-se considerar o seu desempenho insuficiente, visto que dados extraídos de uma base limpa do SIAB em 2010 apontaram uma média nacional de 7,0 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pelas equipes de AB e uma média para o estado da Paraíba de 9,0 atendimentos (BRASIL, 2012b), ou seja, números visivelmente superiores à média apresentada pelo município de Caaporã (1,9).

Cabe aqui ressaltar, mais uma vez, que essa média não se refere ao número de consultas que cada gestante recebe individualmente durante o pré-natal, mas ao número de atendimentos de pré-natal realizados pelo profissional médico e pelo profissional enfermeiro em determinado local e período dividido pelo número de gestantes cadastradas no mesmo local e no mesmo período. Esse cálculo neutraliza as diferentes necessidades de atendimento das gestantes, uma vez que algumas delas necessitam de mais consultas do que outras, de acordo com a idade gestacional e com as complicações da gravidez.

O baixo desempenho desse indicador pode ser resultado de uma verdadeira insuficiência de serviços oferecidos, mas pode também ser diretamente influenciado pela forma como os serviços estão atualmente organizados no município de Caaporã. Foi verificado, por exemplo, que os atendimentos de pré-natal são feitos de forma alternada entre os profissionais médicos e os profissionais enfermeiros (comunicação verbal). Ou seja, se em determinada consulta de pré-natal a gestante for atendida pelo profissional enfermeiro, no atendimento seguinte ela deverá ser atendida apenas pelo profissional médico, e vice-versa.

Esse fato reduz pela metade o desempenho potencial do indicador, uma vez que os atendimentos dos profissionais médico e enfermeiro são contabilizados e cadastrados no SIAB de forma independente. Se os dois profissionais realizassem o atendimento à gestante em cada consulta de pré-natal, o indicador poderia atingir o dobro do desempenho observado. De fato, tanto o profissional médico quanto o profissional enfermeiro são indispensáveis na assistência ao pré-natal de baixo risco, possuindo competências específicas que não devem ser negligenciadas ou transferidas a outro profissional, de modo que ambos devem realizar suas atividades individualmente, porém de forma complementar e integrada. A consulta da enfermagem não exclui a necessidade da consulta médica, e vice-versa (BRASIL, 2012a).

Faz-se necessária, portanto, a implantação de um protocolo para atendimentos de pré-natal e de um processo de monitoramento da adequação das práticas das equipes de AB em relação aos parâmetros de qualidade que forem estabelecidos, inclusive naquilo que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento, segundo os objetivos do PHPN (BRASIL, 2002, 2012a, 2012b). Não se pode deixar de pensar, também, na possibilidade de haver um sub-registro desses atendimentos, devendo-se capacitar e atualizar os profissionais envolvidos na alimentação do SIAB, bem como realizar o monitoramento e a avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados.

No que se refere ao terceiro indicador, foi observado um excelente desempenho, com 92,6% das gestantes iniciando o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, um número muito superior àquele observado em 2010 para a totalidade nacional das equipes da ESF, que foi de apenas 79,0% (BRASIL, 2012b). O fato de realizar o acompanhamento do pré-natal e, mais do que isso, de iniciar as consultas no primeiro trimestre da gravidez, é primordial para a detecção precoce de gestações consideradas de alto risco, pois permite intervir sobre condições que causam retardos de crescimento intrauterino, parto prematuro e morte da criança e da mãe, eventos não raros na gestação, ao menos nos países ditos em desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

Em um estudo realizado no município de Campina Grande, Paraíba, foram detectados diversos fatores de risco para o parto pré-termo, os quais podem ser prevenidos e corrigidos entre aquelas gestantes que iniciam precocemente o acompanhamento pré-natal. Entre esses fatores, destacam-se a própria inadequação da assistência pré-natal, o ganho ponderal materno insuficiente, a hipertensão arterial, as internações por qualquer causa, as alterações do volume de líquido amniótico e os sangramentos vaginais (ASSUNÇÃO et al., 2012).

Uma vez que houve um desempenho minimamente satisfatório na captação e no cadastro das gestantes, esperava-se também um bom desempenho na proporção das gestantes com as consultas do pré-natal em dia. De fato, o observado não foi diferente do esperado. Esse indicador permite inferir as condições de acesso ao pré-natal, sofrendo influência tanto da adesão da própria gestante ao acompanhamento regular da assistência pré-natal, quanto do acolhimento prestado nas unidades de saúde que oferecem esses serviços. No município de Caaporã, 97,8% das mulheres grávidas estavam com as consultas de pré-natal atualizadas durante o ano de 2013.

É durante o acompanhamento pré-natal que a gestante deve receber as orientações necessárias e esclarecer as suas dúvidas em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, tanto nas consultas realizadas na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares dos profissionais que atuam na ESF. É também de fundamental importância que se atualize a situação vacinal da gestante durante esse período. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da mulher grávida, mas também do feto (BRASIL, 2012a, 2013).

O quinto indicador, relativo à proporção de gestantes com vacinas em dia, obteve

um excelente desempenho, estando 99,9% das gestantes com vacinação atualizada durante todo o ano. Foi perceptível um desempenho anual inferior da Unidade 9 (95,3%), um fato que pode estar relacionado a questões operacionais, tendo em vista a localização remota desta unidade.

A integralidade é um dos princípios do SUS que, aliada à universalidade do acesso, à equidade das ofertas em saúde e à participação da comunidade, modifica os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma não-fragmentada, ocorrendo articulação de ações de promoção e prevenção com ações curativas e reabilitadoras. Desse modo, a atenção à gestante deve ser realizada integralmente, sem haver dissociação de questões biológicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de suas relações sociais.

Partindo desse princípio, dentro das ações de pré-natal, tendo como foco a atenção integral, as visitas domiciliares às gestantes por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos demais profissionais atuantes na ESF são imprescindíveis. Essas visitas auxiliam na detecção precoce de situações que ponham a gravidez em risco, bem como na identificação de quadros de sofrimento psíquico, principalmente durante o puerpério, subsidiando o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento.

O sexto indicador, que representa a proporção de gestantes recebendo acompanhamento domiciliar, revela uma cobertura praticamente universal, com desempenho de 99,9%. É durante essas visitas que as recomendações sobre a gravidez e os cuidados gerais com o recém-nascido podem ser feitas com mais afinco, pois geralmente duram mais tempo do que as consultas realizadas nas unidades de saúde. As visitas domiciliares propiciam, ainda, uma oportunidade ímpar de reforçar o reconhecimento das limitações socioeconômicas das famílias por parte dos profissionais de saúde, uma vez que possibilitam o contato direto com o microambiente familiar da gestante.

6 | CONCLUSÕES

Embora os indicadores do PMAQ-AB tenham revelado um amplo acesso aos serviços de pré-natal oferecidos pela ESF, eles se mostraram insuficientes para analisar a qualidade da assistência prestada. Domingues et al. (2012) alertaram para o fato de que análises baseadas apenas no número de consultas podem acobertar graves problemas na qualidade do cuidado oferecido, sendo essa uma explicação plausível para inconsistências encontradas em avaliações de eficácia que utilizaram apenas critérios quantitativos, a exemplo dos estudos de Whebyet et al. (2009), de Almeida e Barros (2004) e de Barros et al. (2005).

De fato, o número de consultas e de visitas domiciliares, bem como a época

de início e a adesão ao pré-natal, não são fatores suficientes para a avaliação da assistência, sendo necessário averiguar também o conteúdo desses atendimentos. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul revelou que 59,8% das puérperas entrevistadas não foram submetidas ao exame clínico das mamas durante as consultas de pré-natal, especialmente aquelas com parto e pré-natal realizados pelo SUS (GONÇALVES et al., 2008). Esse fato vai de encontro à preconização do MS de que seja realizado o exame clínico das mamas em conjunto com as orientações para o aleitamento materno ainda na primeira consulta de pré-natal.

Diversos indicadores são empregados para avaliar a qualidade e a adequação da assistência ao pré-natal, sendo divididos em dois grandes grupos: os de utilização ou quantitativos; e os de processo ou conteúdo ou qualitativos. A maioria dos estudos utiliza um conjunto de indicadores quantitativos (a exemplo dos índices de Kessner, Kotelchuck ou PHPN), embora uma pequena parcela faça uso de índices qualitativos ou mistos, geralmente versões ampliadas dos primeiros, acrescentando-se outros critérios avaliativos, como a realização de exames, a prescrição de sulfato ferroso e a participação em atividades educativas (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro utilizando o índice PHPN ampliado mostrou uma baixa adequação global da assistência ao pré-natal (33,3%), com resultado inferior a 10% em gestantes com mais de 37 semanas. A proporção da adequação reduziu-se quando foram acrescentados à análise outros itens de avaliação além do início precoce do pré-natal e do número de consultas, como a realização completa dos exames de rotina e as orientações sobre o parto. A orientação sobre o direito ao acompanhante durante o parto foi o menos frequente dentre os itens avaliados no estudo, sendo também pouco referidas as orientações sobre as técnicas e benefícios da amamentação (DOMINGUES et al., 2012).

Entre os indicadores propostos pelo PMAQ-AB relacionados à assistência pré-natal, a proporção de gestantes com calendário vacinal atualizado segundo as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um indicador de conteúdo que merece ser destacado. Esse critério de avaliação de caráter qualitativo vai ao encontro das tendências atuais, uma vez que existem esforços por parte de diversos grupos de pesquisa para promover o desenvolvimento de índices capazes de mensurar a qualidade da assistência pré-natal de forma mais abrangente e fidedigna, utilizando elementos tanto quantitativos quanto qualitativos, organizados segundo a tríade avaliativa da infraestrutura, do processo de trabalho e dos resultados (SILVA et al., 2013).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e indicadores do setor:** beneficiários por município. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabcnet_02.def>. Acesso em: 5 mar. 2014.

ALMEIDA, S. D. M.; Barros, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 22-35, 2004.

ARANGO, H. G. **Bioestatística:** teórica e computacional. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ASSUNÇÃO, P. L. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, 2012.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, p. 847-854, 2005.

BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. **Social epidemiology**. Nova York: Oxford University Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CESAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012.

DATASUS. **Sistema de Informações da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

FIELD, A. **Descobrindo a estatística usando o SPSS**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, C. V. et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1783-1790, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações completas sobre o município de Caaporã, Paraíba**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil>>.

php?lang=&codmun=250300>. Acesso em: 5 mar. 2014.

LEAL, M. C. et al. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 237-253, 2011. Suplemento 2.

LONGO, L. A. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos Popacionais**, v. 19, n. 2, p. 229-247, 2002.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas Brasil 2013**: mapas ilustrativos do desenvolvimento humano nos municípios. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3751>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. Health promotion in nursing practice. In: _____. **Upper saddle river**. Nova Jersey: Pearson Education, 2005.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, E. P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 5, p. 356-362, 2013.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

VICTORA, C.; CESAR, J. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

WEHBY, G. L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 24, p. 175-188, 2009.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. **The spirit level**: why more equal societies almost always do better. Londres: Penguin Books, 2009.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO BRASIL

Bárbara Lima Sousa,

Mestra em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza - CE

Maria Eli Lima Sousa,

Mestra em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza - CE

Mirella Hipólito Moreira de Anchieta

Mestra em Psicologia, Professora do Centro Universitário Unichristus, Fortaleza - CE

Rafael Ayres de Queiroz

Mestre em Saúde Coletiva, Professor do Centro Universitário Unichristus, Fortaleza - CE

Roberto Sousa

Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza - CE

de utilidade pública do Ministério dos Direitos Humanos (MDH), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Pessoa Idosa. Saúde Coletiva. Violência

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um o processo natural e inevitável de declínio biológico, que se reflete na diminuição da capacidade de autocuidado. A velhice faz parte de um complexo processo que envolve ganhos e perdas, acentuados por fatores internos ou externos e pela estrutura social em que o indivíduo se encontra inserido. O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. De 6,3% da população total, em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais passarão a representar 14%, em 2.025 - em números absolutos uma das maiores populações de idosos do mundo. As implicações sociais e concernentes à saúde pública são dramáticas e têm sido objeto de discussão.

O processo de envelhecimento populacional desencadeia um número enorme

RESUMO: O presente estudo busca realizar por meio de uma pesquisa descritiva e exploratória os aspectos epidemiológicos da violência contra o idoso no Brasil. Considerando que o processo de envelhecimento populacional desencadeia um número enorme de implicações de ordem social e econômica. Além das limitações físicas, psíquicas e sociais decorrentes do envelhecimento, a pessoa idosa geralmente é relegada a segundo plano no seio da família, no mercado de trabalho e na sociedade em geral, sendo vítima de diferentes tipos de violência. Os dados estatísticos trabalhados no presente estudo vieram do Disque 100, que é um serviço

de implicações de ordem social e econômica. Além das limitações físicas, psíquicas e sociais decorrentes do envelhecimento, a pessoa idosa geralmente é relegada a segundo plano no seio da família, no mercado de trabalho e na sociedade em geral, sendo vítima de diferentes tipos de violência. Apesar do arcabouço jurídico legal, Política Nacional do Idoso (1994) e do Estatuto do Idoso (2003), essas pessoas continuam sendo vítimas de violência e tendo seu cuidado negligenciado, principalmente, por familiares (BRASIL, 2017).

Dentre os agravos contra os idosos, ressalta-se a violência, se tornou um fenômeno universal, desencadeando necessidade crescente de atenção e mobilização, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. As violências e os maus tratos contra os idosos se referem aos abusos físicos, psicológicas e sexuais; o abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência. Estudos de diferentes culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas de todos os status socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus tratos que ocorrem de várias formas; física, sexual, emocional e financeira. Frequentemente, uma pessoa idosa sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus tratos. (SOUZA, 2007)

Constata-se também que os países economicamente desenvolvidos vieram ao longo do processo de envelhecimento, adaptando suas sociedades do ponto de vista social, político, econômico e familiar) para lidar com o fenômeno do envelhecimento. Entretanto, este fato não foi observado nos países em desenvolvimento, que no momento ainda não se encontram preparados para o impacto que tal mudança pode causar aos diversos seguimentos da sociedade. Em decorrência, diversos conflitos se estabelecem, sejam de ordem familiar, econômica, política, previdenciária, social, de gênero, ou de saúde. No caso do Brasil, são muitas as necessidades dos idosos que não são supridas pela atual conjuntura social e política instalada. (FLORENCIO, 2007)

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta ao Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, órgão vinculado ao Ministério dos Direitos Humanos, que recebe, examina e encaminha denúncias e reclamações. Atua na resolução de tensões e conflitos sociais que envolvem violações de direitos humanos.

O principal canal de comunicação da Ouvidoria é o Disque Direitos Humanos – Disque 100, serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana. As denúncias recebidas na Ouvidoria e no Disque 100 são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis.

Os dados estatísticos trabalhados no presente estudo vieram do Disque 100, que é um serviço de utilidade pública do Ministério dos Direitos Humanos (MDH), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas

relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida.

O estudo foi baseado na análise das denúncias contra a pessoa idosa, no intervalo de tempo de 2015 a 2016, com abrangência em todo território nacional.

A variável dependente foi violência contra o idoso, caracterizadas como: abuso financeiro e econômico/violência patrimonial; discriminação; negligência; outras violações; tortura; trabalho escravo; violência física; violência institucional; violência psicológica e violência sexual. Foi considerado como idoso, toda pessoa com idade de mais de 60 anos.

Por se tratar de uma base de dados de domínio público não se fez necessária submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo dados do Relatório da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, as mulheres são o maior grupo nas vítimas com registro de denúncias, representando 60% do total de denúncias. (Brasil, 2016). Esse é um dado que reverbera e reforça a continuidade de um processo de intimidação e vitimização do sexo feminino no cenário da violência no Brasil.

Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento	Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento
2011	8.224	186,33%	2014	27.178	18,62%
2012	23.548		2015	32.238	
Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento	Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento
2012	23.548	65,52%	2015	32.238	1,73%
2013	38.976		2016	32.632	
Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento	Ano	Quantidade de denúncia	% de Aumento
2013	38.976	-30,27%	2016	32.632	1,54%
2014	27.178		2017	33.133	
Total de Denúncias					195.929

Tabela 01: Balanço Geral - Pessoa Idosa - Nacional Período: 2011 – 2017. Emitido em:
07/03/2018 11:46:00

Apesar do avanço na criação e validação do Estatuto do Idoso no Brasil, ainda se observa um aumento na proporção de violências contra os idosos. No ano de 2011, houve um total de 8.224 denúncia de violência, em 2012 o número salta para 23.548, tendo um aumento de 186,33%. Pode-se imaginar também um maior número de notificações entre os períodos de 2011 - 2017, como resultados das campanhas contra violência ao idoso. Ressaltando que esses dados não são de notificação compulsória, e sim, de um sistema anônimo de denúncia.

As violências contra idosos se manifestam de forma estrutural, aquelas que ocorrem pela desigualdade social e são naturalizadas nas manifestações de

pobreza, miséria e discriminação; interpessoal nas forma de comunicação e de interação cotidiana e institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais e pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezos e de discriminação. (FLORENCIO,2007)

Tipo de Violência	Ano	Quantidade de Denúncia
Abuso Financeiro	2011-2017	80.888
Negligência	2011-2017	146.227
Violência Física	2011-2017	56.700
Violência Psicológica	2011-2017	107.780

Tabela 02: Balanço Geral - Pessoa Idosa - Nacional. Período: 2011 – 2017. Emitido em:
07/03/2018 11:46:00

Na Tabela 02 estão descritas as formas de violência que mais se destacaram no tocante a quantidade de denúncia, nos intervalos de anos: 2011 a 2017. Observa-se que a negligência com total de 146.227 denúncias e a violência psicológica com um total de 107.780 denúncias, estão em maior número. Devemos considerar que também existem as feridas e machucados da alma, e esses, são os mais representativos no quantitativo de denúncia.

A escassez de informações quanto aos agredidos e agressores é uma temática delicada, de difícil estudo e identificação, principalmente porque os idosos geralmente não denunciam abusos e as agressões sofridas. Esse é um fator delimitador do presente estudo, considerando que análise dos dados foi realizada com base no relatório do Ministério de Direitos Humanos, mesmo assim, acredita-se que existe um grande hiato entre os dados representados pelas denúncias e o efetivo das violências na prática.

Apesar do aumento visível entre os períodos analisados, pode-se inferir que o número poderia ser maior e não é por falta de informação de tal veículo de denúncia, por constrangimento ou por temerem punições e retaliações de seus cuidadores que são, frequentemente, os próprios agressores. Há ainda aqueles que sofrem maus-tratos mascarados e nem se dão conta que estão sendo vítimas de violência.

No entanto, as relações violentas não são unilaterais, suas causas são complexas e ocorrem em diferentes níveis. Dentro dessa perspectiva, a qualidade da relação é anterior ao estado de dependência do idoso em relação ao cuidador que determina a forma positiva ou negativa com que este último percebe sua tarefa, podendo vê-lo como castigo ou como ato de gratidão e dedicação amorosa. A relação, naturalmente estressante, entre cuidador e idosos se transforma em violenta apenas quando o cuidador se isola socialmente, possui laços afetivos fracos com o idoso, foi vítima de violência por parte dele no passado ou apresenta algum tipo de problema psiquiátrico. (ESPINDOLA,2007)

A questão da negligência e dos maus-tratos contra idosos não é um fenômeno novo, no entanto, apenas nas últimas duas décadas é que esse problema começou a

despertar o interesse da comunidade científica. As preocupações com os maus-tratos aos idosos aumentaram, também, em consequência de uma conscientização mundial de que, nas próximas décadas, haverá um importante aumento demográfico nesse segmento da população.

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde entende por maus-tratos e negligência como uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança. No Brasil, a negligência é uma das formas de violência mais presentes tanto no contexto doméstico quanto no plano institucional, resultando frequentemente em lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para o idoso.

Sousa, White, Soares, Nicolosi, Cintra, D'Elboux (2010), em seu artigo *Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros*, destaca:

A escassez de dados epidemiológicos atualizados que expressem a verdadeira dimensão estatística do problema, além da ausência de exploração científica minuciosa das diversas faces da violência contra o idoso. Observou-se, em algumas famílias, que o(a) idoso(a) demonstrava possuir uma personalidade dominadora e controladora, muitas vezes agredindo os filhos, o que pode ocasionar uma inversão nessas posições quando o pai ou a mãe envelhecem e se tornam dependentes deles. Outros aspectos seriam o estresse, além da exaustão física e emocional provenientes dos cuidados dispensados, principalmente em casos de o idoso depender de cuidados especiais de saúde (p. 321).

Tipo de Serviços	Encaminhamentos	Respondidas	%
Conselhos de direitos da Pessoa Idosa	32.889	239	0,70%
CRAS/CREAS	20.351	4.285	21,06%
Delegacia de Polícia	10.500	1.184	11,28%
Ministério Público	5.035	522	10,37%
Delegacias Especializadas	3.827	518	13,54%
Outros Serviços	16.114	2.320	14,40%
Total Geral	88.716	9.068	10,22%

Tabela 03 Encaminhamentos. Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos – 2016.

Com análise da Tabela 03, pôde-se apreender a inquestionável importância dos serviços voltados para o atendimento aos idosos, haja vista que o número de órgãos e instituições voltados para esse problema se encontra ainda reduzido, sendo, assim, urgente à mobilização social para este fim. Na tabela 03 estão alguns serviços voltados para o acolhimento dos idosos. É preciso, no entanto, que haja melhor qualificação dos profissionais que lidam diretamente com os idosos para que o cuidado e a proteção de pessoas pertencentes a essa faixa etária sejam realmente eficazes. Consideração reforçada pelas quantidades de encaminhamentos em diferenciação da quantidade de respostas ao Ministério dos Direitos Humanos.

Os serviços de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especial da Assistência Social – CRAES, são as entidades que melhor

responderam aos encaminhamentos, considerando que faz parte desses serviços o acompanhamento dos envolvidos.

O corte no orçamento desses setores, previsto para 2018 pelo governo federal para a assistência social ameaça seriamente a viabilidade desse tipo de trabalho nos municípios brasileiros. O Ministério do Planejamento já havia limitado em R\$ 900 milhões os recursos para a assistência social em todo o Brasil, mas, segundo o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas), o valor lançado para o Fundo Nacional de Assistência Social é ainda menor: de apenas R\$ 78 milhões.(CFESS, 2018)

Uma melhor formação dos profissionais da área da saúde, por exemplo, facilitaria bastante à identificação de maus-tratos nas instituições de saúde, nos domicílios e nas ruas. A partir do momento em que não se restringem as denúncias apenas aos órgãos específicos, evita-se a subnotificação dos casos, o que favorece maior fidedignidade aos dados epidemiológicos, primordiais para o estabelecimento de condutas. Entre as intervenções que favorecem maior conscientização e sensibilização da sociedade, com o consequente aumento do número de denúncias, observou-se a exposição da violência contra idosos na mídia. Dessa forma, é importante que mais campanhas publicitárias sejam desenvolvidas focalizando essa temática, com vistas a sensibilizar a sociedade quanto ao envelhecimento da população e aos cuidados de que os idosos precisam. (FLORENCIO,2007)

Considera-se, por conseguinte, que a idade avançada deixa os idosos mais vulneráveis. Para aqueles, mesmo que autônomos e independentes, geralmente, são vítimas de quedas e atropelamentos. Não há segurança na travessia de semáforos e nem tempo suficiente para que cheguem do outro lado da rua. Verifica-se, ainda, que é desrespeitosa a atitude dos empresários e vários motoristas do transporte coletivo, que não gostam de levar velhos por não pagarem passagem e, dessa maneira, chegam ao ponto de acelerar o veículo quando o idoso vai entrar.(SHIMBO,2011)

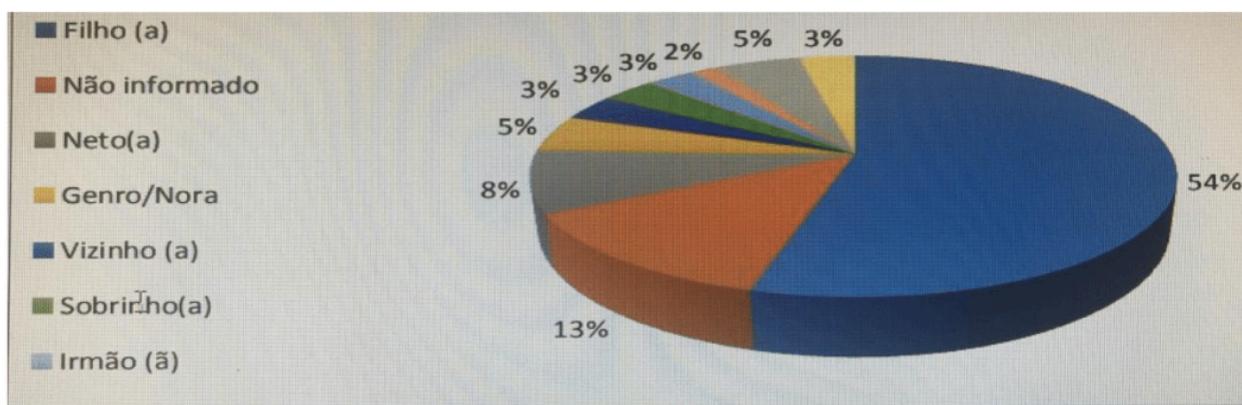


Gráfico 01 - Relação Suspeito/ Vítima. Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos – 2016.

Portanto, observa-se a necessidade de buscar estratégias que mantenha e preserve os cuidados aos idosos de maneira integralizada, principalmente, àqueles

em condição de dependência ou semi-dependência fragilizados e, ainda, vítimas de violência e maus-tratos no seio da família ou nas instituições de longa permanência. Como revelado no Gráfico 01: a violência doméstica é uma grande responsável pela situação dos idosos, sendo praticada em sua grande maioria pelos cuidadores, os filhos, 54% dos casos. Observamos no gráfico 01, mais uma vez, as subnotificações, em sua grande parte devido a proximidade do agressor com a vítima. Em menores proporções e ainda muito graves, temos os vizinhos, genros, noras, netos, sobrinho e irmãos como os agressores.

O próximo gráfico também mostra a casa da vítima como o ambiente onde ocorrem 86% de agressões e maus-tratos. Sendo que também há relatos de hospitais, órgãos públicos, via pública. Então onde deveria estar havendo o cuidado, o idoso é exposto a situações degradantes e deteriorando a qualidade de vida.

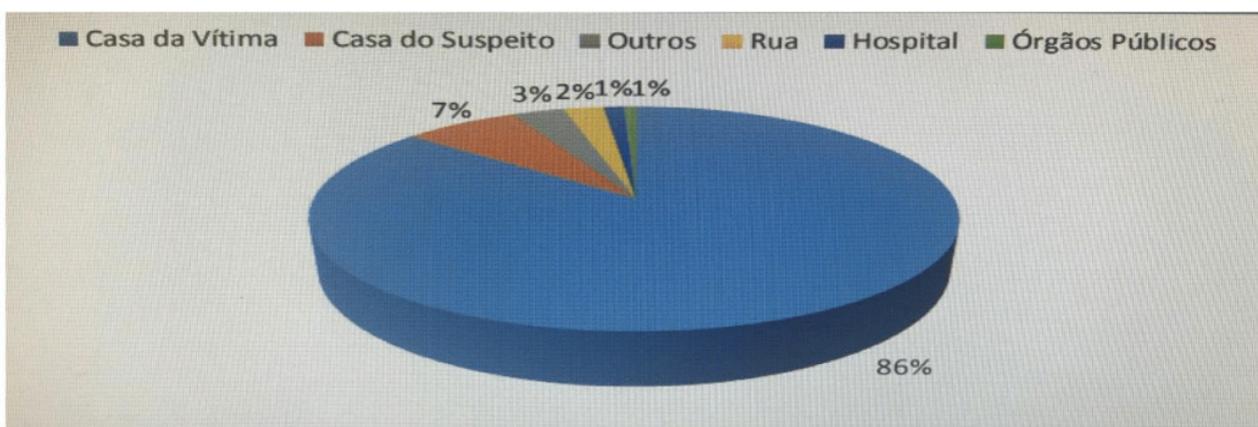


Gráfico 02 - Local de violação. Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos – 2016.

A falta de iniciativa por parte do idoso em denunciar a violência cotidiana sofrida em suas diferentes formas de expressão e motivos se dá inclusive pela ausência de percepção do que seja este fenômeno, razão pela qual é preciso conhecer as representações sobre violência e maus-tratos construídas pelo idoso e, consequentemente, estratégias que possibilitem minimizá-las ou vencê-las.

Assim, pode-se denotar a importância de serviços voltados para essa questão, como as instituições próprias para denúncias das violências aos idosos, porém torna-se fundamental que políticas públicas enfoquem o papel social do idoso, bem como privilegiem o cuidado e a proteção dessas pessoas fragilizadas em suas famílias e nas instituições. Urge, ainda, que campanhas publicitárias permaneçam ocorrendo, com vistas à sensibilização da sociedade quanto ao envelhecimento da população e aos cuidados de que os idosos necessitam. Ainda é pequena, porém, a quantidade de pesquisas científicas que abordam dados epidemiológicos voltados a essa temática, no Brasil, sendo aqui sugerido que sejam feitos mais estudos nessa área, bem como implementadas políticas que visem à prevenção dos maus-tratos e da violência contra as pessoas idosas. (SHIMBO,2011)

CONCLUSÃO

Elencar de forma quantitativa os dados da violência contra os idosos é uma tarefa que se desenha com uma série de desafios, em primeiro aspecto porque existe uma escassez nas fontes de dados. Nesse sentido, considera-se a importância de uma pesquisa epidemiológica sobre a violência contra o idoso, para que essa violência seja documentada, apurada e tenha um acompanhamento social.

Outro fator importante, e que mostra um caminho possível em meio ao labirinto dos afetos e diagnósticos, é o trabalho de um manejo clínico para detectar o problema, que deve ser percebido pelos diversos atores sociais: comunidade, profissionais da saúde, assistência social.

Divulgar a possibilidade de denúncia de forma anônima e segura é uma ferramenta para uma ressignificação da violência contra os idosos, que a partir dessa notificação, torna-se um dado, que tem que ser verificado e tomado os devidos encaminhamentos.

A violência impõe obstáculos ao envelhecimento seguro e digno. Assim, a participação de todos os níveis governamentais na elaboração de planos e políticas nacionais é fundamental para prevenção da violência, ao estabelecerem importantes parcerias entre os setores e assegurarem a devida alocação de recursos.

É muito importante, então, que se tenha consciência da dificuldade dos idosos quando precisam tomar a atitude de denunciar os maus-tratos que sofrem. Muitos, apesar de afirmarem conhecer, não têm, na verdade, a consciência da abrangência de seus diretos, outros não conseguem se aproximar da delegacia, e muitos padecem do medo de denunciar aqueles que os cuidam. Por fim, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas a respeito desse tema, pois, por intermédio dos dados epidemiológicos, viabilizam-se o planejamento de estratégias e a implementação de políticas, as quais devem visar à prevenção dos maus-tratos e da violência contra as pessoas idosas. A relevância da investigação traduz-se no estabelecimento do dia mundial de luta contra os maus-tratos aos idosos, 15 de junho, como tentativa de sensibilizar a sociedade para a questão.

A partir do acima descrito aponta-se a responsabilidade simultânea do Estado, família e sociedade para com o idoso. O enfrentamento do problema da violência contra o idoso não se finaliza na culpabilização da família e em sua punição. De nada adianta culpar e punir a família se não forem dadas oportunidades de modificações reais do comportamento, o que requererá, muitas vezes, mudança na conjuntura em que vivem.

O combate aos atos de violência às categorias mais frágeis da espécie humana devem começar na própria formação profissional, para identificarem a violência, que desde cedo deve ter seus valores éticos reforçados e ampliados por sua instituição formadora, bem como, das instituições acessíveis para acolher as queixas dos idosos.

Coibir a violência é um ato de cidadania. Do ponto de vista social, o contrário da

violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, órgão vinculado ao Ministério dos Direitos Humanos. 2017.

ESPINDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 2, p. 301-306, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200020>.

FLORENCIO, M.V.diL.. FILHA, M.O.F. SÄ, L.D>de >Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascenção**. Disponível em<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>

SHIMBO, Adriano Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 506-510, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300009>.

SOUZA, Danúbia Jussana de et al. **Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2010, vol.13, n.2, pp.321-328. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200016>

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, p. 268-272, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300004>.

CÂNCER DE MAMA: SENTIMENTOS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA SOB O OLHAR DA MULHER EM QUIMIOTERAPIA

Hyana Sâmea de Sousa Freire

Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza – Ceará

Ana Kelly da Silva Oliveira

Faculdade Princesa do Oeste

Crateús – Ceará

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza – Ceará

com pelo menos um filho, Ensino Fundamental incompleto, trabalhadoras do lar e residentes no Ceará. A percepção acerca de si, da doença, de seu contexto social e da vida depende do modo como a mulher encara a realidade e lida com estigmas e do momento que vivencia nesta trajetória. A equipe de saúde deve compreender os aspectos subjetivos que permeiam o câncer de mama para atuar de forma humanizada, preparar as mulheres para o enfrentamento da doença e contribuir para a desconstrução dos estigmas que envolvem o câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama, Atitude Frente à Saúde, Acontecimentos que Mudam a Vida.

ABSTRACT: The study aimed to know the feelings of women with breast cancer doing chemotherapy about life after the diagnosis of cancer. It is part of a larger study entitled Diagnostic and Chemotherapeutic Experiences of Women with Breast Cancer, performed in April 2013 in a hospital considered a reference in cancerology located in Fortaleza-CE. It was a qualitative, descriptive study carried out with 21 women with breast cancer, aged 18 years or older and who underwent chemotherapy by the Unified Health System. The data were collected through form, assistematic observation and semi-structured interviews guided by the narratives themselves, bases on the question:

RESUMO: O estudo objetivou conhecer os sentimentos de mulheres com câncer de mama em quimioterapia acerca da vida após o diagnóstico de câncer. Trata-se de um recorte da pesquisa “Experiências diagnósticas e quimioterápicas de mulheres com câncer de mama”, realizada em abril de 2013, em um hospital de referência em cancerologia, em Fortaleza-CE. Estudo qualitativo, descritivo, do qual participaram 21 mulheres com câncer de mama, idade igual ou superior a 18 anos e que realizavam quimioterapia pelo SUS. Os dados foram coletados por meio de formulário, observação assistemática e entrevistas semiestruturadas orientadas pelas próprias narrativas, a partir da questão: “Conte-me como você descobriu que estava com câncer de mama”. Predominaram mulheres de 40 a 59 anos, católicas, casadas ou em união estável,

"Tell me how do you discovered you had breast cancer". Most participants were women between 40 and 59 years old, Catholics, married or in a stable union, with at least one child, incomplete Elementary School, domestic workers and residents in Ceará. The perception about oneself, the disease, its social context and its life depends on the way woman faces the reality and the stigmas and depends on the moment she experiences in this trajectory. The health team must understand the subjective aspects related to the breast cancer in order to act with humanization, prepare women to face the disease and contribute to the deconstruction of the stigmas that involve breast cancer.

KEYWORDS: Breast Neoplasms, Attitude to Health, Life Change Events.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar dos constantes avanços tecnológicos e científicos, o câncer de mama ainda é alvo de grandes preocupações devido ao perfil epidemiológico que apresenta.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais atinge a população feminina mundial. No Brasil, estimam-se 59.700 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019, sendo o mais frequente em mulheres nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Além disso, apresenta uma taxa bruta de incidência de 47,52 casos por 100 mil mulheres e 2.200 casos novos no Ceará (INCA, 2017).

Após experimentar sentimentos contraditórios ao se deparar com uma doença grave e estigmatizada como incurável e mutiladora, como o câncer de mama, as mulheres tendem a buscar o autoconhecimento e repensar sua postura perante a vida, valores e princípios (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O conformismo com a realidade tende surgir, com o passar do tempo, após a mulher experimentar uma diversidade de sentimentos desde a descoberta da doença até o tratamento na medida em que elas percebem que os sentimentos negativos dificultam o tratamento. Há mulheres que afirmam que o câncer causou uma reviravolta em suas vidas, abrindo espaço para sentimentos de resignação, esperança e valorização da espiritualidade (OLIVEIRA et al., 2010).

Portanto, além dos aspectos clínicos, as questões psicossociais também são importantes a se considerar na abordagem da mulher com câncer de mama. É necessário que as equipes de saúde estejam capacitadas para apoiar e orientar tais mulheres, a fim de prepará-las para seguir o plano terapêutico com a esperança de que a cura é possível e de que a vida continua, mesmo após o câncer.

Com base no exposto, a relevância deste estudo concentra-se na possibilidade de compreensão de fatores subjetivos intrínsecos à mulher, ao câncer de mama e à mulher com câncer de mama, revelando aspectos que apenas o olhar clínico-cirúrgico não é capaz de captar. Tal percepção pode contribuir para a efetivação de uma atenção integral e eficaz à saúde da mulher, pela equipe como um todo. Além disso, espera-se que o estudo forneça subsídios a gestores de unidades de oncologia para trabalhar questões relacionadas à melhoria da qualidade do cuidado prestado às mulheres com

câncer de mama submetidas a tratamento quimioterápico.

Diante disso, o estudo objetivou conhecer os sentimentos de mulheres com câncer de mama em quimioterapia acerca da vida após o diagnóstico de câncer.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva, visto que este tipo de pesquisa destina-se a observar, registrar e analisar fatos e fenômenos sem a interferência do pesquisador, procurando descobrir suas características, causas e relações com outros fatos, a fim de explicar e interpretar a realidade estudada (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Experiências diagnósticas e quimioterápicas de mulheres com câncer de mama”, realizada em um hospital filantrópico de grande porte situado na cidade de Fortaleza, Ceará. Tal hospital consiste em um centro de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer considerado a maior referência em cancerologia das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Optou-se mais especificamente pelo desenvolvimento do estudo na unidade de quimioterapia que atende os pacientes do SUS, considerando que estes são os mais vitimados pela carência de recursos e pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e por constituírem a maioria dos atendimentos neste hospital.

O estudo foi realizado no mês de abril de 2013, no qual foram agendados 2101 pacientes para realização de quimioterapia ambulatorial pelo SUS, para os mais diversos tipos de câncer. Deste total, 89% foram atendidos, 9% faltaram e 2% foram remarcados para outro mês (ICC, 2013). O hospital, entretanto, não possui registros do quantitativo de pacientes que realizam quimioterapia para o tratamento específico do câncer de mama.

É importante destacar que a amostra foi determinada por meio da saturação teórica. Fontanella, Ricas e Turato (2008) apontam que a amostragem por saturação é uma ferramenta que determina o tamanho final de uma amostra suspendendo a inclusão de sujeitos quando as informações dadas por novos participantes passam a apresentar certa redundância ou repetição na avaliação do pesquisador.

Assim, participaram do estudo, 21 mulheres que atendiam aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado de câncer de mama e estar sendo submetida a tratamento quimioterápico na unidade de quimioterapia do SUS do hospital pesquisado, no mês de abril de 2013. Vale salientar que não foram abordadas as mulheres que não tinham consciência plena de seu diagnóstico de câncer de mama ou que se mostraram incapazes de responder à entrevista, por quaisquer motivos - dentre elas, apenas uma não estava ciente da doença que tinha.

A coleta de informações se deu, inicialmente, por meio de consulta aos prontuários para a obtenção de dados que permitissem a caracterização das participantes, com o auxílio de um Formulário. Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada

associada à observação assistemática das características pessoais e expressões verbais e não verbais das mulheres em quimioterapia.

As entrevistas foram orientadas pelas próprias narrativas e, portanto, não seguiram uma sequência comum entre elas, exceto pela questão inicial norteadora: “Conte-me: como você descobriu que estava com câncer de mama?”.

No que tange à caracterização das participantes, os dados obtidos foram organizados em planilhas do Microsoft Office Excel e analisados utilizando-se métodos de estatística descritiva. Quanto às narrativas, cada relato foi analisado isoladamente para identificação de seus elementos constituintes. Os relatos foram contextualizados e vivificados com as palavras das mulheres, permitindo a interpretação, compreensão e organização do fenômeno em questão, resultando no que se denomina descrição densa. Uma descrição densa consiste em um relato rico e abrangente do ambiente da pesquisa, das relações e dos processos observados (POLIT; BECK, 2011).

Para garantir os direitos das mulheres participantes, o estudo seguiu os princípios éticos e legais descritos na Resolução 466/12 sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto do estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará e do referido hospital, sendo aprovado pelas duas instituições via Plataforma Brasil (Parecer 227.391).

Os dados foram coletados somente com o consentimento da mulher participante e posterior à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se deu após o esclarecimento, em linguagem acessível, da justificativa, dos objetivos e da metodologia a ser utilizada. Foi também garantido o anonimato, sendo utilizados nomes de flores para preservação das identidades das participantes, e a liberdade de se recusar a participar ou se retirar do estudo, a qualquer momento, se assim o desejasse, sem qualquer prejuízo ou dano.

Vale ressaltar ainda que o estudo envolveu riscos mínimos, tendo em vista que não envolveu a realização de procedimentos invasivos. Entretanto, uma das participantes apresentou um momento de desequilíbrio emocional em decorrência da lembrança de suas experiências. Neste caso, foi suspensa a entrevista e concedeu-se o tempo necessário para que ela se recompusesse, deixando-a livre para decidir entre prosseguir com a entrevista ou encerrá-la. No referido caso, a participante preferiu continuar sua narrativa.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 21 mulheres com idades entre 26 e 73 anos. Predominaram mulheres de 40 a 59 anos (61,9%), católicas (61,9%), casadas ou em união estável (61,9%), com pelo menos um filho (85,7%), Ensino Fundamental incompleto (42,9%), trabalhadoras do lar (47,6%) e residentes em cidades e municípios do interior do Ceará

(66,7%).

Após passar pela fase de recebimento e assimilação do diagnóstico de câncer de mama e dar início à quimioterapia, as mulheres passam a aceitar melhor sua situação atual e costumam se manter confiantes em relação aos resultados do tratamento, o que muitas vezes é impulsionado pela fé.

Eu imagino que Deus vai me curar (falou animada), porque só Ele é quem pode curar as pessoas. E os médico, porque os médico é mandado por Deus também. (Dália)

Na minha cabeça é assim: quando terminar as quaattro, a coisa vai ser melhoor, vai melhorar mais né, tudo. A minha esperança é que o doutor vai dizer "Oh, agora você vai só tomar os comprimido, durante cinco anos". (risos) (Camélia)

E assim, cada dia que passa, eu acho assim que chega mais perto do fim de uma etapa. Com fé, eu posso dizer que... Não posso me mal-dizer de jeito nenhum porque Deus tem providenciado muita coisa. (Magnólia)

Ao mesmo tempo, observou-se que algumas mulheres têm a sensação de estarem vivendo uma contagem regressiva para o fim da quimioterapia, na esperança de que, após esta fase do tratamento, sua vida voltará ao normal e não haverá mais a necessidade de idas e vindas ao hospital para a realização de nenhuma outra terapêutica.

Eu vou até o fim, até o fim. (...) Tá quase láaa! Só falta cinco meses, todo mês eu conto (risos). (Gloriosa)

E aí eu tô terminando, só faalta uuma delas (risos). Aí eu só espero que depois num tenha mais nada depois disso (risos). (Hortência)

A mulher passa a ter consciência de que sua determinação e empenho são essenciais ao tratamento e que é preciso manter o pensamento positivo para que se vença a luta contra o câncer.

Eu tô fazendo isso aqui tudo pela vida né. Tudo pela vida. E eu acho que qualquer sacrifício pela vida é importante. Vale a pena qualquer sacrifício. Agora... A gente tem que pensar em fazer... Pra vencer. Não pode desistir no meio. Não pode desistir. (Hortência)

Após enfrentar uma doença como o câncer, a mulher tende a mudar seu modo de pensar sobre a vida e sobre si mesma. Ela passa a ter novos valores, ser menos materialista e mais disposta a viver a vida da melhor forma possível.

A gente passa a dar valor às pequenas coisas, que antes num tinha significado. Eu vi várias mulheres falando... no Encontro Com Fátima Bernardes, e uma delas disse... "Eu precisava ter... um câncer de mama... pra hoje ser o que eu sou" (sorriu). Aí eu me identifiquei muito com iiisso (risos). Digo... Não que eu precisaaasse, mas pelo que eu tô passando, tá sendo bom... pra hoje eu ser o que eu sou (sorriu novamente). (Lírio)

Os hábitos de vida também mudam, e elas procuram cuidar mais de sua saúde e bem-estar. As mulheres que eram tabagistas até o momento do diagnóstico abandonaram o vício após saber que estavam com câncer de mama e afirmaram não

ter interesse em voltar a fumar. Das que tinham hábito de ingerir bebida alcoólica, apenas duas ainda referem consumir bebida alcoólica socialmente, apenas em datas comemorativas.

A alimentação é um dos aspectos que as mulheres mais mudam após o diagnóstico de um câncer. É comum a tentativa de se manter uma alimentação mais controlada, a fim de se ter uma vida mais saudável no futuro.

Antes... era aquela coisa, assim da pessoa de interior, que a alimentação de interior é bem devagaar. Aí agora não. É suco de beterraba com laranja, é uma salada, aí mudou mais. Agora eu to comendo mais verdura, fruta. (Jasmim)

Além disso, a mulher percebe a importância que ela tem para as pessoas, que passam a vê-la como uma mulher batalhadora, o que consequentemente a faz sentir uma mulher mais forte. Isso se dá, porque a experiência de lidar com a possibilidade da perda de um parente ou amigo costuma se traduzir em uma maior valorização daquela pessoa, de modo que é comum observar a fortificação de sentimentos como amor e carinho entre as mulheres vítimas de um câncer de mama e aqueles que as cercam em seu convívio social.

A gente sente mais assim, as pessoas serem... Você passa assim a reconhecer... Você diz "Nossa! Eu significava tanta coisa assim praquelass pessoas, que eu não imaginava que eu significava tudo isso". Você arruma... E a força? Você tira num sei nem de onde. Porque pra enfrentar assim um câncer né...

Entretanto, quando a doença se manifesta de modo mais agressivo ou quando a mulher se vê com alguma doença paralela no momento em que está se tratando do câncer, a negatividade pode se manter, e o medo e o desespero permanecem presentes, interferindo no enfrentamento da situação e na esperança de cura.

Aí hoje eu vim pro doutor... Mas toda vida que eu venho pra cá é um desespero... até hooje... Parece que eu vou nadar, nadar e morrer no seco... (Gardênia)

4 | DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo que o perfil das mulheres entrevistadas assemelha-se ao encontrado na literatura acerca desta temática. Leite et al. (2011), por exemplo, em seu estudo acerca do perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de mama em tratamento com Tamoxifeno, observaram o predomínio de mulheres com idades entre 41 e 60 anos, católicas, com situação conjugal estável, Ensino Fundamental Incompleto e pertencentes à classe econômica D.

Com relação às percepções sobre a experiência com câncer de mama, embora sintam o impacto dos efeitos colaterais do tratamento, as mulheres reconhecem a importância do plano terapêutico determinado e os efeitos benéficos que ele traz com relação à doença. É possível perceber que o conhecimento adquirido ao longo do tratamento ajuda as mulheres a superarem os impasses causados pela descoberta do câncer e o medo da morte associado a ele (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

Assim, com o passar do tempo, a mulher percebe que sua determinação e participação em seu autocuidado são importantes para o sucesso do tratamento. Além disso, elas passam a ter um maior cuidado consigo mesmas, adotando hábitos mais saudáveis, como alimentação adequada e prática de exercícios físicos (OLIVEIRA et al., 2010).

Nesse contexto, Gonçalves et al. (2009a) e Henriques et al. (2010) observaram em seus estudos que as mulheres aderiram parcialmente às ações de autocuidado que devem ser realizadas durante a quimioterapia. Tais ações consistiam em realizar várias refeições por dia com alimentações equilibradas, realizar higiene oral após cada refeição, ingerir 15 ou mais copos de 200 ml de líquidos por dia, utilizar a medicação prescrita diante de episódios de náusea e vômitos, repousar em momentos de fraqueza, praticar atividades físicas adequadas a seu quadro clínico, hidratar a pele, proteger o couro cabeludo, não frequentar lugares fechados e com multidão e não manter contato com pessoas portadoras de quaisquer doença infectocontagiosa.

Ressalta-se ainda a considerável presença da fé e da religiosidade na vivência da mulher com câncer de mama. Oliveira et al. (2010) observaram que todas as mulheres entrevistadas em seu estudo tinham a religião como suporte e fonte de esperança, contribuindo para o enfrentamento do diagnóstico e dos desafios decorrentes da terapêutica.

Outro aspecto a destacar são as mudanças no papel social e familiar e nos relacionamentos interpessoais da mulher com câncer de mama. Socialmente a mulher é considerada o alicerce da família e do lar, o que dá a ela a responsabilidade de cuidar da casa e do bem-estar da família. Ver-se com um câncer, então, pode representar para a mulher uma ameaça ao equilíbrio familiar em virtude da fragilidade vivenciada por ela. Esta preocupação com a família se intensifica ainda mais quando a mulher tem filhos pequenos, dependentes de seus cuidados, por temer o futuro dos filhos (FABRO; MONTRONE; SANTOS, 2008; SALCI; MARCON, 2009).

Por isso, mesmo quando está abalada, a mulher busca estratégias para falar com a família sobre o câncer de modo a não abalá-los emocionalmente, reconhecendo esta atitude como parte do seu cuidado à família (SALCI; MARCON, 2009).

Nesse contexto, é importante considerar que a família da mulher acometida pelo câncer de mama também vivencia mudanças e passa por períodos de adaptação e sentimentos contraditórios. Para Fernandes et al. (2012), o desespero da família diante do diagnóstico pode estar associado tanto à falta de conhecimento sobre a doença e às dificuldades de tratamento e de cuidado quanto ao medo de perder um ente querido. Daí a importância de se dar atenção e esclarecimento também aos familiares e cuidadores a fim de minimizar os sentimentos negativos e potencializar ações de cuidado e enfrentamento da situação.

Além disso, percebe-se que a gravidade do caso ocasiona o despertar do sentimento de afeto e o estreitamento dos laços familiares, o que serve inclusive de apoio emocional à mulher (FERNANDES et al., 2012). Assim, embora as famílias

também não se mostrem preparadas para receber o diagnóstico de um câncer em um ente querido, elas reconhecem que sua presença e estímulo são fundamentais para que a mulher se mantenha firme neste momento de fragilidade (SALCI; MARCON, 2009).

Para Caetano, Gradim e Santos (2009), com o passar do tempo, as próprias mulheres tornam-se ativas, se mobilizam e assumem a doença a fim de ajudar outras pessoas, quebrar tabus e diminuir a estigmatização referente à pessoa com câncer. Elas passam a ter uma nova percepção de mundo, tornam-se menos rancorosas, valorizam mais as coisas simples da vida e as pessoas que as cercam, procuram ser mais positivas e autênticas e transformam a doença em um motivo para viver.

Deste modo, a vivencia ao longo do processo de adoecimento leva a mulher a valorizar a vida, priorizando seu desenvolvimento pessoal, de modo que o câncer passa a representar uma nova oportunidade de repensar a vida e adquirir novos valores (ARAÚJO; FERNANDES, 2008; OLIVEIRA et al., 2010).

Portanto, percebe-se que os sentimentos da mulher com câncer variam de acordo com a fase em que se encontra. No momento do diagnóstico e no decorrer do tratamento, os anseios são de perda, de luto, e ao aproximar-se do final, as mulheres passam a experimentar uma sensação de alegria e alívio ocasionados pela cura (MALUF; BARROS, 2005).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas neste estudo permitiram visualizar que as experiências da mulher no processo de adoecimento e de enfrentamento da quimioterapia para o tratamento do câncer de mama têm significações que variam de acordo com as individualidades de cada mulher. As definições elaboradas acerca de si mesmas, da doença, de seu contexto social e da vida como um todo dependem do modo como elas encaram a realidade, lidam com os estigmas e preconceitos sociais e do momento que estão vivendo dentro desta trajetória.

Ao vivenciar cada etapa deste processo, a mulher tende a modificar sua percepção da realidade e, à medida que vivenciam novas interações sociais e desenvolvem relações intrapessoais diferenciadas, elas assumem uma postura distinta com relação ao momento que estão vivendo.

Após experimentar as etapas mais críticas de assimilação do diagnóstico e de vivência prática da quimioterapia, a mulher interpreta suas experiências e adquire um sentido dentro de sua compreensão humana para sua vivência acerca da doença e do tratamento a que está submetida. Ela passa a se perceber como uma nova pessoa, reconhecendo-se como alguém mais forte e disposta a viver.

Além disso, a mulher constrói novos valores de vida e se sente capaz de exemplificar uma desconstrução do estigma social do câncer de mama, mostrando-se ativa perante a sociedade.

Por fim, vale ressaltar a importância de se desenvolverem pesquisas adicionais acerca desta temática de vivências e significações da mulher com câncer de mama, a fim de propiciar melhor compreensão social e profissional sobre o que significa *estar com câncer de mama* e permitir uma atenção mais abrangente e humanizada à mulher acometida por esta doença.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico de câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez. 2008.
- CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. dos. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr./jun. 2009.
- FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; SANTOS, S. dos. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-537, out./dez. 2008.
- FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 4, p. 575-580, out./dez. 2009a.
- HENRIQUES, M. C. L. et al. Autocuidado: a prática de mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p. 638-643, out./dez. 2010.
- ICC. Controle de atendimentos dos pacientes QT SUS: março e abril 2013. In:_____ . **Controle de atendimentos dos pacientes: QT SUS 2013**. Fortaleza: [s.n.], 2013.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 51, n. 1, p. 15-21. 2011.
- MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 51, n. 2, p. 149-154. 2005.
- OLIVEIRA, C. L. de et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene.**, v. 11, número especial, p. 53-60. 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 558-566, jul./set. 2009.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE MEDIDA DE FORÇA E PROFUNDIDADE NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) POR INSTRUMENTO MANEQUIM EM CADETES BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA

Vinicius de Gusmão Rocha

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.
Faculdade de Educação Física. João Pessoa,
Paraíba

Janyeliton Alencar de Oliveira

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.
Faculdade de Educação Física. João Pessoa,
Paraíba

Robson Fernandes de Sena

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.
Faculdade de Educação Física. João Pessoa,
Paraíba

Michelle Salles Barros de Aguiar

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.
Faculdade de Educação Física. João Pessoa,
Paraíba

medir a profundidade das CTs utilizou-se um potenciômetro linear, acoplado à "Unidade de Impulso de Compressão-Ventilação (UICV)", do manequim *Ressuci Annie®*. O Sistema consta de um sensor de força já instalado no manequim *Ressuci Anne®*, que medi a força de CTs. O sinal de força e da profundidade foi captado usando o polígrafo digital *BioMed*. Durante a RCP, utilizou protocolo de suporte básico de vida conforme *American Heart Association* (2010). Resultados. A correlação apresentou-se muito forte ($R=0,994$), o R quadrado explica 98,7% dos casos do modelo, melhorando em 93,36% na capacidade de prever a massa corporal. A hipótese alternativa nos diz que o modelo com ajuste é diferente do modelo sem ajuste ($P<0,001=0,000$). A estatística de *Durbin-Watson* (DW) resultou em $DW=1,837$ valor de referência 1,5 e 2 significa que os resíduos são independentes, comprovando a razoabilidade do modelo. A regressão resultou em um modelo: [$F(1,27) = 158,0660$; $p<0,000$; $R^2 = 0,987$]. Concluiu-se que a correlação fortíssima pode levar a novas descobertas que podem ajudar a melhorar os métodos usados em RCP.

PALAVRAS-CHAVE: Profundidade. Força. Antropometria

ABSTRACT: Objective to job evaluate the quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR) using an instrumented manikin for measurement of strength

RESUMO: O objetivo do trabalho foi avaliar a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) usando um manequim instrumentado para medida de força e profundidade das compressões torácicas (CTs), aplicada durante manobras de RCP. A metodologia utilizada no estudo foi transversal, experimental e correlacional. Amostra de $n=32$ cadetes bombeiros militares com idade de 18 a 24 anos ($22 \pm$ anos), do sexo masculino, treinados em RCP. As medidas antropométricas avaliadas foram: 1º estatura, 2º altura tronco-cefálico (ATC), 3º massa corporal (MC) e 4º tamanho dos membros superiores (TMMSS). Para

and depth of chest compressions (CTs), applied during CPR maneuvers. Methodology used in the study was cross-sectional, experimental and correlational study. Sample of n = 32 military firefighters aged 18 to 24 years (22 ± years), male, trained in CPR. The anthropometric measures evaluated were: 1st stature, 2nd trunk-cephalic height (TCA), 3rd body mass (MC) and 4th upper limb size (TMMSS). A linear potentiometer, coupled to the “Compressive-Ventilation Impulse Unit (UICV)”, was used to measure the depth of CTs from the Ressuci Annie mannequin. The system consists of a force sensor already installed on the Ressuci Anne mannequin, which measured the strength of CTs. The strength and depth signal was captured using the BioMed digital polygraph. During CPR, he used a protocol of basic life support according to the American Heart Association (2010). Results. The correlation was very strong ($R = 0.994$), the square R explains 98.7% of the model cases, improving in 93.36% the capacity to predict body mass. The alternative hypothesis tells us that the adjusted model is different from the unadjusted model ($P < 0.001 = 0.000$). The Durbin-Watson (DW) statistic resulted in DW = 1,837 reference value 1.5 and 2 means that the residuals are independent, proving the reasonableness of the model. The regression resulted in a model: [$F (1.27) = 158.0660$; $p < 0.000$; $R^2 = 0.987$]. It was concluded. Strong correlation may lead to new findings that may help improve methods used in CPR.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assegura que as doenças cardiovasculares (DC) são consideradas como a maior causa de morte, atingindo mais de 17 milhões de morte, alcançando 30% da mortalidade mundial (MACKAY J, et al. 2014). No Brasil ocorrem aproximadamente 500 mil mortes por ano, onde mais de 6 mil mortes ocorreram só no período de junho de 2012, e no mesmo período, 116 dessas incidiram no estado da Paraíba. Neste sentido, as DCs vêm crescendo, levando a desencadear a grande emergência cardiovascular que é a parada cardiorrespiratória (PCR). Com isso, o avanço tecnológico têm proporcionado investimento na qualidade do atendimento às emergências cardiovasculares, sendo a PCR o evento emergencial que mais merece atenção. (LESSA I, 2003; DATASUS, 2012; GHORAYEB N, 2007)

A PCR vem crescendo, sendo uma grande preocupação em cuidados de saúde, devido à sua alta incidência e mortalidade. Desde o desenvolvimento da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), houve um pequeno avanço em terapias não farmacológicas que têm aumentado à taxa de sobrevivência associada à parada cardíaca. Consequentemente, tem havido muito interesse no desenvolvimento de novas técnicas para melhorar a qualidade da RCP, em particular no desenvolvimento de dispositivos de reanimação, e muitos dos dispositivos desenvolvidos não foram considerados funcionais. (GAXIOLA A, 2008)

Alguns dispositivos foram desenvolvidos a fim de avaliar a eficácia das compressões torácicas (CTs) durante a RCP. Estes dispositivos têm como objetivo medir parâmetros como força, frequência e profundidade das CTs. A força, frequência e

profundidade das CTs durante a RCP estão associadas à melhora da hemodinâmica e da sobrevivência primária dos pacientes acometidos de PCRs. As CTs excessivamente fortes podem limitar o fluxo de sangue através da restrição de enchimento ou de esvaziamento do volume das câmaras cardíacas e grandes vasos centrais. Da mesma forma, as CTs demasiadamente fracas comprometem sua eficiência, diminuindo o fluxo sanguíneo adequado para o coração e para o cérebro, justificando assim, à necessidade de dispositivos com feedback visual, que avaliem a performance do operador de RCP. (PARADIS N et al., 1990; KOEKEN Y et al., 2011; AHA, 2005)

Determinadas pesquisas (BETZ AE et al., 2008; JANTTI H et al., 2009) investigaram o comportamento da frequência e da profundidade das CTs na manobra de RCP. Foi utilizado um manequim de treinamento em RCP para avaliar tais variáveis. A frequência e a profundidade de compressão obtida foram 106 ± 27 compressões/min, relação 30 compressões torácicas (CTs) x 2 ventilações artificiais (VAs), $38,2 \pm 2,9$ mm (30 CTs:2VAs), respectivamente. Em outro estudo obteve-se média da frequência das CTs de 104 compressões/min e média da profundidade da compressão de 46,9 milímetros.

Pesquisas desenvolvidas por Tomlinson et al., (2007) e Trowbridge C et al., (2009) avaliaram, em situações distintas, a força e a profundidade das CTs nas manobras de RCP. O objetivo foi verificar a qualidade e o efeito da idade dos operadores sobre a RCP. Os resultados mostraram que a profundidade de 38 milímetros foi obtida com mínimo de 50 kgf. Em outro estudo a força média necessária para gerar a profundidade de 38 milímetros foi de 32 kgf.

A Dissertação de Mestrado intitulada Efeitos das Características Antropométricas na Força Aplicada durante RCP, desenvolvida por Rocha (2012) objetivou avaliar os efeitos das características antropométricas de um grupo de 28 bombeiros militares sobre a força aplicada durante manobras de RCP. Para avaliar tais efeitos foi desenvolvida instrumentação para medir a força aplicada nas CTs na manobra de RCP, usando um sensor de força com quatro extensômetros colados a uma barra de aço-carbono que, por sua vez, foi acoplado no interior do tórax de um manequim padronizado *Ressuci Annie*[®]. O sinal de força foi captado usando o aplicativo polígrafo digital BioMed (CARVALHO, 1998). As variáveis antropométricas medidas foram: estatura, altura tronco-cefálico, massa corporal (MC) e tamanho dos membros superiores (TMMSS). Durante a RCP, os bombeiros executaram o protocolo de suporte básico de vida recomendado pela *American Heart Association* (AHA). Na análise dos resultados foi identificada uma correlação moderada positiva entre a variável força e TMMSS ($r=0.5086$) e força e MC ($r=0.5350$). As médias de força e de frequência obtidas foram 52 ± 12 kgf e 103 ± 22.7 comp/min respectivamente. A correlação positiva entre força de CTs e alguns parâmetros antropométricos encontrados neste estudo pode levar a novas descobertas que podem ajudar a melhorar os métodos usados em RCP. (ROCHA et al., 2012)

Uma pesquisa investigou 42 suínos anestesiados e instrumentados, com o

objetivo de avaliar o mecanismo de fluxo de sangue, empregando um aparelho denominado Lifebelt, que deprime o tórax e permite gerar a força das CTs durante a RCP, comparando com o padrão da RCP manual. Com o aparelho Lifebelt, 86% dos animais foram reanimados, em comparação a 76% no grupo que recebeu RCP manual. Este estudo comprovou que, em termos de PPC, é necessário aplicar forças na faixa de 45 a 59 kgf. (NIEMANN JT et al., 2006)

Outra pesquisa também avaliou a força das CTs. Foi utilizado um manequim de treinamento de RCP *Resusci Anne®* (*Laerdal Medical, Wappingers Falls, NY*), equipado com transdutor de força fixado na superfície do esterno do manequim. Sujetos treinados realizaram RCP em três posições diferentes: na primeira os sujeitos se posicionaram de joelho no chão ao lado de um manequim (F); na segunda o manequim foi posicionado sobre uma mesa de 63 cm de altura (H) com os indivíduos colocando-se ao lado da mesa. Na terceira posição o manequim ficava também sobre uma mesa, a uma altura de 37 cm (L), com os sujeitos ao lado da mesa. O estudo concluiu que, as forças de compressão obtidas, em newtons para F, H e L foram $455,8 \pm 17,6$ (43 kgf), $455,7 \pm 14,0$ (43 kgf) e $461,5 \pm 13,5$ (47kgf), respectivamente. (CHI CH, 2008)

1.1 Profundidade e força da compressão torácica

A AHA, por meio das diretrizes de 2005 sobre RCP, sugere que as CTs aplicadas durante a RCP alcancem uma profundidade entre 38-51 milímetros e frequência de 80 a 100 CTs por minuto. Já as diretrizes de 2010 recomendam uma profundidade entre 5 à 6cm e uma frequência entre 100 a 120 CTs por minuto. (AHA, 2005; AHA, 2010)

Em seu estudo Stiell IG et al., (2012) procurou avaliar os padrões da profundidade de CT na RCP e as suas associações com os resultados dos pacientes com PCR fora do hospital, conforme diretrizes de 2005 da AHA. Foram analisados 1.029 pacientes adultos do sexo masculino de sete regiões urbanas dos EUA e Canadá dos serviços médicos de emergência do *Resuscitation Outcomes Consortium Epistry - Cardiac Arrest*. Foi medida a profundidade da parede anterior do tórax em milímetros e o período de ressuscitação cardiopulmonar ativo (fração de compressão torácica) para cada minuto de ressuscitação cardiopulmonar. Para todos os pacientes, a frequência de compressão média foi de 106 por minuto, a profundidade de compressão mediana foi de 37,3 milímetros, com 52,8 % dos casos com profundidade <38 mm e 91,6 % com profundidade <50 mm. Foi encontrado uma associação inversa entre profundidade e frequência de compressão ($p<0,001$). Embora a profundidade de compressão é um componente importante de ressuscitação cardiopulmonar e deve ser medida de forma rotineira.

Outro estudo também investigou a utilização do metrônomo na RCP. O objetivo foi verificar se o uso de um metrônomo afetaria a qualidade da RCP. Variáveis como a profundidade e a frequência das CTs foram avaliadas. Utilizou-se um manequim *Skillmeter Resusci Anne* e um metrônomo (*Kong MA-30, Kong Inc.*). A profundidade

média da compressão obtida foi de 46,9 milímetros sem o metrônomo e 43,2 milímetros com o metrônomo. O autor afirma que a correlação entre a profundidade de compressão do tórax, com e sem metrônomo foi moderada positiva ($r= 0.537$, $p <0,001$). A média da frequência das CTs sem o metrônomo foi de 104 compressões/min e com o metrônomo 79 compressões/min.(JANTTI H et al., 2009)

Handley A et al., (2005) em sua pesquisa avaliou a força e a profundidade das CTs em pacientes com parada cardíaca. O resultado revelou que a média da força de compressão e a profundidade alcançada foram de 30,3 kgf e 42 mm, respectivamente.

Deschilder K (2007) avaliou o comportamento da frequência e da profundidade das CTs, com desempenho dos socorristas durante RCP. Dezoito socorristas habilitados em suporte básico de vida utilizaram um manequim de treinamento em RCP, realizando a RCP durante 5 minutos. Dois socorristas, um na ventilação e outro nas CTs, aplicaram 15:2 e 30:2 de compressão/ventilação. As frequências de compressão obtidas foram 102 ± 24 em 15:2 e 106 ± 27 em 30:2. A profundidade foi $38,8\pm3,6$ e $38,2\pm2,9$ em 15:2 e 30:2, respectivamente. O número de CTs totais realizadas foram maiores ($p <0,05$) para 30:2 (457 ± 43) em comparação com 15:2 (379 ± 28).

Outra pesquisa avaliou a profundidade da compressão do tórax com e sem encosto rígido em uma cama de hospital-padrão, por meio de um boneco de treinamento para RCP. O autor afirma que a média de profundidade da CT aumentou de 43 para 48 mm, quando um encosto estava presente, apresentando diferença média de cinco milímetros. (ANDERSEN LO, 2007)

Uma pesquisa realizada por Chi CH (2010) investigou a eficácia das CTs com a fadiga em enfermeiros treinados em RCP convencional. Os voluntários realizaram 5 min de RCP, empregando a relação de 30 compressões e 2 ventilações e 15 compressões e 2 ventilações, depois de um repouso de 15min. As variáveis analisadas foram: profundidade, frequência e número total de CTs. Os resultados obtidos foram: profundidade de compressão foram 40,5 milímetros para 30:2 e 41 milímetros para 15:2. A frequência de compressão foi 118 compressões/min para 30:2 e 115 compressões/min para 15:2. O autor afirma que não existiram alterações na qualidade das CTs em relação às taxas 30:2 e 15:2.

1.2 Antropometria

Diversas pesquisas (ALVES LR, 2008; BÖHME M, 2000; PEREIRA FB et al., 2010; NUNES J et al., 2009) apontam a necessidade de determinar as características antropométricas dos indivíduos em várias áreas, sobretudo em saúde. Variáveis como massa corporal, estaturas, índice de massa corporal, vêm apresentando influência significativa em determinadas modalidades esportivas.

Um estudo realizado por Gobbo LA (2002) assegura que variáveis antropométricas associadas à variável força muscular são fundamentais para a adequação física em diversas tarefas, permitindo assim produzir adaptações de cargas de trabalho aceitáveis.

Uma pesquisa desenvolvida por 47 (quarenta e sete) indivíduos treinados em

RCP realizaram CTs contínuas durante 5 minutos em um manequim de treinamento de RCP. O objetivo foi avaliar a influência da capacidade física do operador em relação à qualidade das CTs e alterações fisiológicas durante a RCP. Foram avaliados também os possíveis efeitos da massa corporal, estatura e sexo dos sujeitos que aplicaram a RCP. O autor afirma que ocorreram correlações entre o número de CTs e a força muscular dos operadores e que programas de treinamento para melhorar a capacidade muscular devem ser considerados.(D CHAPMAN et al., 2007)

Em outro estudo desenvolvida com crianças (idade média $13 \pm$ dois anos) avaliou suas habilidades como aptidões físicas e cognitivas na aplicação da RCP em manequins de treinamento. Mediu-se a profundidade das CTs, o número de compressões por minuto, o volume de ar aplicado na ventilação artificial. Os autores observaram correlação entre a profundidade de compressão torácica e IMC ($r= 0,35$, $p< 0,0001$), massa corporal ($r= 0,38$, $p<0,0001$) e estatura ($r= 0,31$, $p=0,0002$). A profundidade média das CTs foi de 35 mm e o número médio de compressões foi 129 por minuto. O volume mediano de ar aplicado foi 540 ml.

(OCK SM et al., 2011)

Em pesquisa realizada por Fleischhackl R et al., (2009) investigou-se a associação entre variáveis antropométricas e a força muscular de membros superiores exercida contra a resistência oferecida pelo próprio peso corporal. O autor assegura que as variáveis antropométricas pesquisadas são pouco confiáveis para a predição da força muscular de membros superiores, não podendo ser utilizadas como critério para seleção de jovens mais fortes para o serviço militar.

Outra pesquisa investigou a eficiência das CTs com as medidas antropométricas em um estudo com 20 estudantes de medicina do quarto ano, treinados em RCP. Os autores relatam que houve correlação entre estatura e massa corporal com diversos parâmetros medidos durante o experimento como profundidade de compressão, tempo para o pico de velocidade da compressão.

(LARSEN PD, 2002)

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi avaliar a qualidade da RCP usando um manequim instrumentado para medida de força e profundidade das CTs, aplicada durante manobras de RCP por cadetes bombeiros militares do Estado da Paraíba.

2 | MATERIAS E MÉTODOS

Este estudo caracterizou-se como descritivo, transversal, experimental e correlacional, com uma abordagem quantitativa. (THOMAS J, 2007) A população constou de 47 cadetes do curso de formação para oficiais do Corpo de Bombeiros do Centro de Educação da Polícia Militar do Estado da Paraíba. A amostra foi constituída por um grupo de $n=32$ participantes com idade de 18 a 24 anos ($22 \pm$ anos) do respectivo

curso de formação, escolhidos por conveniência e não-probabilística com duplo cego da população acima mencionada. Os critérios de inclusão de voluntários foram: Cadetes do segundo e terceiro ano do curso de formação para oficiais Bombeiros Militares; Sexo masculino; Idade entre 18 e 24 anos; que já tenham recebido treinamento de RCP. Já os critérios de exclusão foram: participantes que apresentaram problemas de saúde; desistência voluntária.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. O presente trabalho atendeu as normas para a realização de pesquisa em seres humanos, em consonância com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996 (BRASIL, 1996) com aprovação do parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o CAAE: 11501613.2.0000.5176 e número do parecer 227.236. A entidade na qual foi executada a pesquisa foi o Centro de Educação da Polícia Militar do Estado da Paraíba, que tomou conhecimento das condições de realização da mesma.

Para medir a profundidade das CTs foi usado um potenciômetro linear, acoplado à "Unidade de Impulso de Compressão-Ventilação (UICV)", uma peça original do manequim padronizado *Ressuci Annie®*. A Figura 1 mostra esta unidade em vista explodida e o potenciômetro. A Figura 2 mostra esta peça localizada no interior do tórax do manequim *Ressuci Anne*, com o potenciômetro acoplado na UICV, podendo-se observar a marcação dos centímetros na peça. O potenciômetro instalado na UICV é linear e tem um valor de 50 kohms. O circuito eletrônico para medida da profundidade, montado na mesma caixa do amplificador de ponte do sensor de força, é também mostrado na Figura 3. O sinal de saída deste circuito é uma voltagem diretamente proporcional à profundidade, já que o potenciômetro tem o seu cursor solidário com as peças da UICV, refletindo diretamente a profundidade alcançada durante as manobras de compressão torácica.

Como o UICV dispõe de uma mola no seu interior, o cursor do potenciômetro acompanha os movimentos do tórax do manequim, tanto na compressão quanto na descompressão. A medida da profundidade foi feita correlacionando-se os valores de voltagem obtidos com as variações da posição do cursor do potenciômetro linear (em centímetros). O Gráfico 1 mostra a relação entre a profundidade e as voltagens obtidas na saída do *buffer*. Para obter este gráfico utilizou-se a marcação em centímetros na peça UICV, obtendo-se os valores de voltagem em função da profundidade, em cm. Observa-se no gráfico que as medidas de profundidade começam a partir de 1 cm. Isto se deve ao fato de que há um espaço de 1 cm entre a parte inferior da peça da UICV e fundo do tórax do manequim e, portanto, o registro das voltagens se inicia apenas depois que esta parte começa a tocar no fundo do tórax, iniciando o movimento do cursor do potenciômetro. O sinal de profundidade tem faixa de passagem de 0 a 10 Hz.

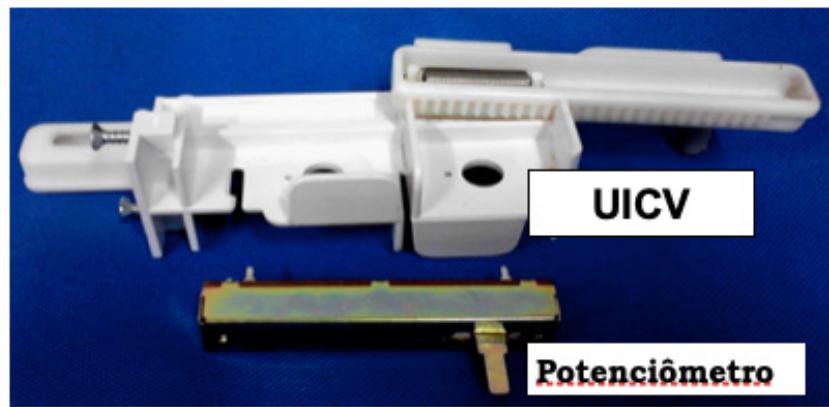


Figura 1 – (a) Potenciômetro linear e a Unidade de Impulso de Compressão-Ventilação em vista explodida. (b) peça original do manequim padronizado Ressuci Annie® denominada "Unidade de Impulso de Compressão-Ventilação" UICV

Fonte: Dados do autor, 2018.



Figura 2 - mostra esta peça localizada no interior do tórax do manequim Ressuci Anne®, com o potenciômetro acoplado na UICV, podendo-se observar a marcação dos centímetros na peça.

Fonte: Dados do autor, 2018.

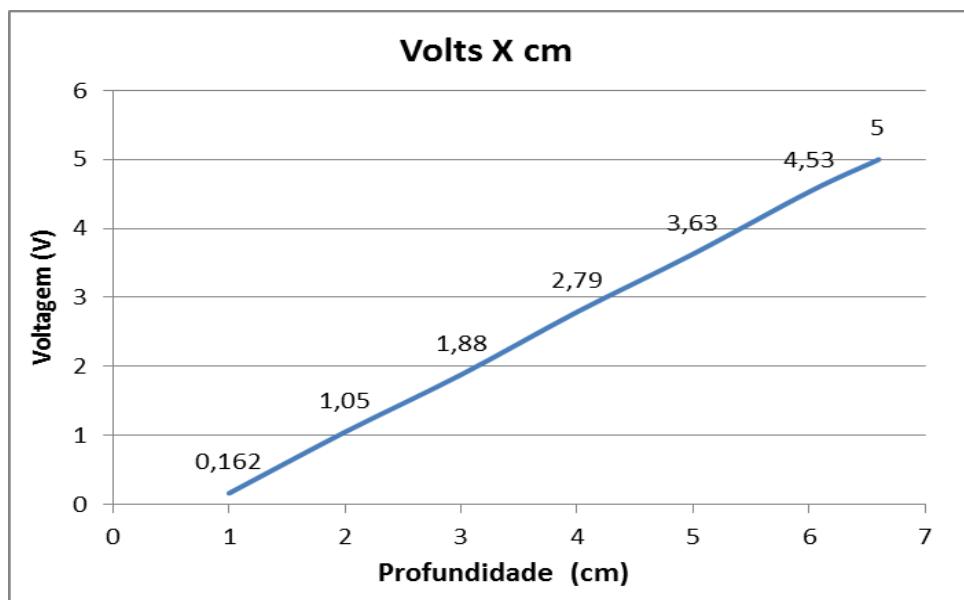


Gráfico 1 - Relação entre a profundidade e as voltagens obtidas na saída do *buffer*.

Fonte: Dados do autor, 2018.

Os sinais analógicos de força e profundidade foram amplificados para compatibilizá-los com a entrada de um conversor A/D de 12 bits e 6 canais, que trabalha na faixa dinâmica de -5 a +5 volts. Este conversor, que é conectado à uma porta USB de um microcomputador, tem uma resolução de 12 bits. Os sinais são convertidos para o formato digital, captados e processados utilizando-se o polígrafo digital BioMed. A frequência de amostragem utilizada para digitalizar os dois sinais é de 200 amostras/s. O software mostra os sinais de força e profundidade no monitor do computador, como traçados contínuos, em tempo real, permitindo mensurar, também em tempo real, vários parâmetros dos sinais, tais como força e profundidades média, mínima e máxima.

Uma vez verificada a linearidade do dispositivo de medida, acoplou-se o sinal de saída do amplificador de ponte ao polígrafo BioMed. Este aplicativo dispõe de um sistema de calibração de dois pontos, obtidos da reta de calibração para obter a correspondência entre volts de saída do amplificador de força e profundidade e os valores medidos pelo programa, em kgf e cm. O mesmo procedimento usado na calibração estática foi executado com o uso do programa BioMed, para verificar se os valores em kgf medidos, agora pelo programa, correspondiam aos valores dos pesos usados na calibração estática.

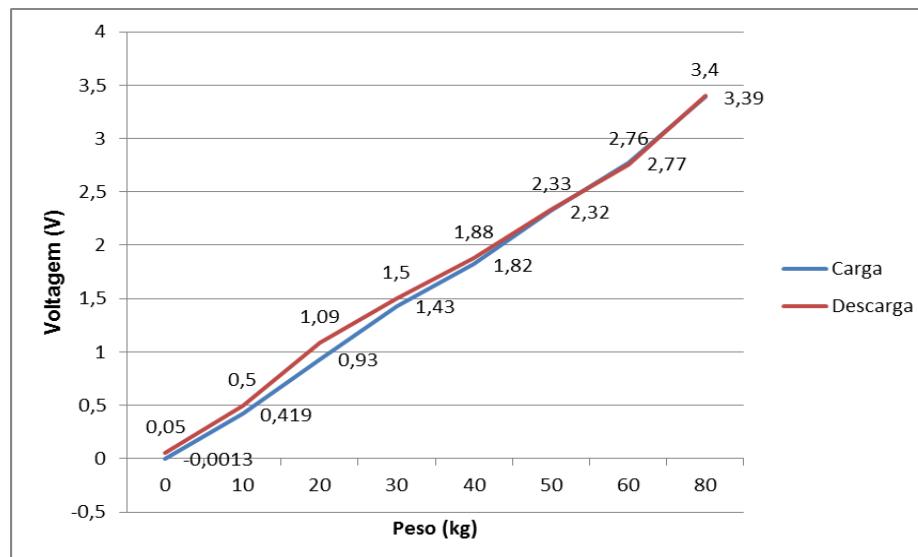


Gráfico 2 - Curvas obtidas na calibração dinâmica do sensor (carga e descarga), representando-se o valor de saída do amplificador de ponte (volts) em função do peso aplicado.

Fonte: Dados do autor, 2018.

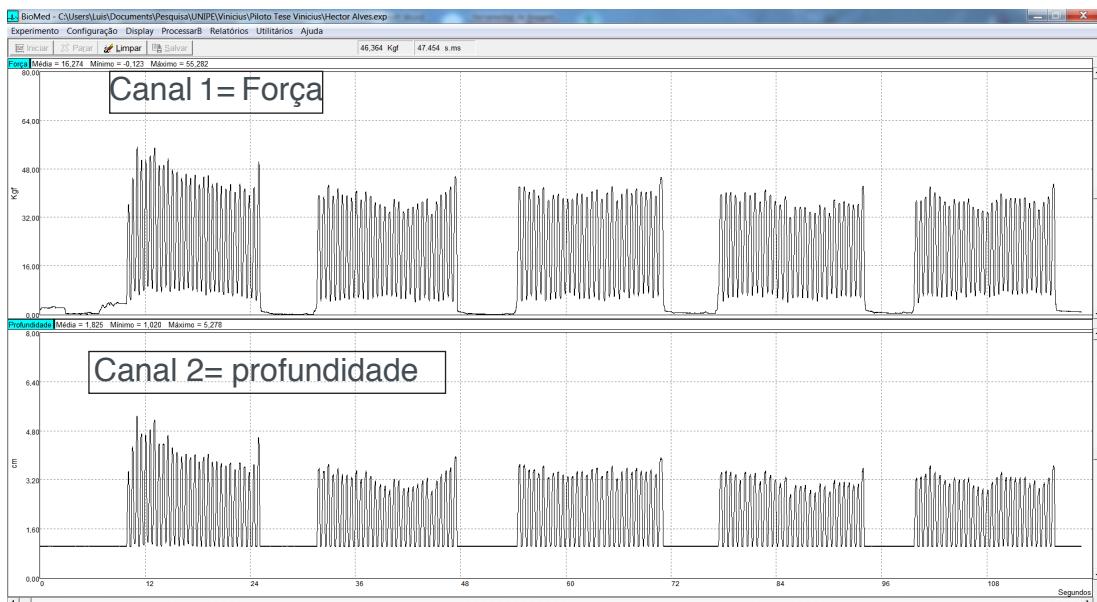


Figura 3 - Tela do programa BioMed que mostra trinta compressões torácicas de 5 ciclos completos. O traçado do Canal 1 é a força (kgf) e o do Canal 2 é a profundidade (cm).

Fonte: Carvalho, 1998

A coleta dos dados foi realizada por profissionais voluntários de medicina e de educação física, treinados para tal fim. Os testes foram realizados no Centro de Educação da Polícia Militar do Estado da Paraíba. A coleta foi executada da seguinte forma: 1º medidas antropométricas, 2º instalação dos eletrodos para a captação da EMG. 3º Manobras de RCP com monitoração e armazenamento das variáveis que foram analisadas *off-line*.

As medidas antropométricas avaliadas seguiram a seguinte sequência: 1º estatura, 2º altura tronco-cefálico (ATC), 3º massa corporal (MC) e 4º tamanho dos membros superiores (TMMSS). Os voluntários foram orientados a comparecer com roupas apropriadas para fazer as medidas. Durante as medidas os voluntários ficarão descalços, cumprindo as normas protocolares determinadas. As medidas de estatura e altura tronco-cefálica serão feitas usando um estadiômetro marca Standard Sanny® ES 2030; para medir a massa corporal utilizar-se-á uma balança digital Personal Line PL 150 da marca Filizola® e o tamanho dos membros superiores foram medidos usando uma trena antropométrica, sem trava, marca Sanny®. (GUEDES D, 2006)

2.1 Tratamento estatístico

Os dados obtidos no trabalho foram analisados estatisticamente no sentido de avaliar a qualidade da RCP, que é o objetivo mais relevante do trabalho. Foram empregadas as técnicas de estatística descritiva e inferencial com os seguintes testes: O teste de *Shapiro Wilk* ($p>0,05$), foi utilizado com objetivo de verificar a normalidade dos dados; Padronização dos dados; Correlação de *Person* ($p<0,05$; $-1 < r < +1$), foi aplicada para verificar a correlação entre as variáveis; Regressão Multvariada ($p<0,05$), utilizado para mais de duas variáveis dependentes.

3 | RESULTADOS

Inicialmente, os dados foram tabulados e resumidos na forma descritiva, conforme a Tabela 1. Foram feitas médias, desvios padrões, máximo e mínimos da amostra para as variáveis força, profundidade, frequência das compressões, massa corporal, estatura, altura tronco-cefálico e tamanho dos membros superiores. Os valores apresentados na Tabela 1 traçam o perfil da amostra através das medidas estatísticas. A força no nível 1 foi a que teve uma maior média e, consequentemente, uma maior variação, também ($56,38 \pm 11,39$), diferenciando-se um pouco da força media, que caiu devido aos valores das demais forças, já que a media é influenciada pela soma dos valores de todas as medidas.

VARIÁVEIS	ESTATÍSTICA DESCRIPTIVA			
	Média	DP	Mínimo	Máximo
Força 1	56,38	11,39	26,87	73,71
Força 2	55,14	11,09	33,74	73,92
Força 3	53,70	10,97	36,19	73,92
Força 4	54,33	10,62	32,77	73,51
Força 5	53,85	10,86	34,00	73,41
Força Média	54,22	10,70	32,83	73,69
Profundidade 1	5,16	1,11	2,43	6,76
Profundidade 2	5,03	1,15	3,00	6,78
Profundidade 3	4,96	1,16	3,22	6,75
Profundidade 4	5,03	1,11	3,01	6,78
Profundidade 5	4,97	1,14	3,08	6,78
Profundidade Média	5,05	1,17	2,43	6,78
Frequência 1	127,40	25,95	85	188
Frequência 2	123,75	24,29	80	180
Frequência 3	122,97	24,77	73	184
Frequência 4	122,78	24,21	75	181
Frequência 5	121,40	23,96	76	178
Frequência Média	123,66	24,20	121,40	127,40
Massa Corporal	73,56	8,54	60,00	96,00
Estatura	1,75	0,05	1,65	1,88
Altura Tronco Cefálico	1,61	0,02	1,55	1,67
TMMSS	77,96	3,03	71,90	83,40

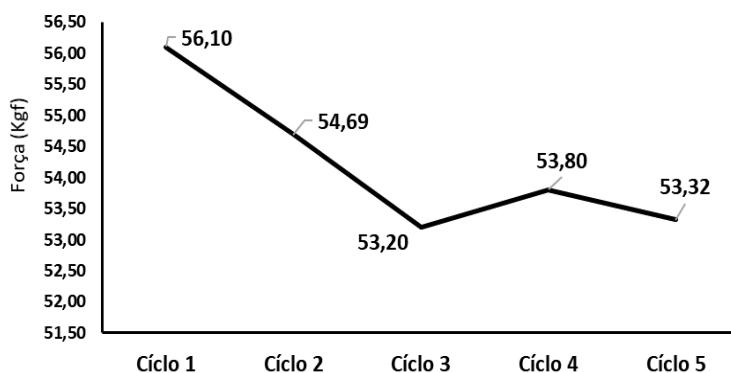
Tabela 1 - Estatística Descritiva da variáveis estudadas

Fonte: Dados do autor, 2018.

Legenda: TMMSS=tamanhos dos membros superiores.

Para verificarmos a evolução das variáveis força, profundidade e frequência das CTs, recorreu-se ao gráfico de linhas ou séries temporais, e assim, constatou-se no Gráfico 3 a diminuição significativa de F1 a F3 entre o primeiro e o último ciclo das RCPs. Isto revela a fragilidade da variável força, especificamente no terceiro (F3) e no quinto ciclo (F5). Neste sentido, obsever-se um declínio da força pela fadiga. Corroborando com este estudo, na pesquisa realizada por Chi CH (2010), avaliou a força de compressão torácica, confirmando a fadiga.

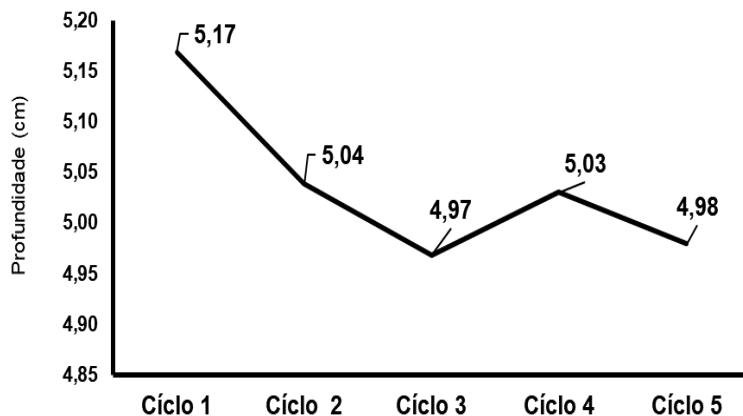
Gráfico 3: Força das compressões entre os ciclos



Fonte: Dados do autor, 2018.

No Gráfico 4, a profundidade cai nos três primeiros ciclos, tendo uma elevação do terceiro ao quarto, e caindo novamente no último ciclo, confirmando o estado de fadiga por parte do participante. Isto revela mais uma vez a fragilidade da variável profundidade, especificamente no quinto ciclo (F5).

Gráfico 4: Profundidade das compressões entre os ciclos.



Fonte: Dados do autor, 2018.

Análise multivariada

A análise de regressão é uma metodologia estatística que modela a relação entre duas ou mais variáveis. O modelo múltiplo foi usado porque há mais de duas variáveis dependentes. No estudo em pauta, modelamos as variáveis quantitativas do estudo, tais como, Força, Profundidade, Frequência das Compressões, Massa Corporal, Estatura, Altura Tronco-Cefálico e Tamanho dos Membros Superiores. A presença ou ausência da relação linear foi apresentada através da equação da reta de regressão.

Para a realização do modelo de regressão linear, as seguintes suposições são necessárias: i) O erro tem média zero e variância σ^2 , desconhecida; ii) Os erros são não correlacionados; iii) Os erros têm distribuição normal.

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro Wilk, para verificação de

um modelo de regressão múltipla, um dos pressupostos do modelo a presença da normalidade (os erros devem apresentar distribuição normal). Conforme observado na Tabela 2, os valores mostram a presença de normalidade, dado que $p>0,05$. Os valores de normalidade foram comprovados e o teste de regressão foi aplicado.

Variáveis	Shapiro-Wilk		
	R	df	Sig.
Força 1	0,950	42	0,062
Força 2	0,960	42	0,144
Força 3	0,931	42	0,015
Força 4	0,948	42	0,057
Força 5	0,939	42	0,026
Profundidade 1	0,946	42	0,046
Profundidade 2	0,948	42	0,053
Profundidade 3	0,924	42	0,008
Profundidade 4	0,947	42	0,051
Profundidade 5	0,938	42	0,025
Frequência 1	0,957	42	0,111
Frequência 2	0,958	42	0,123
Frequência 3	0,965	42	0,220
Frequência 4	0,962	42	0,179
Frequência 5	0,950	42	0,065
Massa Corporal	0,954	42	0,092
Estatura	0,941	42	0,031
Altura Tronco Cefálico	0,946	42	0,047
TMMSS	0,964	42	0,209

Tabela 2 - Teste de normalidade

Fonte: Dados do autor, 2018.

Legenda: TMMSS=tamanhos dos membros superiores (cm).

O Modelo 1 (considerado no estudo) contém apenas a variável independente. O valor de R é a correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes, que é muito forte ($R=0,994$), o R quadrado explica 98,7% dos casos do modelo. Construir o modelo melhorou 93,36% na capacidade de prever a massa corporal. A hipótese alternativa nos diz que o modelo com ajuste é diferente do modelo sem ajuste ($P<0,001=0,000$).

A estatística de Durbin-Watson mostra se os resíduos são independentes. Para que esses resíduos sejam independentes, este valor precisa estar entre 1,5 e 2 ($DW=1,837$). Como no caso desse trabalho o valor de DW está entre esses valores, significa que os resíduos são independentes, o que comprova a razoabilidade do modelo.

Modelo	R			Erro padrão da estimativa	Estatísticas de Mudança					
	Quadrado	Quadrado Ajustado			Alteração de R Quadrado	Alteração F	f1	f2	Sig. Alteração F	Durbin-Watson
1	994 ^a	0,987	0,981	1,47983	0,987	158,066	14	29	0,000	1,837

Tabela 3 - Regressão linear

a. Preditores: (Constante), TMMSS, FQ2, MC, P3, ATC, Estatura, P1, FQ1, FQ5, P2, P5, P4, FQ3, FQ4.

b. Variável dependente: F5

Fonte: Dados do autor, 2018.

Legenda: TMMSS=tamanhos dos membros superiores. FQ2=frequência do 2º ciclo; MC=massa corporal; P3=profundidade do 3º ciclo; ATC=Altura Tronco-cefálico; P1=profundidade do 1º ciclo; FQ1=frequência do 1º ciclo; FQ5=frequência do 5º ciclo; P2=profundidade do 2º ciclo; P5=profundidade do 5º ciclo; P4=profundidade do 4º ciclo; F3=força do 3º ciclo; F4=força do 4º ciclo; F5=força do 5º ciclo.

Na Tabela 4, pode-se verificar através do valor de p como resultado da ANOVA, que o modelo com previsor e sem previsor são diferentes ($P<0,001=0,000$), ou seja incluir o modelo previsor melhora o modelo, sendo melhor que o acaso. Isso significa que as variáveis independentes prevêem o modelo melhor do que o acaso.

	Modelo	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	4846,031	14	346,145	158,0660	0,000 ^b
	Resíduos	63,507	29	2,190		
	Total	4909,538	43			

Tabela 4 - Análise de variância (Anova)

Fonte: Dados do autor, 2018.

a. Variável dependente: F5

b. Preditores: (Constante), TMMSS, FQ2, MC, P3, ATC, Estatura, P1, FQ1, FQ5, P2, P5, P4, FQ3, FQ4

Legenda: TMMSS=tamanhos dos membros superiores; FQ2=frequência do 2º ciclo; MC=massa corporal; P3=profundidade do 3º ciclo; ATC=Estatura Tronco-cefálico; P1=profundidade do 1º ciclo; FQ1=frequência do 1º ciclo; FQ5=frequência do 5º ciclo; P2=profundidade do 2º ciclo; P5=profundidade do 5º ciclo; P4=profundidade do 4º ciclo; F3=força do 3º ciclo; F4=força do 4º ciclo.

Em suma, os resultados (Tabela 4) da ANOVA, mostrando que esse modelo é melhor que o acaso $P<0,001=0,000$.

O coeficiente da constante é de -0,055, é o ponto em que a reta cruza o eixo Y. O P é menor do que 0,001, o que mostra que esses valores são significativos para o modelo. O fato de o valor de P para a constante ser diferente de zero, mostra que a reta pode passar pela origem. Isso não é um problema para o modelo.

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Estatísticas de colinearidade
	B	Modelo padrão	Beta	Sig.	Tolerância
1	(Constante)	58,748	16,557		,001
	Profundidade 1	,004	1,059	,000	,997 ,037
	Profundidade 2	,469	1,088	,049	,670 ,035
	Profundidade 3	-1,578	1,904	-,162	,414 ,012
	Profundidade 4	1,251	1,634	,126	,450 ,017
	Profundidade 5	9,793	1,234	,999	,000 ,028
	Frequência 1	-,099	,038	-,246	,015 ,049
	Frequência 2	,097	,099	,227	,331 ,008
	Frequência 3	,172	,146	,409	,249 ,004
	Frequência 4	-,175	,154	-,404	,267 ,003
	Frequência 5	-,025	,095	-,057	,795 ,009
	Massa Corporal	-,002	,043	-,002	,955 ,523
	Estatura	12,689	12,763	,064	,328 ,107
	Altura Tronco Cefálico	42,776	14,998	-,114	,008 ,279
	TMMSS	-,049	,163	-,015	,766 ,168

Tabela 5 - Variáveis do modelo da regressão linear

Fonte: Dados do autor, 2018

Legenda: TMMSS=tamanhos dos membros superiores.

Como os valores de tolerância mínima são maiores que 0,1, o pressuposto de ausência multicolinearidade foi aceito, o que é exigido pelo modelo, pois a multicolinearidade pode influenciar nas relação das variáveis se fôssemos fazer uma relação separadamente. Porém, quando utilizamos um conjunto de variáveis em torno de uma variável dependente, essas variáveis podem predizer o comportamento daquela. Em outras palavras, melhora a principal variável considerada mais fraca (F5).

Medida	Limite Mínimo	Limite Máximo	Média	Desvio padrão
Resíduos	-2,52227	3,04992	0,000	1,21528
Valor previsto padrão	-1,855	1,808	0,000	1,000
Resíduo padrão	-1,704	2,061	0,000	0,821

Tabela 6 - Estatísticas de resíduos ^a

Fonte: Dados do autor, 2018

A Tabela 6 mostra se existem outliers na amostra. Como os valores estão dentro do limite de 3 desvios para mais ou para menos, observamos que os valores máximo e mínimo estão dentro do esperado. A análise, portanto, resultou em um modelo: [F(1,27) = 158,0660; p<0,000; R² = 0,987].

4 | DISCUSSAO

No presente estudo desenvolveu-se um sistema composto por um manequim *Ressuci Anne®* ao qual foi acoplado um potenciômetro linear, à UICV, uma peça original do manequim padronizado *Ressuci Annie®*, com o objetivo de medir a profundidade das

CTs, durante as manobras da RCP. O Sistema também já consta de um sensor de força (ROCHA, 2012) ja instalado no manequim *Ressuci Anne®*, que medi a força de CTs.

O sistema permitiu medir com precisão, a profundidade de forma bastante detalhada e clara no monitor de vídeo do computador, por meio do software BioMed, que é bastante poderoso e possibilita fazer várias medidas, quem tem como objetivo avaliar a qualidade da RCP usando um manequim instrumentado para medida de força e profundidade das CTs, aplicada durante manobras de RCP por cadetes bombeiros militares do Estado da Paraíba, previamente treinados e habilitados para efetuar manobras de RCP.

Mediante o processamento dos sinais de força, de profundidade, e da frequência das CTs, correlacionadas com as variáveis antropométricas, para à amostra de 32 indivíduos, foi possível fazer comparações dos nossos resultados com vários estudos similares encontrados na literatura específica sobre o assunto. Neste sentido, apresenta-se uma discussão sobre os dados encontrados na literatura e, sempre que possível, fez-se uma comparação com os nossos achados.

Diversas pesquisas (MAZIĆ S IV, 2011; MARIJON E et al., 2011; GAXIOLA A, 2008) comprovam a importância em medir a força a profundidade e a frequencia das CTs durante manobras de RCP. Nestas pesquisas foram utilizados manequins normatizados para treinamento de RCP com instrumentação específica acoplada para fazer a medida da força da profundidade e da frequência das CTs.

No estudo realizado por Song (2015) avaliou a viabilidade do uso do smartphone como um dispositivo de feedback, para verificar a profundidade de compressão torácica. Para avaliar a precisão deste instrumento, foi utilizado um potenciômetro para medir a profundidade e um acelerometro. Foi verificado o sinal de aceleração, obtido a partir do acelerômetro no smartphone, sendo estimado a profundidade da compressão torácica em tempo real. O teste incluiu três níveis (insuficiente, adequado e excessivo) de profundidade de compressão torácica. Os resultados obtidos foram 1,43 (0,75) mm, 1,01 (0,74) mm e 2,46 (1,38) mm, respectivamente. O estudo concluiu que, o erro da estimativa da profundidade de compressão torácica foi tolerável para o algoritmo a ser usado no aplicativo de feedback baseado em smartphone para comprimir mais de 51 mm, que é a diretriz da *American Heart Association* de 2010.

Estudo desenvolvido por Trowbridge C et al. (2009) com socorristas profissionais de ambos os sexos, testaram a qualidade da RCP em relação às variáveis: profundidade e força das CTs. Foram utilizados um sensor de força e um acelômetro, utilizando manequim *Ressuci Anne®*. Os resultados mostraram que a profundidade de 38 milímetros foi obtida com menos 50 kgf e a média da força foi maior para o sexo masculino ($29,8 \pm 14,5$ kgf).

Em seu estudo Kampmeier TG et al. (2013) afirma que, a profundidade das CTs tornou-se muito importante, como determinante do RCE, associado ao uso de sistemas de feedback em tempo real para RCP, ocorrer melhora na qualidade das CTs.

Comparado aos estudos acima, o nosso sistema equipara-se a literatura especializada, permitindo medir os ciclos de força e profundidade gerados nas manobras

de RCP com precisão, sendo o sinal de força e de profundidade mostrado de forma bastante clara no monitor de vídeo do computador, por meio do software BioMed.

Em seu estudo Trowbridge, et al. (2009) investigaram a profundidade e a força das CTs em voluntários saudáveis habilitados em RCP. Foram comparadas duas situações: 1) os sujeitos realizaram apenas compressões torácicas (*Hands-Only*) e 2) os sujeitos realizaram compressões com ventilações durante dez minutos de RCP, em um manequim Resusci Anne®. A força de CT foi significativamente menor na *Hands-Only*, correspondendo a 42,4 kgf. Já nas compressões com ventilações o resultado foi 46,4kgf. A força média necessária para gerar a profundidade de 38 milímetros foi de 32 kgf.

Na pesquisa realizada por Handley et al., (2005) analisaram a força e a profundidade das CTs em pacientes com parada cardíaca. O resultado revelou que a média da força de compressão e a profundidade alcançada foram de 30,3 kgf e 42 mm, respectivamente.

Foi observado na pesquisa de Kampmeier TG et al., (2013), 294 doentes foram analisados retrospectivamente em dois momentos observacionais, conforme as diretrizes da profundidade correspondente: ERC 2005 (40mm) e ERC 2010 (50mm). A profundidade média de compressão durante o primeiro momento foi de 47,1mm (SD 11,1) versus 49,6mm (SD 12,0) no segundo momento ($p <0,001$). Em relação às respectivas Diretrizes ERC 2005 e 2010, a proporção de CTs atingindo a profundidade mínima diminuiu (73,9% vs. 49,1%; $p <0,001$).

Niemann (2006) investigou 42 suínos anestesiados e instrumentados, com o objetivo de avaliar o mecanismo de fluxo de sangue, utilizando um dispositivo denominado *lifebelt*, que comprime o tórax e que permite determinar a força das CTs durante a RCP, comparando com o padrão manual da RCP. Este estudo demonstrou que para obter um desempenho ideal, em termos de pressão de perfusão coronariana, é necessário aplicar forças na faixa de 45 a 59 kgf.

Em nosso estudo, as média obtidas das variáveis força, profundidade e frequência das CTs foram respectivamente ($54,22 \pm 10,70$) kgf, ($5,05 \pm 1,17$) cm; (123,66) cpm. Na variável profundidade, o resultado obtido, encontra-se dentro das recomendações da AHA (2015) que estar entre 5 à 6cm. Já a frequência das CTs, encontra-se um pouco acima, segundo AHA (2015), recomendando entre 100 a 120 cpm. Comparando com os estudos de Tomlinson (50 kgf, 3,8cm), Niemann (59kgf), Handley (30,3kgf, 4,2 cm), Trowbridge (46,4kgf, 3,8 cm), os nossos resultados apresentaram semelhança com os autores acima.

O estudo de Ashton et al., (2002) desenvolvido no Reino Unido, investigou a influência da fadiga na frequência e na qualidade das compressões torácicas (CTs), entre médicos e enfermeiros treinados em RCP ($n=40$). Os voluntários faziam compressões torácicas usando o protocolo de SBV durante dois períodos de 3 minutos, intercalados por 30 segundos de descanso, em um manequim *Ressuci Anne*®. Os autores relataram que a fadiga diminui a frequência das compressões torácicas, comprometendo assim a qualidade das CTs. Afirma também existir uma correlação moderada positiva entre

a frequência das compressões torácicas e a massa corporal, nos 3 primeiros minutos ($r= 0.51$, $p= 0.0008$, média de MC= 78kg). Ashton relatou também uma correlação moderada positiva entre a frequência das compressões torácicas e a estatura ($r= 0.40$, $p= 0.01$), nos 3 primeiros minutos.

Pesquisa desenvolvida por Rocha (2012), objetivou avaliar os efeitos das características antropométricas de um grupo de 28 bombeiros militares sobre a força aplicada durante manobras de RCP. Foi utilizado um manequim padronizado *Ressuci Annie®*, usando um sensor de força acoplado no interior do tórax do manequim. O sinal de força foi captado usando o aplicativo polígrafo digital *BioMed* (CARVALHO, 1998). Variáveis antropométricas como estatura, ATC, MC e TMMSS foram medidas. Na análise dos resultados foi identificada uma correlação moderada positiva entre a variável força e TMMSS ($r=0.50$) e força e MC ($r=0.53$). As médias de força e de frequência obtidas foram 52 ± 12 kgf e 103 ± 22.7 comp/min respectivamente.

Comparado a literatura, os nossos achados, apresentaram os seguintes resultados: MC media ($73,56\pm8,54$) kg; Estatura média ($1,75\pm0,05$) cm; ATC média, ($1,61\pm0,02$) cm; TMMSS médio, ($77,96\pm3,03$) cm. A correlação entre a variável dependente e independente, apresentou-se muito forte ($r=0,994$), comparada aos estudos de Ashton et al. (2002) correlacionando a frequência das compressões torácicas e MC ($r= 0.51$), como também, correlacionou a frequência das compressões torácicas com a estatura ($r= 0.40$). Contudo, o estudo de Rocha (2012) identificou uma correlação moderada positiva entre a variável força e TMMSS ($r=0.50$) e força e MC ($r=0.53$).

5 | CONCLUSÃO

A correlação forte encontrados neste estudo pode levar a novas descobertas que podem ajudar a melhorar os métodos usados em RCP. Novos estudos empregando a tecnologia desenvolvida poderão contribuir para melhor analisar o impacto nas manobras de RCP. Assim, consideramos que o sistema desenvolvido pode prever a melhora da qualidade do treinamento de RCP, para profissionais que atuam em emergências.

REFERÊNCIAS

ALVES LR, Coutinho V, Santos LC. **Indicadores antropométricos associados ao risco de doença cardiovascular.** Arq Sanny Pesq Saúde. 2008;1():-7.

ANDERSEN LO, Isbye DL, Rasmussen LS. **Increasing compression depth during manikin CPR using a simple backboard.** Acta Anaesthesiol Scand. 2007;51(6):747-50. Epub 2007/04/12.

ASHTON et al., **Effect of rescuer fatigue on performance of continuous external chest compressions over 3 min.** Resuscitation. 2002; Nov Volume 55 (2): 2151-155.

Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association (AHA) sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Currents in Emergency Cardiovascular Care. 2005;16.

BATRA AS BS. Prevalence and spectrum diseases predisposing to sudden cardiac death: are they the same for both the athlete and the nonathlete? *Pediatr Cardiol.* 2012. Epub Mar;33(3)

BELLAN, MC; Araujo, IM; Araujo, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010;Vol.63(6):p.1019.

BETZ AE, et al. Work of CPR during two different compression to ventilation ratios with real-time feedback. *Resuscitation.* 2008;79(2):278-82. Epub 2008/08/08.

BÖHME M. Cineantropometria - componentes da constituição corporal. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano.* 2000;Volume 2 – Numero 1:p.729.

BOMPA TO. A Periodização no Treinamento Esportivo. Editora Manole 1^a ed São Paulo:. 2001.

BRASIL. Normas para a realização de Pesquisas em Seres Humanos. C N D Saúde Resolução 196/96. 1996

CARVALHO LC, et al. Software em Windows para Processamento, Armazenamento e Análise de Sinais Obtidos em Experimentos de Fisiologia. In Anais do 1er Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica (CD-ROM), Mazatlán, p 207-210 1998.

CHI CH, Tsou JY, Su FC. Effects of compression-to-ventilation ratio on compression force and rescuer fatigue during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Emerg Med.* 2010;28(9):1016-23. Epub 2010/09/10.

CHI CH, Tsou JY, Su FC. Effects of compression-to-ventilation ratio on compression force and rescuer fatigue during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Emerg Med* 2010;28(9):1016-23

CHI CH, Tsou JY, Su FC. Effects of rescuer position on the kinematics of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and the force of delivered compressions. *Resuscitation.* 2008;76(1):69-75. Epub 2007/08/11.

D CHAPMAN et al. A Descriptive Physical Profile of Western Australian Male Paramedics. *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC).* 2007;5(1)

DATASUS. Morbidade hospitalar dos SUS: geral, por local de internação. 2012. [Internet]. 2016. [Acesso em 2016 set 2] 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nibr.def>.

DESCHILDER K, De Vos R, Stockman W. The effect on quality of chest compressions and exhaustion of a compression--ventilation ratio of 30:2 versus 15:2 during cardiopulmonary resuscitation--a randomised trial. *Resuscitation.* 2007;74(1):113-8. Epub 2007/03/17.

Destaques das Diretrizes da American Heart Association (AHA) para RCP e ACE. 2010.

FLEISCHHACKL R, et al. School children sufficiently apply life supporting first aid: a prospective investigation. *Crit Care.* 2009;13(4):R127. Epub 2009/08/04.

GAXIOLA A, Varon J. Evolution and new perspective of chest compression mechanical devices. *American Journal of Emergency Medicine.* 2008 Volume 26(Issue 923-931).

GHORAYEB N. Sabemos fazer Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) pelas novas diretrizes?

GOBBO LA. **Perfíl antropométrico da seleção brasileira de canoagem.** Rev Bras Ciênc e Mov. 2002;10.

GUEDES D, Guedes J. **Manual Prático para Avaliação em Educação Física.** Editora Manole Barueri, São Paulo, SP. 2006.

HANDLEY A, et.al. **European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators.** *Resuscitation*. 2005;67 Suppl 1:S7-23. Epub 2005/12/03.

JANTTI H, et al. **Influence of chest compression rate guidance on the quality of cardiopulmonary resuscitation performed on manikins.** *Resuscitation*. 2009;80(4):453-7. Epub 2009/02/11.

KOEKEN Y, et al. **The influence of nonlinear intra-thoracic vascular behaviour and compression characteristics on cardiac output during CPR.** *Resuscitation*. 2011;82(5):538-44. Epub 2011/02/18.

KETZOIAN C et la. **Estadística Médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica.** Universidad de la República. 2004;1.

KAMPMEIER TG, et al. **Chest compression depth after change in CPR guidelines--improved but not sufficient.** *Resuscitation*. 2014 Apr;85(4).doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.12.030. Epub 2014 Jan 10.

LESSA I. **Medical care and deaths due to coronary artery disease in Brazil, 1980-1999.** Arq Bras Cardiol. 2003;81(4):336-42, 29-35. Epub 2003/12/11.

LIMA SEA. **Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2009;Vol.93:p.630-6.

MACKAY J, et al. **The atlas of heart disease and stroke.** Geneva: World Health Organization; 2004. 112 p. [Internet]. 2016. [Acesso em 2016 nov 2] 2016. Disponível em: www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.

MARIJON E, ET AL. **Sports-related sudden death in the general population.** *Circulation*. 2011; Aug 9(124(6):672-81). Epub 2011 Jul 25.

MARINS J, Giannichi R. **Avaliação e prescrição de atividade física: guia prático.** Editora Shape 2 ed Rio de Janeiro 1998.

MAZIĆ S IV, Djelić M, Arandjelović A. **Sudden cardiac death in young athletes.** Srp Arh Celok Lek 2011.

NUNES J, et al. **Parâmetros antropométricos e indicadores de desempenho em atletas da seleção brasileira feminina de basquetebol.** Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2009.

NIEMANN JT, et al. **A new device producing manual sternal compression with thoracic constraint for cardiopulmonary resuscitation.** *Resuscitation*. 2006;69(2):295-301. Epub 2006/02/07

OCK SM, et al. **Influence of physical fitness on the performance of 5-minute continuous chest compression.** *Eur J Emerg Med*. 2011;18(5):251-6. Epub 2011/05/20.

PEREIRA FB et al. **Efeito das variáveis antropométricas e da idade no comportamento da força muscular de homens idosos.** Brasília Med 2010.

PARADIS N, et al. **Coronary perfusion pressure and the return of spontaneous circulation in**

human cardiopulmonary resuscitation. *JAMA.* 1990;263(8)(1106-13)

ROCHA V, Reis J, Mello D, Carvalho L. **Efeitos das Características Antropométricas na Força Aplicada durante Ressuscitação Cardiopulmonar.** Dissertação Mestrado em Medicina do Esporte. Programa Euro-americano de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde (PEPGS) da Universidad Católica de Nostra Señora de La Asunción 2012.

STIELL IG. et al. **What is the role of chest compression depth during out-of-hospital cardiac arrest resuscitation?** *Crit Care Med.* 2012;40(4):1192-8.

SONG Y, et al. **A New Chest Compression Depth Feedback Algorithm for High-Quality CPR Based on Smartphon.** *Telemedicine and e-Health.* vol. 21 no. 1 january 2015. DOI: 10.1089/tmj.2014.0051.

SILVA E, Teixeira M, Gomes P. **Antropometria e força muscular relativa de membros superiores.** Revista Brasileira de Fisiología do Exercicio. 1997;2

TSOU J-Y, et al. **Electromyography activity of selected trunk muscles in rescuers during cardiopulmonary resuscitation.** *Journal of Biomechanics* 2007;40.

TROWBRIDGE C, et al. **A randomized cross-over study of the quality of cardiopulmonary resuscitation among females performing 30:2 and hands-only cardiopulmonary resuscitation.** *BMC Nurs.* 2009;8:6. Epub 2009/07/09.

TOMLINSON AE, et al. **Compression force-depth relationship during out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation.** *Resuscitation.* 2007;72(3):364-70. Epub 2006/12/05.

TIPLER PA. **Física para cientistas e engenheiros.** LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S A 1995.

THOMAS J, Nelson J, Silverman S. **Métodos de Pesquisa em Atividades Físicas.** Editora Artmed - 6 ed Porto Alegre 2007.

ZAGO A. et al. **Ressuscitação Cardiorrespiratória:Atualização, Controvérsias e Novos Avanços.** Arq Bras Cardiol. 1999;volume 72(nº 3).

COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER

Patricia Pereira Tavares de Alcantara

Universidade Regional do Cariri – URCA
Iguatu – CE

Zuleide Fernandes de Queiroz

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – CE

Verônica Salgueiro do Nascimento

Universidade Federal do Ceará – UFC.
Fortaleza – CE

Antonio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – CE

Maria Rosilene Cândido Moreira

Universidade Federal do Cariri – UFCA
Juazeiro do Norte – CE

e de que forma essas ações podem repercutir na vida dessas mulheres. Os dados foram coletados no CRAM do município de Crato/CE, que faz parte da rede de assistência de mulheres vítimas de violência, no período de janeiro e fevereiro do ano de 2017. Mediante os depoimentos que as participantes têm visões diferenciadas do que viriam a ser os benefícios advindos da assistência. Alguns profissionais consideram que os impactos positivos é aquele que promove transformação de vida das mulheres, como o empoderamento e o seu reconhecimento como sujeitos de direito. Dessa maneira, verificamos a necessidade de ampliação de literatura que traga discussões que entrelacem questões sociais, culturais, de justiça e equidade, de empoderamento, e de ações de visem a melhoria da qualidade de vida social.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Violência contra a mulher. Políticas públicas. Empoderamento. Qualidade de vida.

ABSTRACT: Violence against women is a serious social problem, requiring awareness, support and attention from different spheres of society to cope with it (COSTA et al, 2015). Women's Reference Centers - CRAM have broadened the scope of public policies to combat violence, acting to break the situation of violence through global actions, interdisciplinary

RESUMO: A violência contra a mulher é um grave problema social, requer conscientização, apoio e atenção das diferentes esferas da sociedade para seu enfrentamento (COSTA et al, 2015). Os Centros de Referência de Atendimento a Mulher – CRAM ampliaram o raio de ação das políticas públicas de combate à violência, atuando na ruptura da situação de violência por meio de ações globais, atendimento interdisciplinar, na perspectiva de prevenir e preservar os direitos das mulheres. O objetivo desse estudo teve foi conhecer o impacto das ações desenvolvidas pelo CRAM de uma cidade do interior do Ceará,

care, with a view to preventing and preserving women's rights. The objective of this study was to know the impact of the actions developed by the CRAM of a city in the interior of Ceará, and how these actions can have an impact on the lives of these women. The data were collected in the CRAM of the municipality of Crato / CE, which is part of the assistance network of women victims of violence, in the period of January and February of the year 2017. Through the statements that the participants have different visions of what would come to benefit from assistance. Some professionals consider that the positive impacts are those that promote women's life transformation, such as empowerment and recognition as subjects of rights. In this way, we verified the need to broaden the literature that brings discussions that interlace social, cultural, justice and equity issues, empowerment, and actions aimed at improving the quality of social life.

KEYWORDS: Violence. Violence against women. Public policy. Empowerment. Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

A violência representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, especialmente entre a população jovem, tem várias faces e afeta de modo diferenciado a população (FARIA, 2010).

Ao contrário do que muitos imaginam, a violência não é uma anomalia do ser humano. Poucos são os casos de patologias. No geral, ela é um fenômeno socialmente constituído. A violência é um problema de saúde pública e acarreta impactos no desenvolvimento humano, nas relações interpessoais, comunitárias e na sociedade de forma geral (SCHMIDT & COELHO, 2013).

Neste cenário de violência nos deparamos com a chamada violência de gênero ou violência contra a mulher, que tem suas origens na complexa dinâmica de poder entre homens e mulheres.

A violência contra a mulher é um grave problema social, requer conscientização, apoio e atenção das diferentes esferas da sociedade para seu enfrentamento (COSTA et al, 2015).

Este tipo de violência engloba as mais variadas formas de violência física, sexual, emocional ou psicológica. Considerando que na maioria das vezes as violências conjugais acontecem por agressores predominantemente do gênero masculino, e as principais vítimas, do gênero feminino, a violência conjugal é também denominada uma forma de violência de gênero (MOREIRA et al, 2014).

Quando se fala sobre violência de gênero se faz referência às relações de poder, ou seja, relações assimétricas, surgidas das influências culturais e as mais diversas formas em que está ligada às diferentes estruturas de dominação nas micro e macro áreas sociais. Sendo assim, discorrer sobre a violência implica em ressaltar as relações de hegemonia e subordinação que historicamente tem acompanhado o ser humano

(MONTEIRO, 2012).

Nas relações entre homens e mulheres no contexto doméstico e familiar, a violência de gênero, é um problema que se não coibido e enfrentado, continuará a contribuir, sobremaneira, com os índices da violência, adotou-se os preceitos normativos, planos nacionais e distrital demonstradas na pesquisa como políticas públicas de coibição e enfrentamento desse fenômeno, sendo apresentado, em todas elas, as atribuições das instituições de Segurança Pública, dentre elas, as da Polícia Militar (CASTRO, 2015).

Diante disso, em meados dos anos 1980 e início da década de 1990, com a pressão do movimento de mulheres e de feministas para que os governos implantassem políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres, foram criados, em algumas regiões do país, órgãos especializados de atendimento, como as Delegacias Especiais em Atendimento às Mulheres – DEAM, os Programas de Atenção às mulheres vítimas de violência sexual em maternidades, com a garantia do aborto previsto em lei, as Casas Abrigo e os Centros de Referência da Mulher – CRAM (CÔRTES et al, 2012).

Os CRAM ampliaram o raio de ação das políticas públicas de combate à violência, antes pautadas na ótica da segurança, atuando na ruptura da situação de violência por meio de ações globais, atendimento interdisciplinar, na perspectiva de prevenir e preservar os direitos das mulheres. Os centros de referência da mulher configuram-se como unidades de informação que, cotidianamente, produz conteúdos informacionais de subversão e de ressignificação de estruturas históricas e cristalizadas que alicerçam a dominação masculina e contribuem para resgatar a autoestima, a autonomia e a emancipação das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Assim, o presente estudo faz parte da dissertação de mestrado que trata sobre ações de combate a violência contra a mulher e a promoção da sustentabilidade social. O objetivo desse estudo teve foi conhecer o impacto das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência de Atendimento a Mulher – CRAM de uma cidade do interior do Ceará, e de que forma essas ações podem repercutir na vida dessas mulheres.

2 | METODOLOGIA

Os dados foram coletados no Centro de Referência de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência do município de Crato/CE, que faz parte da rede de assistência de mulheres vítimas de violência, no período de janeiro e fevereiro do ano de 2017.

O município do Crato/CE, localizado na Região Metropolitana do Cariri – RMC, conhecido por muitos como “Oásis do Sertão”, no extremo sul do estado do Ceará, a 560 Km da capital Fortaleza/CE é a segunda cidade mais importante do Cariri em termos econômicos e possui uma população de 121.428 habitantes (IBGE, 2012).

A escolha do município de Crato/CE deu-se em virtude dos elevados índices de violência contra a mulher registrados fornecidos pelo Sistema de Informação de

Agravos de Notificação – SINAN (78 casos em 2015, e 58 casos em 2016) e pela Delegacia de Defesa da Mulher – DDM de Crato/CE (926 casos no ano de 2015). Assim como, pela repercussão midiática do elevado índice de casos no referido município.

No município do Crato/CE encontramos uma Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher articulada e composta por variados equipamentos que se propõem a oferecer assistência, dentre os quais podemos citar a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), o Juizado Especializado da Mulher, o Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher Cratense (CMDMC), o Observatório de Violência Domiciliar e Familiar, a Secretaria de Trabalhadores Rurais, a Federação dos Trabalhadores Rurais, e os Movimentos Sociais de Mulheres.

Os Centros de Referência de Atendimento a Mulher são estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência. Devem exercer o papel de articuladores dos serviços organismos governamentais e não-governamentais que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade social, em função da violência de gênero (BRASIL, 2006).

O estudo foi do tipo exploratório descritivo por melhor atender aos objetivos propostos ao oferecer dados importantes sobre o tema em questão e descrever as características do objeto em estudo. Gil (2009) afirma que esse tipo de pesquisa tem o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato.

Para registros dos dados foi utilizado um diário de campo que permitiu o registro dia por dia do que o investigador observava e que não era objeto de nenhuma modalidade da entrevista, como impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, dentre outros aspectos (MINAYO, 2014).

E em paralelo, foi realizada a observação não-participante onde o pesquisador entrou em contato com a realidade estudada sem integrar-se a ela, agindo como espectador com caráter sistemático (MARCONI & LAKATOS, 2010).

Em relação aos aspectos éticos para a realização da pesquisa foram consideradas as determinações contidas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), proporcionando aos sujeitos a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados obtidos, bem como a garantia de esclarecimentos acerca da pesquisa e/ou a liberdade de se recusar a participar do estudo.

Assim, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri – URCA, para a apreciação do processo metodológico. O processo de número 1.889.662 foi deferido, com parecer aprovado para realização do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da problemática tornou-se imprescindível rastrear a violência contra as mulheres uma vez que é um fenômeno que tem suas raízes nas desigualdades de gênero, traduzidas em relações assimétricas de poder e, ainda, que esse poder seja relacional, a realidade tem revelado que ele muito dificilmente beneficia as mulheres, que são alvo majoritariamente preferencial da violência de gênero. Emergiu assim, a categoria temática – Impactos advindos do desenvolvimento das ações do Centro de Referência de Atendimento a Mulher.

Essa categoria teve seu embasamento nas falas e observações que também fizeram parte dos instrumentos de coleta de dados, conforme definido no processo metodológico.

Ampliar investigações e aprofundar a discussão sobre esse fenômeno da realidade possibilitará uma melhor compreensão e visibilidade do problema, além de oferecer subsídios para que políticas públicas e a atuação dos profissionais valorizem estratégias para o empoderamento das mulheres, possibilitando, assim, rupturas das amarras da submissão (LIRA et al, 2012).

As falas abaixo trazem a visão dos profissionais acerca dos impactos advindos da assistência prestada por eles no Centro de Referência de Atendimento a Mulher:

“Quando elas recebem os atendimentos psicológicos, sociais e jurídicos elas passam a querer efetivar seus direitos.” (RUBI)

“Já foi feita uma parceria com o SENAC para oferecermos um curso de maquiagem para melhorar a auto-estima das mulheres e para promover uma geração de renda [...] e para que elas se vejam como sujeitos de direito. Elas diziam que se sentiam alguém e que queriam mudar de vida.” (RUBI)

“[...] elas chegam pesadas e carregadas, e com o acompanhamento da gente, o companheirismo [...] a gente vê que com o tempo elas adquirem confiança na gente, e a gente observa que elas se sentem mais leves.” (SAFIRA)

Mediante os depoimentos que as participantes têm visões diferenciadas do que viriam a ser os benefícios advindos da assistência. Alguns profissionais consideram que os impactos positivos é aquele que promove transformação de vida das mulheres, como o empoderamento e o seu reconhecimento como sujeitos de direito. Contudo, ainda identificamos profissionais que acreditam que oferecimento de ações paternalista ou paliativas favorecerão a ruptura do ciclo de violência.

Logo, é necessário repensarmos na forma como as políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher são desenvolvidas na prática, dentro dos serviços que compõe a rede. E assim, reforçar a necessidade de termos profissionais mais capacitados e qualificados para trabalharem com uma problemática que repercute de forma tão negativa na vida social das mulheres e das famílias.

Conforme preconiza a norma de funcionamento nacional, o Centro de Referência de Atendimento à Mulher deve prestar acolhida, acompanhamento psicológico e

social, e orientação jurídica às mulheres em situação de violência, visando à ruptura da situação de violência e à construção da cidadania das mulheres, por meio de atendimento intersetorial e interdisciplinar. As ações do Centro de Referência devem pautar-se no questionamento das relações de gênero, base das desigualdades sociais e da violência contra as mulheres e devem voltar-se ao enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres (violência doméstica, violência sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual e moral, etc). Objetivo Geral: Prestar acolhimento e acompanhamento psicológico, social e orientação jurídica às mulheres em situação de violência, de modo a fortalecer sua autoestima e possibilitar que essas mulheres se tornem protagonistas de seus próprios direitos, ampliando seu nível de entendimento sobre as relações de gênero. Objetivos Específicos: 1. Acolher as mulheres em situação de violência, orientando-as sobre os diferentes serviços disponíveis para a prevenção, apoio e assistência em cada caso particular. 2. Promover o atendimento especializado e continuado às mulheres em situação de violência. 3. Articular os meios que favoreçam a inserção da mulher no mundo do trabalho e em programas de capacitação para o trabalho e geração de renda , quando couber. 5. Garantir à mulher assistida as condições de acesso aos Programas de Educação formal e não formal, quando couber. 6. Propiciar, à mulher assistida, os meios para obter o apoio jurídico necessário a cada caso específico. 7. Prestar informação e orientação por meio de atendimento telefônico às mulheres (BRASIL, 2011).

Nossa realidade de estudo ainda encontra-se distante do preconizado quando identificamos que por vezes nem os profissionais conhecem a rede, tão pouco conseguem orientar as mulheres sobre os diferentes serviços que podem utilizar. Verificamos que o CRAM em questão não consegue favorecer este atendimento continuado, nem tão pouco articular meios que empoderem as mulheres e favoreçam sua qualidade de vida. Enfraquecendo assim, a promoção da sustentabilidade social no contexto do combate da violência contra a mulher.

Os participantes o estudo também apontam a ruptura do ciclo da violência como um benefício de forte impacto na vida das mulheres atendidas. Seguem as falas:

“[...] se conscientizam que elas é que devem ter a atitude de sair do ciclo de violência. Muitas acham que o agressor pode melhorar da noite para o dia [...] tentamos reconstruir a auto-estima delas, porque muitas acham que não vão conseguir.” (ESMERALDA)

“Algumas tem saída satisfatória do ciclo de violência [...] quando elas se identificam como vítimas [...] porque outras aceitam a violência como algo normal, justificam as agressões em virtude do uso de bebidas, drogas.” (AMETISTA)

“[...] problemática complexa e difícil de resolver [...] a gente não pode obrigar a mulher a sair do ciclo de violência, porque ela tem que se conscientizar.” (AMETISTA)

“Ajuda na ruptura do ciclo de violência por que encoraja as mulheres a saírem desse ciclo de vicioso [...] que não é fácil sair.” (RUBI)

“[...] tenta oferecer a ruptura do ciclo de violência para que essa violência não volte a acontecer.” (CRISTAL)

Identificamos pelas falas que o trabalho de ruptura do ciclo de violência de restringe a orientações e aconselhamentos específicos para cada situação. Mas que não acontecem envolvimento com outros serviços e/ou movimentos sociais que tornem essas mulheres agentes de transformação de suas realidades, conheedoras de seus direitos, e resgatem sua cidadania.

A compreensão do funcionamento do ciclo da violência contra a mulher torna-se fundamental para os profissionais entenderem os mecanismos de manutenção de tais relacionamentos. Esse ciclo caracteriza-se por três momentos marcantes: a fase de tensão, caracterizada por insultos, humilhação e provocações mútuas; o episódio agudo de violência, marcado pelos diferentes tipos de agressões; e a fase de lua-de-mel, em que o casal realiza promessas mútuas, ocorre uma idealização do parceiro e a negação da vivência de violência (BRASIL, 2003).

Conhecer como se desenvolve o fenômeno da violência doméstica é fundamental para os profissionais envolvidos no cuidado a essas mulheres, pois dessa maneira é possível nos instrumentalizarmos para melhorar a acolhida desse grupo especial de clientes. Enquanto um problema de Saúde Pública a Violência Doméstica atinge mulheres de todas as idades e classes sociais. Observa-se uma falta de capacitação dos profissionais frente a essa demanda populacional uma vez que os mesmos não se sentem seguros para dar orientações e realizar encaminhamentos precisos em relação a esta temática (PORTO & LUZ, 2004).

Uma vez iniciado o ciclo de violência conjugal, essas mulheres vivenciavam uma dinâmica familiar extremamente sofrida, marcada por cenas de ciúmes, discussões e agressões constantes, tanto física, quanto psicológica e sexual. Com uma alternância de periodicidade, as cenas de violência se repetiam sem a preocupação com os demais membros da família que geralmente presenciavam os fatos, sem muito ter o que fazer (PORTO & LUZ, 2004).

Compreendemos, pois, que a luta pelos direitos humanos e contra a violência, o preconceito e a discriminação, não só contra as mulheres, mas contra todos aqueles que são vítimas, deve ser encarado como um mal a ser combatido, vigiado, punido e disciplinado (SILVA, 2010).

Diante disso, apontamos outros impactos da assistência prestada pelo CRAM de Crato/CE na perspectiva dos participantes do estudo. Veja as falas:

“[...] traz benefícios [...]” (RUBI)

“Faz elas ressurgirem para a vida social, para o trabalho [...]” (TOPÁZIO)

“A partir do momento que a gente atende [...] a gente empodera essas mulheres e esclarece a existência de seus direitos.” (RUBI)

“O CRAM promove a recuperação da auto-estima, promove um atendimento

humanizado, e tentamos acolher e empoderar." (CRISTAL)

"[...] melhora a qualidade de vida ao ponto que ela não se vê sozinha, e que ela sabe que tem alternativas para lutar e transformar o medo em luta." (CRISTAL)

"Elas saem transformadas [...] e fica sempre a mensagem de que sempre que precisarem estaremos aqui para acolher." (SAFIRA)

"[...] depois de 4 ou 5 atendimentos a transformação é visível. Chegam com a auto-estima muito baixa [...]" (ESMERALDA)

Diante das falas observamos que embora existam fragilidades, alguns benefícios são conquistados para o reestabelecimento do déficit emocional das vítimas de violência, e na busca do resgate de uma maior auto-estima. Contudo, consideramos que ainda há muito a ser feito, sobretudo relacionado à justiça social, à equidade de gênero e à qualidade de vida.

O século que acaba de findar, em que pesem os avanços em vários ramos do saber, foi marcado, infelizmente, por uma crescente onda de violência. No Brasil, e de resto em todo o planeta, a sociedade contemporânea viu caírem por terra muitos valores — como a solidariedade, o respeito, a tolerância, mesmo não sendo de forma generalizada. Mais do que nunca há um clamor por mudanças, mesmo que ele não se faça audível. Para onde caminhamos, se não houver uma reversão da intolerância e violência instaladas em nosso cotidiano? Não podemos simplesmente fechar os olhos e seguir submissos rumo à barbárie. Há que se construir uma cultura de paz! (DISKIN & ROIZMAN, 2002).

É na crença de mudanças sociais, no engajamento ou não da militância dos direitos humanos por grupos sociais concebidos como minorias (negros, mulheres, trabalhadores rurais, sem terra, sem teto, homossexuais, crianças, idosos, etc.), na possibilidade de ensinar os outros a tratar o nosso semelhante como um de nós, portanto, engajado na perspectiva da educação como mudança de atitude, de comportamento e de ideais de vida, é que poderemos criar uma sociedade mais justa, mais igualitária e eticamente possível. Pensar na igualdade que une os sujeitos pode não ser uma tarefa fácil, mas acreditamos ser esse um trabalho possível, na conquista e na primazia dos direitos humanos para as próximas décadas (SILVA, 2010).

Respeitar a vida, rejeitar a violência, ser generoso, ouvir para compreender, preservar o planeta e redescobrir a solidariedade são as palavras de ordem do nosso programa — Escolas de Paz. Evidente que há muito para se fazer em uma sociedade marcada pela injustiça e desigualdade como a nossa. Mas é preciso começar de algum ponto (DISKIN & ROIZMAN, 2002).

Para o mesmo autor, nosso maior desafio é transformar os valores da Cultura de Paz em realidade na vida cotidiana. Traduzir cada um dos desafios propostos pela Cultura de Paz em realidade, na vida das pessoas. Preparar a paz, portanto, significa:

- respeitar a vida e a dignidade de cada pessoa, sem discriminar nem prejudicar;
- contribuir com o desenvolvimento de minha comunidade, propiciando a plena

participação das mulheres e o respeito dos princípios democráticos, para criar novas formas de solidariedade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou o contato da pesquisadora com o universo da problemática da violência contra a mulher. Trouxe a compreensão do quanto é complexo adentrar na intimidade das mulheres vitimadas. E apresentou como opção mais viável a compreensão deste processo de violência na visão dos profissionais que prestam assistência a estas mulheres.

Sendo assim, vale destacar um grande desafio: despir-se de estigmas e julgamentos sobre o tema violência contra a mulher. As leituras e cada encontro com os profissionais nas entrevistas foram momentos que permitiram um repensar nos preconceitos que envolvem a temática, e no quanto devemos estar preparados enquanto profissionais e seres humanos para oferecermos um acolhimento e um atendimento de qualidade a essas mulheres.

Outra contribuição percebida foi o despertar dos profissionais do CRAM para os benefícios de suas condutas, onde identificamos que gestos, muitas vezes, vistos como insignificantes podem promover mudanças salutares. Ressaltando que o papel do CRAM além de prestar o acolhimento e atendimento da mulher em situação de violência, deve ser monitorar e acompanhar as ações desenvolvidas pelas outras instituições que compõem a rede.

Estes fatos lançam como contribuição a indicação de que a rede de enfrentamento a violência contra mulheres do Crato/CE seja fortalecida, e de que o serviço do CRAM, assim como dos demais segmentos seja melhor divulgado e que possam ser criados fluxos onde as mulheres visualizem claramente o funcionamento desta rede.

Contudo, não se pode cometer o engano de pensar que o problema está diminuindo, pois ele continua se alastrando, sorrateiramente, entranhado nas relações entre homens e mulheres de todas as faixas etárias. Assim como é necessários profissionais capacitados para o atendimento das mulheres.

Dessa maneira, verificamos a necessidade de ampliação de literatura que traga discussões que entrelacem questões sociais, culturais, de justiça e equidade, de empoderamento, e de ações de visem a melhoria da qualidade de vida social.

Portanto, o estudo tem o grande intuito de servir para um embasamento teórico de grandes pesquisas que possam surgir. Deseja-se que este estudo, possa sensibilizar os profissionais no sentido de estarem repensando sua atitude diante dessas situações. Que sirva de alerta para a importância de se estar constantemente lutando para o combate da violência de gênero, em todas as instâncias sociais.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero:** construindo políticas para as mulheres. Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.
- _____. **Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Presidência da República. Brasília 2006.
- _____. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.
- _____. **Resolução Nº 466/12.** Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- CASTRO, F.B. de . **Estado, Políticas Públicas e Gênero:** A Polícia Militar do Distrito Federal e sua Atuação Preventiva na Proteção às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. Revista Ciência & Polícia - N. 3, V.1, junho, 2015.
- CÔRTES, G.R.; LUCIANO M.C.F.; DIAS, K.C.O. **A informação no enfrentamento à violência contra mulheres:** Centro de Referência da Mulher “Ednalva Bezerra”: relato de experiência. Biblionline, João Pessoa, v. 8, n. esp. p.134-151, 2012.
- COSTA, M.S.; SERAFIM, M.L.F.; NASCIMENTO, A.R.S. do. **Violência contra a mulher:** descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):551-558, jul-set 2015.
- DISKIN, L.; ROIZMAN, L.G. **Paz, como se faz?**: semeando cultura de paz nas escolas. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, UNESCO, Associação Palas Athena, 2002.
- FARIA, N. **A divisão sexual do trabalho como base material das relações de gênero.** In: SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, São Paulo: SOF, 2010.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo –SP: Atlas, 2009.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável.** Rio de Janeiro, 2012.
- LIRA, C.E.P.R. de; SILVA, P. de P.A.C. da; TRINDADE, R.F.C. da. **Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):928-36. 2012.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOREIRA, T. das N.F. [et al]. **A construção do cuidado:** o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014.
- MORERA, J. A. C. [et al]. **Violência de Gênero:** um olhar histórico. HIST. ENF. REV. ELETR (HERE). jan/jul; 5(1):54-66. 2014.
- PORTO J.R.R., LUZ A.M.H. **Matizes da violência contra a mulher:** conhecendo o fenômeno. Rev

Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2004 ago;25(2):207-18, 2004.

SCHMIDT, B.; COELHO, E.S.B. **Abordagem da violência familiar na Estratégia Saúde da Família:** revisão de literatura. Psicologia Argumento/dossiê. Curitiba, 2013.

SILVA, S.G. da. **Preconceito e Discriminação:** As Bases da Violência Contra a Mulher. Psicologia Ciência e Profissão, 2010, 30 (3), 556-571, 2010.

CONSTRUINDO O APRENDIZADO EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Kelly da Silva Oliveira

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará

Hyanara Sâmea de Sousa Freire

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

Mônica Kallyne Portela Soares

Faculdade Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará

Francisca Fátima dos Santos Freire

Faculdade Católica Rainha do Sertão
Quixadá – Ceará

dita dentro da atenção primária. Foi realizado: pré-natal de risco habitual; planejamento reprodutivo; consulta ginecológica e prevenção do câncer de colo do útero; puericultura; acompanhamento de pessoas com hipertensão, diabetes e hanseníase; avaliação do programa Bolsa Família; vacinação; encaminhamentos; educação em saúde individual e coletiva; participação em treinamentos e reuniões com Agentes Comunitários de Saúde; procedimentos técnicos diversos, de acordo com a demanda do serviço; entre outras atividades. Por fim, na fase somativa, adquiriu-se autonomia na assistência ofertada em todos os contextos abordados, refletindo bom domínio e compreensão das ações de enfermagem. O estágio possibilitou estabelecer contato direto com os usuários e a equipe de saúde, além de experimentar a realidade do enfermeiro da atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Pública.

ABSTRACT: The study aimed to report the experience of a nursing student experienced during the Supervised Internship in a Primary Health Care Unit. This is an experience report conducted in Nova Russas, Ceará, from August to December 2017. The teaching-learning experience was categorized into three evaluation phases: diagnostic, formative and

RESUMO: O estudo objetivou relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem vivenciada durante o Estágio Supervisionado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Trata-se de um relato de experiência realizado no município de Nova Russas, Ceará, durante os meses de agosto a dezembro de 2017. A experiência de ensino-aprendizado vivenciada foi categorizada em três fases de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. Na primeira fase, foi possível conhecer normas e rotinas da unidade; compreender a dinâmica do funcionamento do serviço; traçar o perfil dos usuários e identificar as vulnerabilidades da comunidade. Na fase formativa, teve-se a assistência de enfermagem propriamente

summative. In the first phase, it was possible to know rules, routines and dynamics of the service; determine the profile of the users and identify vulnerabilities of the community. In the formative phase, the nursing care itself took place within the primary care. It was performed: usual risk prenatal care; reproductive planning; gynecological consultation and prevention of cervical cancer; childcare; monitoring of people with hypertension, diabetes and leprosy; evaluation of the Bolsa Família Program; vaccination; referrals; individual and collective health education; participation in training and meetings with Community Health Agents; several technical procedures, according to the demand of the service; among other activities. Finally, in the summative phase, autonomy was acquired in all the contexts approached during the nursing care, reflecting good mastery and understanding of the nursing attributions. The Internship made it possible to establish contact with users and the health team, as well as to experience the reality of the primary care nurse.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Education, Community Health Nursing, Public Health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, presente no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Considerada como principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), ordenadora do sistema e centro de comunicação com outros pontos que integram as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Para alcançar os avanços que a atenção primária à saúde apresenta atualmente, várias mudanças aconteceram, desde a reforma sanitária brasileira à criação das Leis Orgânicas da Saúde. No entanto, ainda há muito que avançar na luta pela transformação da lógica assistencial hospitalocêntrica, voltando-se para ações preventivas direcionadas à atenção básica (MENICUCCI, 2014).

A atenção primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e busca desenvolver uma atenção integral que transforme a situação de saúde e autonomia das pessoas e cause impacto nos determinantes e condicionantes de saúde da população. Apresenta princípios e diretrizes que incluem universalidade, integralidade, equidade, longitudinidade do cuidado, regionalização e hierarquização, ter território adscritos, resolutividade e cuidado centrado na pessoa, entre outros (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Desse modo, faz-se necessário a atuação de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: um médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde

(ACS) – podendo-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe, Agentes de Combate a Endemias (ACE) e agentes de saúde bucal. Enfatizando que o número de ACS é definido conforme base populacional, critério demográfico, epidemiológico e socioeconômico e mediante definição local, de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada através da Portaria nº 2.436, em setembro de 2017 (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017).

Inserido nesse contexto, é possível perceber que o enfermeiro assume um papel cada vez mais proativo e decisivo na atenção básica, exigindo do mesmo uma gama de atribuições, responsabilidades e tarefas, além de um perfil diferenciado, qualificado e pleno conhecimento de suas atividades, como forma de garantir a efetividade das ações e serviços de saúde. Para que o profissional possa ofertar um cuidado de maior qualidade e resolutividade, deve ter conhecimento sobre saúde da família e conceitos de família e interação familiar, considerando o aspecto estrutural e organizacional da assistência em saúde pública (FIRMINO et al., 2016).

No que se refere às suas atribuições, o enfermeiro deve executar ações de assistência básica de vigilância sanitária e epidemiológica à criança e adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao idoso, supervisionar os agentes comunitários de saúde e participar do Conselho Municipal de Saúde. Cabe também a este profissional gerenciar a assistência de enfermagem, devendo o enfermeiro ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, buscando inovações à equipe e definindo responsabilidades. Contudo, as ações de enfermagem devem ser coerentes com as condições culturais, socioeconômicas e ambientais do usuário, da família e comunidade (FIRMINO et al., 2016).

Para Evangelista e Ivo (2014), a formação de um profissional para atuar no mercado de trabalho não pode ser apenas teórica, é fundamental que o acadêmico conheça seu espaço de atuação por meio do estágio supervisionado. O estágio supervisionado permite expandir conhecimentos, associando a prática à teoria adquirida durante a graduação e assim garante ao acadêmico a oportunidade de se autodescobrir como profissional, conviver com outros colegas de profissão, aprofundar conhecimentos e habilidades e conhecer as responsabilidades que lhes são conferidas, incluindo a liderança de equipe, tão importante para a formação do futuro enfermeiro.

Partindo da compreensão de que o estágio supervisionado é importante para a formação do discente do curso de enfermagem, também passa a ser fundamental a atuação do preceptor responsável que realizará a supervisão das ações dos acadêmicos ao longo do período de estágio, sempre se atentando os anseios, às dificuldades e às características dos discentes supervisionados, de maneira a auxiliar de forma adequada para que estes adquiram qualificação e atuem com responsabilidade e presteza (MORSCHBACHER; GABIATTI; ALBA, 2017).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem vivenciada durante o Estágio Supervisionado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Do ponto de vista metodológico, este estudo trata de um relato de experiência, que se caracteriza por uma compreensão singular da vivência de uma discente do Curso de Graduação em Enfermagem durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Nova Russas, Ceará, realizado nos meses de agosto a dezembro de 2017.

A área de abrangência da unidade está dividida em nove microáreas e atende, aproximadamente, 7.000 habitantes. O território, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social da Prefeitura Municipal de Nova Russas, é classificado como área de médio risco de adoecer e morrer.

A referida UAPS possui uma estrutura física que inclui: sala de acolhimento; recepção; sala de imunização; farmácia; três consultórios para atendimento médico, odontológico e de enfermagem; quatro banheiros (um para cada consultório e um para os usuários); sala de procedimentos e copa.

No que se refere aos recursos humanos, a unidade conta com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de farmácia, duas recepcionistas, um auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitárias de saúde e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) – nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, educador físico, entre outros.

A unidade de saúde oferece atendimento de enfermagem, médico e odontológico, administração de medicações no âmbito da atenção básica, realização de curativos de pequena complexidade, administração de imunobiológicos, coleta de exames laboratoriais e ginecológicos, testes rápidos para Hepatites B e C, Sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), encaminhamento para atendimento especializado (se necessário) e fornecimento de medicamentos básicos por meio da farmácia local, academia da saúde e Programa Saúde na Escola (PSE).

Por se tratar de um relato de experiência de ensino-aprendizado, o estudo não necessitou de avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao longo do estágio, a discente contou com supervisão, orientação e acompanhamento da enfermeira responsável pela unidade. Juntas, vivenciaram o dia a dia da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, executando as atribuições preconizadas pela portaria do Município e seguindo as Políticas Públicas do Ministério da Saúde, permitindo assim desenvolvimento prático dos conhecimentos, atitudes e habilidades da discente, com base nas teorias e ciências que envolvem a atuação do profissional Enfermeiro.

A experiência de ensino-aprendizado vivenciada foi categorizada em três fases

de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. As fases mencionadas possuem características singulares. A diagnóstica, considerada a primeira fase, possibilita ao discente conhecer a estrutura e o funcionamento da atenção primária em que atuará durante o estágio, devendo este identificar as rotinas e normas, traçar o perfil dos usuários, compreender a dinâmica da população com o serviço, identificar os riscos e vulnerabilidades as quais os usuários assistidos estão expostos e, somente a partir desse momento, iniciar sua atenção direta. Na fase formativa, considerada a segunda fase, o discente coloca em prática o conhecimento e habilidade adquirido durante a vida acadêmica, realizando uma assistência humanizada, resolutiva, qualificada e integralizada aos usuários do serviço. A fase somativa, considerada a terceira e última fase, se constitui como o momento em que o discente desenvolve suas funções com autonomia, assumindo as funções do enfermeiro responsável pela unidade de saúde (SENA; ALVES; SANTOS, 2016).

Na fase diagnóstica, foi possível conhecer a área de abrangência da unidade, as normas e rotinas e a dinâmica de funcionamento do serviço, bem como perceber as características sócio-demográficas da comunidade e identificar suas principais vulnerabilidades.

Foi realizada visita ao local de estágio para reconhecimento da unidade e suas particularidades. A discente foi apresentada para a equipe do serviço, uma vez que nesse período a contribuição aumentaria significativamente no setor. Durante todas as semanas de estágios, buscou-se seguir as normas e rotinas do serviço, de forma que fosse possível desenvolver atividades dentro dos programas da unidade.

Os atendimentos da unidade aconteciam da seguinte forma ao longo da semana: segunda-feira – puericultura (manhã) e pré-natal (tarde); terça-feira – pré-natal (manhã) e puericultura (tarde); quarta-feira - atendimento a pacientes com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (manhã) e planejamento reprodutivo (tarde); quinta-feira - planejamento reprodutivo (manhã) e atendimento a pacientes com DM e HAS (tarde); sexta-feira - consulta ginecológica, exame de prevenção do câncer de colo de útero e exame clínico de mamas (manhã e tarde). Entretanto, independente do dia e turno, eram abertos atendimentos à demanda livre.

Com relação às vulnerabilidades, foi possível identificar um grande número atendimento a gestantes e pacientes obesos, diagnosticados com DM e HAS, bem como se observou que as mulheres procuravam mais assistência à saúde em comparação aos homens.

Na fase formativa, foi realizada a assistência de enfermagem propriamente dita. Dentro os atendimentos de enfermagem realizados sob a supervisão da enfermeira da unidade, citam-se inicialmente as consultas de pré-natal de risco habitual, considerando-se o grande quantitativo de gestantes na área de abrangência da unidade.

Ao chegar, as gestantes eram encaminhadas para a sala de acolhimento e triagem para a verificação de sinais sitais (SSVV), peso corporal e altura e, em seguida, eram encaminhadas por ordem de chegada ao consultório da enfermeira.

No consultório, era realizado cálculo da idade gestacional e data provável do parto, investigação de possíveis queixas ou sinais alerta, verificação do cartão de imunização e de resultados de exames previamente solicitados, manobras de Leopold, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, verificação da presença de edemas em membros inferiores, bem como solicitação dos exames laboratoriais preconizados de acordo com trimestre de gestação com intuito de detectar afecções de saúde que podem comprometer o desenvolvimento materno-fetal.

De acordo com o Ministério da Saúde, na rotina do 1º trimestre do pré-natal de baixo risco, solicita-se hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, teste rápido para sífilis ou VDRL, teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II), toxoplasmose (IgM e IgG), sorologia para hepatite B (HbsAg), urina tipo I, urocultura e antibiograma, eletroforese de hemoglobina e ultrassonografia obstétrica, exame citopatológico do colo do útero e parasitológico de fezes (se necessários). No 2º trimestre, solicita-se o teste de tolerância oral à glicose para gestantes de 24 a 28 semana de gestação, sem diagnóstico prévio de DM (a depender do resultado da glicemia de jejum) e coombs indireto para gestantes a partir de 24 semanas de gestação (se a mãe tiver Rh negativo e o pai tiver Rh positivo ou desconhecido). Já no 3º trimestre, solicita-se: hemograma, glicemia de jejum, coombs indireto (a cada quatro semanas, em gestante com indicação deste exame), teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II), sorologia para hepatite B (HbsAg), urina tipo I, urocultura e antibiograma, toxoplasmose IgM e IgG (se a gestante for vulnerável à doença), teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II) e teste rápido para sífilis ou VDRL (BRASIL, 2016).

Ainda nas consultas de pré-natal, foram esclarecidas dúvidas com linguagem compreensível; fornecido orientações sobre a importância do esquema vacinal da gestante, cuidados com as mamas, alimentação adequada e medidas para melhorar a dispneia, dores lombares e náuseas; entrega de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso e, havendo necessidade, encaminhamentos para outros profissionais do NASF.

O enfermeiro tem papel fundamental na assistência ao pré-natal de risco habitual e, com isso, se faz necessário investimento em sua qualificação para que as condutas possam ser realizadas da melhor forma possível, buscando conhecimentos para um melhor acompanhamento. O profissional deve estar comprometido com a qualidade da assistência, manter o foco na satisfação da saúde reprodutiva da gestante, compreendendo o cenário de saúde, além de dar subsídio para a eficácia do processo de saúde (SILVA et al., 2015).

No atendimento ao planejamento reprodutivo, foram repassadas orientações em relação aos principais métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, suas vantagens e desvantagens e a forma do uso. Foram apresentados os métodos de barreira, que dificultam a penetração dos espermatozoides no útero, como camisinhas masculina e feminina; métodos hormonais, que interferem na ovulação, como os

anticoncepcionais orais combinados, minipílulas, injetáveis mensais e trimestrais e contraceptivos de emergência; e os métodos comportamentais, que dificultam a fertilização do óvulo pelos espermatozoides, como tabelinha, curva térmica basal, alterações de muco cervical e coito interrompido.

Frente à utilização dos métodos, é fundamental orientar sobre as diferentes opções contraceptivas para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as usuárias tenham a possibilidade de conhecer e escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. O planejamento reprodutivo é uma forma de promover aos cidadãos acesso à informação, aos serviços de saúde e aos métodos contraceptivos seguros e eficazes, de maneira a permitir a sexualidade saudável e segura, além da autonomia na decisão de ter ou não filhos e qual o momento ideal para tê-los (ROCHA, 2017).

Durante os meses de estágio, observou-se à ausência de homens nas consultas de planejamento reprodutivo, com isso as usuárias que eram atendidas foram orientadas que os convidassem para participar desse processo, visto que eles também fazem parte do planejamento familiar e reprodutivo do casal.

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos reprodutivos e sexuais dos indivíduos e se baseiam em ações preventivas, clínicas, educativas, informações e oferta dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem valorizar e incluir a participação do homem, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres (ROCHA, 2017).

Além disso, durante as orientações de saúde, levou-se em consideração as características dos métodos no que se refere à proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a importância da realização do exame citopatológico do colo do útero e do autoexame das mamas.

Outra modalidade de atendimento realizado foi a consulta de puericultura e consultas direcionadas às condicionalidades do Programa Bolsa-Família, nas quais foi possível acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil.

Na consulta da criança, além da investigação de fatores de risco e sinais ou sintomas de possíveis doenças ou agravos, foram levantados os parâmetros para avaliação do crescimento e desenvolvimento de acordo com a idade. Mediu-se estatura, perímetro céfálico, perímetro torácico, peso e Índice de Massa Corporal (IMC); foram avaliados dos reflexos motores e os indicadores de desenvolvimento infantil; realizou-se exame físico completo, investigando inclusive a presença de criotorquidíia em bebês do sexo masculino; atualizou-se a caderneta de vacinação, encaminhando a criança para a sala de vacina quando necessário e realizou-se a suplementação de ferro e vitamina A de acordo com os manuais no MS. No decorrer das consultas, houve a identificação de crianças com abaixo e acima do peso, de imediato foi realizado encaminhamentos ao nutricionista do NASF.

Buscava-se também repassar informações pertinentes às mães, destacando a

prevenção e o tratamento de verminoses, orientações sobre amamentação exclusiva e inserção de novos alimentos a partir do sexto mês de vida, posição correta para a criança dormir, além da solicitação de exames laboratoriais, eventuais encaminhamentos e prescrição de medicamentos previstos na Portaria Municipal.

A consulta de puericultura pelo enfermeiro tem objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem de forma individualizada e global, identificando problemas de saúde-doença e executando e avaliando ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, com intuito de atingir êxito no desenvolvimento infantil saudável e sem prejuízos à criança, tendo em vista que é na consulta de enfermagem que se detectam precocemente diversas alterações do crescimento e do desenvolvimento infantil (SILVA, SILVA, FIGUEIREDO, 2017).

Para a realização do exame citopatológico, inicialmente era realizada uma roda de conversa para uma breve explanação sobre a importância do exame para a prevenção do câncer de colo do útero, exame clínico e autoexame mamário.

A consulta individual iniciava com a entrevista da cliente com indagação quanto aos seguintes aspectos: queixas como dores abdominais, sangramentos ou corrimentos vaginais, dispareunia e queixas mamárias, histórico gineco-obstétrico completo, data da última menstruação e do último exame de prevenção do câncer do colo do útero, histórico familiar de câncer ginecológico. Após a anamnese, era realizado o exame clínico das mamas (inspeção estática e dinâmica e palpação das mamas e cadeias ganglionares claviculares e axilares), orientando sobre a realização do autoexame.

A coleta do material para a colpocitologia oncológica ocorria em ambiente calmo, acolhedor e parabenizando a vinda da usuária para a realização do exame, colocavam-se músicas em um aparelho de som portátil para ouvirmos durante a coleta, sempre de acordo com a preferência das clientes, lembrando-se sempre dos tabus, medos e vergonha vivenciados pela maioria das clientes e, com isso, procurava-se deixá-las à vontade para relatar suas queixas e anseios.

A coleta de dados proporciona um encontro dialógico entre o profissional e a cliente, que deve proporcionar o bem-estar da mulher e o conhecimento teórico e instrumental para a promoção da saúde integral dessa população. A consulta de enfermagem oferece oportunidade para vivenciar o encontro com o ser cuidado de forma reflexiva e consciente de seu próprio conhecimento (MOURA; SILVA, 2016).

Os materiais a serem utilizados, bem como a lâmina e a etiqueta de identificação, eram preparados com antecedência pela discente de enfermagem com intuito de se apropriar dos materiais utilizados para o exame e para que não houvesse intercorrência de tempo do profissional e constrangimento da cliente, que no momento do exame merece toda atenção.

Antes da introdução do espéculo, era realizada a inspeção detalhada da região da vulva com a intenção de rastrear sinais de ISTs, explicando à cliente as etapas do procedimento e estratégias para evitar desconforto, dificuldade ou dor durante a realização do exame. Em seguida, orientava-se a cliente a permanecer em posição

ginecológica, sendo coberta por lençol, tranquilizando-a para a realização do exame em si.

O enfermeiro deve se colocar no lugar da cliente no momento do exame citológico e expor somente a parte do corpo necessária para a realização do exame, e evitar a circulação de outros profissionais na sala de coleta, evitando assim o constrangimento da cliente (AMARAL; GONÇALVEZ; SILVEIRA, 2017).

Na abordagem sindrômica relacionada aos corrimentos vaginais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, houve consultas individuais para o diagnóstico e tratamento das infecções encontradas de acordo com os fluxogramas determinados pelo Ministério da Saúde nos protocolos de atenção básica voltados à saúde da mulher (BRASIL, 2016).

Foram realizadas ainda atividades de educação em saúde voltadas para a prevenção de IST, o manejo dos portadores dessas doenças e os tratamentos. De acordo com Teixeira et al. (2013), é imprescindível que o enfermeiro saiba diferenciar o fluido vaginal normal do anormal, pois as leucorreias são consideradas grave problema de saúde pública, podendo indicar presença de IST ou representar porta de entrada para as mesmas, além de provocar vergonha e desconforto nas mulheres que a apresentam.

O enfermeiro deve ser capacitado com embasamento científico relacionado às IST's para assim, aconselhar, orientar, determinar o diagnóstico de enfermagem e programar a conduta imediata a fim de garantir a prevenção da reincidência da doença e diminuir o número de incidentes (ZAMBIANCO et al., 2014).

Na assistência aos usuários diagnosticados com DM e HAS, foram realizadas consultas agendadas e de livre demanda, iniciando na triagem, com acolhimento em ambiente agradável na unidade, incentivando essa clientela à promoção do autocuidado com informações necessárias para a qualidade de vida. Nas consultas individuais, eram indagados quanto à alimentação, prática de atividades físicas (caminhadas), cuidados para a prevenção do pé diabético, uso correto da medicação, riscos relacionados ao tabagismo, sono, repouso e higiene corporal.

Houve ainda a oportunidade de proporcionar a assistência de enfermagem na avaliação e acompanhamento de pacientes com hanseníase e seus contatos intradomiciliares.

Nas consultas, eram solicitados exames de rotina e encaminhamento a outros profissionais do NASF. Após as consultas, eram realizadas rodas de estudo com a discente e a enfermeira/preceptora, onde eram elencados os temas que a discente sentia dificuldade para discutir acerca deles e obter maior compressão e conhecimento para prestar uma assistência com cada vez mais qualidade.

Além disso, no primeiro dia de cada mês foram realizadas reuniões com os ACS para o planejamento mensal e houve ainda a participação do discente em treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e nas atividades do Programa Saúde na Escola.

Por fim, a acadêmica de enfermagem alcançou a terceira fase do processo de ensino-aprendizado, fase somativa, na qual adquiriu autonomia na assistência ofertada em todos os contextos abordados, refletindo bom domínio e compreensão das ações de enfermagem e percebendo-se como futuro enfermeiro atuante direto no cuidado à saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar tal serviço por meio do estágio supervisionado representou considerável evolução para a construção da futura profissão, pois contribuiu para uma visão ampliada do enfermeiro atuante na Atenção Primária à Saúde em todos os seus contextos.

O Estágio Supervisionado I em Unidade de Atenção Primária possibilitou a experimentar a realidade do enfermeiro no cuidado ao indivíduo e comunidade, compreendendo suas particularidades e atuando de acordo com as necessidades específicas de cada usuário do serviço, além de permitir a vivência do trabalho em equipe, reconhecendo a importância da multidisciplinaridade na assistência à saúde.

Dessa forma, o estágio possibilitou o exercício prático das competências do Enfermeiro que representam requisitos para a inserção adequada do futuro enfermeiro no mercado de trabalho ao promover o aperfeiçoamento teórico-prático, científico e interpessoal.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M.S.; GONÇALVES, A.G.; SILVEIRA, L.C.G. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Rev Científica FacMais**, v. 8, n. 1, p. 197-223, 2017.
- 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BOAS, G.D.L.V; PEREIRA, D.V.R.; SANTOS, E.K.A. A reforma da Política Nacional de Atenção Básica: mais um golpe contra o SUS. In: SEMINÁRIO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: A SAÚDE EM TEMPOS DE RETROCESSO E RETIRADA DE DIREITOS, 7., 2017, Maceió. **Anais...** Maceió: [S.N.], 2017.
- EVANGELISTA, D.L.; IVO, O.P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem: expectativa e desafios. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, p. 123-130, 2014.
- FIRMINO, A.A. et al. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais. **Saúde (Santa Maria)**. v. 42, n.1, p. 49-58, 2016.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.** v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate.** v. 42, n. 116, p. 11-24. 2018.

MORSCHBACHER, J.; GABIATTI, D.; ALBA, C.R. A importancia do estágio curricular na formação do enfermeiro. In: ANUÁRIO PESQUISA E EXTENSÃO UNOESC SÃO MIGUEL DO OESTE, 2., 2017, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: Unoesc, 2017.

MOURA, R.C.M.; SILVA, M.I. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero. **Carpe Diem: Rev Cultural e Científica UNIFACEX.** v. 14, n. 2, p. 53-63, 2016.

ROCHA, A.C.F. et al. Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária. **Rev Extensão em Ação.** v. 1, n. 13, p. 69-82, 2017.

SENA, J.S.; ALVES, S.L.; SANTOS, M.S.A. Um relato de experiência do Estágio Curricular Supervisionado I realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **REVASF.** v. 6, n. 10, p. 147-158, 2016.

SILVA, D.M.; SILVA, J.G.V.; FIGUEIREDO, C.A.R. Assistência de Enfermagem em Puericultura: um estudo bibliográfico. **Saber Científico.** v. 6, n. 1, p48-60, 2017.

SILVA, L.A. et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v. 7, n. 2, p. 2298-2309, 2015.

TEIXEIRA, E.H.M. et al. Saúde da Mulher na Perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. **Cad Espaço Feminino.** v. 26, n. 1, p. 179-189, 2013.

ZAMBIANCO, V.S. et al. Aplicabilidade da abordagem sindrômica pelo enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família. **Rev estudos.** v. 41, especial, p. 229-242, 2014.

CORRELAÇÃO DA EPISIOTOMIA COM O GRAU DE PERDA URINÁRIA FEMININA

Bianca Carvalho dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Macapá- Amapá

Adilson Mendes

Universidade Federal do Amapá

Macapá- Amapá

Agda Ramyli da Silva Sousa

Universidade Federal do Amapá

Macapá- Amapá

moderada e 16,68% perda severa. Do grupo G2, 12,5% apresentaram perda insignificante, 25% leve, 4,16% moderada e 8,34% severa. Na análise da associação das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado, com nível de significância de ($p \leq 0,05$), sendo que o resultado obtido foi $p=0,2$. Conclusão: Com o término do presente estudo, de acordo com os dados analisados, o resultado não foi significante. Todavia, considerando a hipótese nula, a episiotomia não influencia no grau de perda urinária.

PALAVRAS-CHAVE: Episiotomia; Incontinência; Influência.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the influence of episiotomy and the degree of urinary loss in women living in the city of Macapá-AP, participants in the physiotherapeutic treatment at the UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ-UNIFAP. Methodology: This is a cross-sectional study. The sample consisted of 24 incontinent women. They were divided into 2 groups, group G1 composed of 12 women who underwent episiotomy and group G2 composed of 12 women without episiotomy. During the initial evaluation, the patients underwent a pad test, in which the urinary loss was classified as insignificant (<2g), mild (2 to 10g), moderate (10 to 50g), and severe (> 50g). Results: The mean of episiotomies suffered in the G1 group

RESUMO: O estudo teve como objetivo analisar a influência da episiotomia com o grau de perda urinária em mulheres residentes no município de Macapá-AP participantes do tratamento fisioterapêutico na Universidade Federal do Amapá-UNIFAP. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal. A amostra foi composta por 24 mulheres incontinentes. As mesmas foram divididas em 2 grupos, grupo G1 composto por 12 mulheres que sofreram episiotomia e o grupo G2 composto por 12 por mulheres sem episiotomia. Durante a avaliação inicial as pacientes realizaram o teste do absorvente (pad test), no qual a perda urinária foi classificada em: insignificante (<2g), leve (2 a 10g), moderada (10 a 50g) e severa (>50g). Resultados: A média de episiotomias sofridas no grupo G1 foi de 1,167. Sendo que, 4,16% apresentaram perda insignificante, 16,68% perda leve, 25% perda

was 1.167. Of these, 4.16% had an insignificant loss, 16.68% had a mild loss, a moderate loss of 25% and a severe loss of 16.68%. Of the G2 group, 12.5% presented insignificant loss, 25% mild, 4.16% moderate and 8.34% severe. In the analysis of the association of categorical variables, the chi-square test was used, with significance level of ($p \leq 0.05$), and the result obtained was $p = 0.2$. Conclusion: At the end of the present study, according to the analyzed data, the result was not significant. However, considering the null hypothesis, episiotomy does not influence the degree of urinary loss.

KEYWORDS: Episiotomy; Incontinence; Influence.

1 | INTRODUÇÃO

No momento do parto podem ocorrer alguns danos que são prejudiciais à mulher, principalmente em primíparas e uma maneira de amenizar esses danos é a realização da episiotomia (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

A episiotomia é um método clínico no qual se realiza uma incisão na região perineal com fins de ampliar a abertura vaginal externa e prevenir lacerações (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007). Ao se realizar o método de episiotomia, frequentemente são seccionados epiderme, mucosa, músculo transverso superficial do períneo e o músculo bulboesponjoso (SANTOS et al., 2008).

Durante o parto, o assoalho pélvico sustenta a cabeça do feto. Dessa forma, o períneo, o músculo levantador do ânus e a fáscia da pelve podem ser lesionados. É o músculo pubococcígeo, parte do músculo levantador do ânus, que comumente é dilacerado (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013). Essa parte do músculo é essencial porque circunda e sustenta a uretra, a vagina e o canal anal (NETTER, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, a utilização da episiotomia só seria possível mediante algumas situações, bem estabelecidas: quando não há o estiramento natural, sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e possível laceração de terceiro grau (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

Muito se vem sido discutido na atualidade sobre a utilização da episiotomia, porém há muitas controvérsias em relação a sua eficácia e sobre as suas implicações. Como todo e qualquer procedimento cirúrgico, a episiotomia é também responsável por complicações, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia e dor após o parto (GUN; DOĞAN; OZDAMAR, 2016).

A técnica mais utilizada é a incisão médio-lateral, onde ocorre um corte na linha média do funículo posterior em direção à tuberosidade isquiática. Já a incisão mediana, é menos utilizada, pois sua utilização pode levar à uma lesão no esfíncter anal (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

A musculatura do assoalho pélvico é de extrema importância, porque sua alteração pode causar morbidade significativa nas mulheres, causando incontinência, prolapsos e disfunções sexuais (MARTÍNEZ; AMIÁN, 2002).

Entre os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de incontinência urinária incluem: idade avançada; raça branca; obesidade; partos vaginais quando, na passagem do feto, podem ocorrer danos à musculatura e inervação locais; partos traumáticos com o uso de fórceps e/ou episiotomias; multiparidade e gravidez em idade avançada, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão intra-abdominal; tabagismo; diabetes, doenças do colágeno; neuropatias e histerectomia prévia (GUARISI T. et al., 2001).

A episiotomia é um fator associado à incontinência urinária feminina. Em um estudo composto por uma amostra de 150 mulheres que realizaram o exame urodinâmico, 80% apresentaram episiotomia (SILVA; SOLER; WYSOCKI, 2017).

A incontinência urinária (IU), é definida segundo a International Continence Society (ICS), como toda perda involuntária de urina. Não existe um único método para a identificação da origem da perda urinária. É de suma importância a avaliação criteriosa da história clínica e o exame físico, para a eliminação de erros de diagnóstico (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

Na mulher, consideram-se três tipos principais de incontinência urinária: a IU de esforço, que acontece quando há perda urinária pelo meato uretral mediante um esforço, como tossir, espirrar. A IU por urgência miccional, bexiga hiperativa, que é decorrente da necessidade urgente de urinar e a IU mista, que é a soma das outras duas tipologias (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

Uma forma de quantificar a real perda urinária durante os esforços, é através do teste de almofada ou teste do absorvente (pad test). O teste pode ser realizado de curta duração, em uma hora ou longa duração, por um período de 24 a 48 horas. Primeiro é solicitado à paciente que esvazie totalmente a bexiga antes da colocação do absorvente. Nos próximos 15 minutos, a paciente é orientada a ingerir 500 ml de água. Após 30 minutos, são realizadas algumas atividades com a paciente, como caminhar, subir e descer escada, e manobras provocativas de sentar e levantar 10 vezes, entre outros (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

Ao término, o absorvente é retirado e pesado e a perda urinária é classificada em <2g (insignificante), 2 a 10g (leve), 10 a 50g (moderada) e >50g (severa) (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

O objetivo do estudo foi analisar a influência da episiotomia com o grau de perda urinária em mulheres residentes na cidade de Macapá-AP participantes do tratamento fisioterapêutico na Universidade Federal do Amapá-UNIFAP.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, no qual a população alvo foram mulheres com incontinência urinária de esforço, participantes da pesquisa de extensão: Projeto de Educação e Promoção em Saúde de Mulheres hipossuficientes. A coleta de dados ocorreu no bloco de fisioterapia, na sala de uroginecologia da Universidade Federal do

Amapá- UNIFAP no município de Macapá. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto de 2016 a julho de 2018.

O tamanho da amostra foi de 24 mulheres. Considerou-se um valor $p<0,05$ para rejeição da hipótese nula.

Dentre os critérios de inclusão, mulheres com IU de esforço, que tiveram realizado na avaliação inicial o teste de absorvente; mulheres com ou sem episiotomia e que aceitassem participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas, mulheres com IU mista, ou IU de urgência, que não realizaram pad test na avaliação inicial e que não aceitaram participar da pesquisa.

As mulheres incontinentes foram divididas em dois grupos, o Grupo G1 e o Grupo G2. Cada grupo foi composto por 12 mulheres. O Grupo G1, foi constituído por mulheres que tinham 1 ou mais episiotomias e no Grupo G2, mulheres que não obtinham nenhuma episiotomia.

Após a divisão dos grupos, a perda urinária dessas mulheres, conforme o pad test, foi classificada em insignificante ($<2g$), leve (2 a 10g), moderada (10 a 50g) e severa ($>50g$).

Estatística descritiva foi utilizada para descrever a amostra. Para a associação das variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado.

3 | RESULTADOS

A média de idade foi de 51,9583 anos. Na tabela 1, mostra algumas características clínicas da população estudada.

		Média	Desvio-Padrão
		Frequência	Porcentagem (%)
Idade	Grupo G1 (n12)	46,916667	9,019759
	Grupo G2 (n12)	57	9,22447
	Total (n 24)	51,9583	10,30187
Etnia	Grupo G1		
	Branca	0	0
	Negra	2	16,66
	Parda	10	83,34
	<i>Total</i>	12	100
	Grupo G2		
	Branca	1	8,33
	Negra	3	25
	Parda	8	66,67
	<i>Total</i>	12	100
	Total (n 24)		
	Branca	1	4,16
	Negra	5	20,84
	Parda	18	75
	<i>Total</i>	24	100

Estado Civil	Grupo G1		
	Casada	7	58,33
	Solteira	4	33,33
	Separada	1	8,34
	Total	12	100
Estado Civil	Grupo G2		
	Casada	6	50
	Solteira	3	25
	Separada	3	25
	Total	12	100
Estado Civil	Total (n 24)		
	Casada	13	54,16
	Solteira	7	29,17
	Separada	4	16,67
	Total	24	100

Tabela 1- Características clínicas da população estudada.

A média de episiotomias sofridas no grupo G1 foi de 1,167. Na tabela 2, mostra os resultados dos grupos conforme a classificação de perda urinária.

PERDA URINÁRIA G1	IN SIGNIFICANTE	LEVE	MODERADA	SEVERA
	4,16%	16,68%	25%	16,68%
PERDA URINÁRIA G2				
	12,5%	25%	4,16%	8,34%

Tabela 2- Classificação dos grupos G1 e G2, conforme o Pad test.

O resultado do teste qui-quadrado, com nível de significância de ($p \leq 0,05$), foi de $p=0,2$. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre o grupo que tem episiotomia e o grupo que não tem.

4 | DISCUSSÃO

Episiotomias ainda são realizadas em grande número de partos vaginais de maneira inadequada, no entanto, há grande discussão sobre a sua utilização, complicações pós-parto e benefícios (PEÑA; GOMES, 2016). Considerando que práticas desnecessárias devem ser evitadas, considera-se importante um estudo sobre a eficácia de tal procedimento e suas repercussões para a saúde da mulher.

Estudar sobre a perda urinária e os fatores associados é importante não apenas por representar um sério problema de saúde pública, mas também pela magnitude do sofrimento que provoca às pessoas acometidas nos âmbitos físico, psicológico e social (JEREZ-ROIG J, SOUZA D.L.B, LIMA K.C, 2013).

No estudo de Silva; Soler; Wysocki (2017), a idade das mulheres afetadas pela IU foi ampla, aumentando a incidência no decorrer do envelhecimento. A maioria

dos estudos realizados sobre IU são conduzidos em populações brancas, mas existem alguns dados comparativos que sugerem que mulheres brancas têm maior susceptibilidade em desenvolver a doença do que as negras (OLIVEIRA E, et al., 2010). Em conjunto com o estudo de Silva; Soler; Wysocki (2017), em que a maior prevalência de IU foi em mulheres brancas.

O corpo do períneo é uma estrutura especialmente importante nas mulheres porque é o suporte final das vísceras pélvicas, e o estiramento ou a ruptura da fixação dos músculos do períneo pode prejudicar a sustentação proporcionada pelo assoalho pélvico (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

A literatura descreve que os eventos obstétricos são os principais fatores de risco para a IU. Assim, o trauma perineal ocorrido por ocasião do parto é o grande responsável, segundo vários autores, pela ocorrência da doença (OLIVEIRA E, et al., 2007).

Recentemente na Revista de Femina intitulada Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico puerperal; apontou que vários trabalhos demonstraram que o parto vaginal é o que ocasiona os maiores danos ao assoalho pélvico e aos mecanismos de continência urinária (OLIVEIRA E, et al., 2007).

Barbosa et al. (2005) completaram em sua pesquisa que a episiotomia é um dos fatores que contribuem para a diminuição da força muscular do assoalho pélvico.

O estudo de Bo et al (2016), que teve como objetivo comparar a força do músculo do assoalho pélvico (MAP) resistência, e prevalência de incontinência urinária (IU) às 6 semanas pós-parto, em mulheres com e sem episiotomia mediolateral, chegou à conclusão de que em longo prazo, as consequências podem ser: diminuição da força muscular do assoalho pélvico (contribuindo para incontinência urinária e/ou fecal), dispureunia e preocupação com a estética da vagina.

Os resultados do estudo não mostraram estatisticamente diferenças significativas na força dos MAP e resistência, ou prevalência de IU / IUE em mulheres com ou sem episiotomia às 6 semanas pós-parto (Bo et al., 2016).

A prevalência de IU e IUE 6 semanas após o parto no estudo ficou dentro da faixa de outros estudos de prevalência pós-parto. Os resultados, não mostrando diferença de IU entre mulheres com ou sem episiotomia. Além disso, pode-se discutir se estudos com acompanhamento a longo prazo em idade avançada deve ser conduzido (Bo et al., 2016).

Por outro lado, às 6 semanas pós-parto, a prevalência de IU e a IUE foi alta no estudo. Se lateral ou mediolateral. A episiotomia tem um efeito negativo na função dos MAP 6 semanas pós-parto, sendo um momento importante para se referir treinamento muscular supervisionado do assoalho pélvico. Episiotomia mediana pode-se esperar que tenha uma influência negativa maior sobre função muscular do assoalho pélvico e disfunção do assoalho pélvico (Bo et al., 2016).

Os resultados indicaram que mulheres primíparas com episiotomia lateral e mediolateral não estão em risco de desenvolver mais fraqueza da MAP ou IU.

Consequentemente, eles não precisam de encaminhamento especial para treinamento de MAP em comparação com mulheres sem episiotomia (Bo et al., 2016).

Logo, de acordo com o estudo e confirmando os resultados do presente artigo, a episiotomia lateral ou mediolateral não teve efeito negativo na força e resistência do MAP, ou prevalência de IU (Bo et al., 2016).

Os estudos supracitados, corroboram com o estudo de Dogan et al (2016), em que os autores concluíram que a política de episiotomia de rotina não protege contra a incontinência urinária ou anal, mas, contrariamente, aumentou o risco de incontinência anal a longo prazo assim, eles recomendaram a utilização de episiotomia restritiva em vez de rotina.

Por fim, os resultados sugerem que o parto vaginal com episiotomia mediolateral não está associada a sintomas urinários e / ou incontinência fecal e disfunção sexual, mas parece ser associado a um funcionamento sexual diminuído, bem como diminuição do desejo sexual, excitação e orgasmo no período pós-parto cinco anos. No entanto, é necessário entender melhor os efeitos a longo prazo da episiotomia em funções sexuais, urinárias e defecatórias (DOĞAN et al., 2016).

5 | CONCLUSÃO

Com o desfecho do estudo, a caracterização do grupo participante, foram mulheres com idade igual ou superior à 50 anos, de etnia parda e estado civil casada. De acordo com os dados analisados, o resultado não foi significante. Todavia, considerando a hipótese nula, a episiotomia não influencia no grau de perda urinária.

É necessário que haja a realização de mais estudos, com uma amostra maior e que se tenha o acompanhamento em um maior espaço de tempo, para se obter resultados mais fidedignos sobre a relação da episiotomia e o grau da incontinência urinária.

Visto isso, é de suma importância, que as pesquisas estejam voltadas não só em confirmar a teoria, mas que se tenha um olhar mais humano focado na qualidade de vida das mulheres submetidas à essas avaliações, pois há um enorme impacto na saúde física, social e psicológica dessa população.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. M. P.; CARVALHO, L. R. MARTINS, A. M. V. C.; CALDERON, I. M. P.; RUDGE, M. V. C; **Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 11, pag. 677-82, nov. 2005.

BO, K.; HILDE, G.; TENNFJORD, M. K.; ENGH, M. E. **Does Episiotomy Influence Vaginal Resting Pressure, Pelvic Floor Muscle Strength and Endurance, and Prevalence of Urinary Incontinence 6 Weeks Postpartum?** Neurology and Urodynamics. vol. 36, n. 3, pag. 683-686, mar. 2017.

CHIARAPA, T.R.; CACHO, D. P.; ALVES, A.F.D. **Incontinência Urinária: Assistência**

Fisioterapêutica e Multidisciplinar. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.

DOĞAN, B. et al. **Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain.** Journal of Maternal-Fetal e Neonatal Medicine. Vol. 30, n. 4, 2017.

GUARISI T. et al. **Urinay incontinence among climateric women: household survey.** Revista saúde pública. Vol. 35, n. 5, pag. 428-35, 2001.

GÜN, İ.; DOĞAN, B.; ÖZDAMAR, Ö. **Long- and short-term complications of episiotomy.** Turk J Obstet Gynecol. Vol. 13, pag. 144-148, 2016.

JEREZ-ROIG J, SOUZA D.L.B, LIMA K.C. **Incontinência Urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa.** Rev Bras Geriatr Gerontol. Vol. 16, n. 4, pag. 865-79, 2013.

MARTÍNEZ, J. R.; AMIÁN, M. P. **Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso.** Matronas Profesión. Vol. 3, n. 8, pag. 33-39, 2002.

MOORE, K. L.; AGUR, A. M. R.; DALLEY, A. F. **Fundamentos de anatomia clínica.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NETTER, F. H. **Anatomia clínica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

OLIVEIRA E, et al. **Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal.** Femina. Vol. 35, n. 2, pag. 89-94, 2007.

OLIVEIRA, E. et al. **Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina.** Rev Assoc Med Bras. Vol. 56, n. 6, pag. 688-690, 2010.

PEÑA, S. R.; GOMES, C. R. G. **Episiotomia e suas implicações.** MUDI. Vol. 20, n. 1, pag.25-37, 2016.

SANTOS, J. O; BOLANHO, I. C; MOTA, J. Q. C; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M. A. **Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar.** Esc. Anna Nery. Rev. Enfermagem. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 658-63, dez. 2008.

SILVA, J. C. P.; SOLER, Z. A. S. G.; WYSOCKI, A. D. **Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico.** Rev Esc Enferm USP. Vol. 51, 2017.

CAPÍTULO 12

DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Fellipe Batista de Oliveira

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Gabriela Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

David de Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Raissy Alves Bernardes

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Jéssica Anjos Ramos de Carvalho

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues

Universidade Federal do Piauí.
Picos- Piauí

Vicente Rubens Reges Brito

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Camila Karennine Leal Nascimento

Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Picos- Piauí

Jéssica Denise Vieira Leal

Enfermeira e Mestre em Ciências e Saúde
pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Enfermeira intervencionista no Samu Jaboatão
dos Guararapes.
Picos- Piauí

RESUMO: INTRODUÇÃO: O aumento da expectativa de vida da população junto ao desenvolvimento de novas tecnologias tem provocado mudanças comportamentais na sexualidade dos idosos, implicando no aumento do número de idosos com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S).

OBJETIVO: Identificar através da literatura científica os desafios no diagnóstico de IST'S em idosos. **MÉTODOS:** Revisão integrativa e qualitativa realizada nas bases literárias: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Idosos, Infecção Sexualmente Transmissível e Diagnóstico. Critérios de inclusão: artigos científicos nos últimos 5 anos em português, texto completo disponível. Excluiu-se teses e arquivos repetidos. Encontrou-se 49

artigos, utilizando-se 7 da SciELO E 2 da LILACS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Evidenciam-se concepções de profissionais da saúde associadas a estigmas e preconceitos, igualando o conhecimento ao senso comum, sendo a pessoa idosa vista como sexualmente inativa. A invisibilidade da sexualidade dos idosos durante os atendimentos de saúde é agravada pelo indicador social baixa escolaridade e ausência de programas educativos direcionados aos mesmos, culminando no não uso do preservativo, pois argumentam menor preocupação com concepção; dificuldades com o manuseio e piora no desempenho sexual. Ademais, idosos possuem baixo conhecimento quanto as IST's e formas de transmissão. **CONCLUSÃO:** Nota-se a necessidade de romper com estereótipos firmados sobre a sexualidade na terceira idade, por parte dos profissionais de saúde e pelos próprios idosos, suscitando uma atuação eficaz na promoção de educação em saúde, facilitando o acesso a informação e consequente diagnóstico das IST's.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Diagnóstico.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The increase in the life expectancy of the population along with the development of new technologies has led to behavioral changes in the sexuality of the elderly, implying an increase in the number of elderly people with Sexually Transmitted Infections (STIs). **OBJECTIVE:** To identify through the scientific literature the challenges in the diagnosis of STIs in the elderly. **METHODS:** An integrative and qualitative review was carried out at the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and Scientific Electronic Library Online (SciELO), with the following Health Sciences Descriptors (DeCS): Elderly, Infection Sexually Transmitted and Diagnosed. Inclusion criteria: scientific articles in the last 5 years in Portuguese, with full text available. Theses and repeated files were excluded.

RESULTS AND DISCUSSION: Conceptions of health professionals associated with stigmas and prejudices are shown, matching knowledge to common sense, in which the elderly person is seen as sexually inactive. The invisibility of the sexuality of the elderly during the health care is aggravated by the social indicator low education and lack of educational programs directed to them, culminating in the non use of the condom, because they argue less concern with conception; difficulties with handling and worsening sexual performance. In addition, the elderly have low knowledge about STIs and forms of transmission. **CONCLUSION:** It is evident the need to break stereotypes about sexuality in the elderly, by health professionals and the elderly themselves, provoking an effective action in the promotion of health education, facilitating access to information and consequent diagnosis of STIs s.

KEYWORDS: Elderly, Sexuality, Sexually Transmitted Infections, Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é compreendido como uma fase da vida dinâmica e progressiva, caracterizada por alterações fisiológicas e bioquímicas, com consequente diminuição

gradual da capacidade funcional. No entanto, sabe-se que a idade cronológica não é necessariamente precisa, pois trata-se de um processo multifatorial e que depende da condição e estilo de vida dos idosos (ALVAREZ; SANDRI, 2018). A nova conjuntura populacional brasileira prevê que em 2060, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos, reforçando que maior atenção deve ser dada a essa faixa etária (IBGE, 2018).

Considerando os principais motivos que contribuem para o envelhecimento da população brasileira, dentre eles está o aumento da expectativa de vida e a diminuição nos índices de mortalidade da população. Dessarte, é notória a necessidade de garantir melhorias em todos os aspectos que refletem na qualidade de vida da população (NETO et al, 2015).

Um destes aspectos refere-se ao prolongamento da atividade sexual, que tem como aliado os avanços tecnológicos da área da saúde, como os tratamentos de reposição hormonal e medicamentos para impotência. Desse modo, é demandada atenção para sensibilizar a pessoa idosa para uma prática sexual segura a fim de assegurar uma maior longevidade e qualidade de vida, tendo em vista o fator degradante que as doenças sexualmente transmissíveis podem provocar ao organismo (NETO et al, 2015).

Entretanto, a ressignificação sexual pelo público idoso também representa um alerta, a partir do momento em que o sexo desprotegido pode acarretar a suscetibilidade dessa população às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), como pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), Sífilis, Clamídia e Gonorreia. A grande preocupação é que apesar de o Brasil desenvolver estratégias para a prevenção de IST, isto não é direcionado especificamente à população da terceira idade, concomitante à escassez de estudos epidemiológicos e campanhas de prevenção, isso tem refletido no aumento da incidência destas afecções em idosos (SILVA et al, 2017).

Diante do cenário supracitado, destaca-se que a sexualidade quando relacionada ao envelhecimento acompanha-se de mitos e tabus, advindos do julgamento social de que os idosos são pessoas que não sentem mais prazer ou satisfação sexual. No entanto, deve-se partir do princípio de que ela se compõe da totalidade do indivíduo, devendo ser considerado o seu sentido holístico. Sendo, portanto, não somente um fator biológico, como também biopsicossociocultural (ALVES, LOPES, BARBOSA, 2017).

Apesar das mudanças sexuais em curso, a sexualidade está longe de ser vista como algo natural em idosos. Consequentemente, o preconceito e a falta de informação reforçam a ideia da velhice assexuada, o que aumenta a vulnerabilidade do idoso (ALVES, LOPES, BARBOSA, 2017).

Assim, é notório que o principal fator de risco para IST'S em idosos é a prática sexual insegura. Estudos mostram que, com o aumento da idade, existe uma tendência em diminuir o uso de preservativos nas relações sexuais, demonstrado na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira em 2008, onde 55%

dos jovens entre 15 e 24 anos declararam ter usado preservativo na última relação sexual independentemente de parceiro fixo ou causal, enquanto apenas 16,64% dos indivíduos entre 50 e 64 anos confirmaram o uso do preservativo (NETO, 2015).

Ressalta-se ainda que os impactos psicossociais do diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na pessoa idosa podem se associar ao processo de estigmatização, seus efeitos sobre a identidade dos indivíduos, dos grupos e das relações sociais (SILVA, 2015).

As discussões, estudos e políticas que se desenvolvem em torno da temática do envelhecimento populacional evidenciam que não são suficientes as mudanças de caráter econômico e sanitário para promover a saúde de pessoas idosas. É preciso que essas mudanças sejam acompanhadas de conquistas no âmbito social que considerem os mais diferentes aspectos do envelhecimento, inclusive a sexualidade, presente também nesse momento da vida e atualmente atravessado pela epidemia de IST'S (SILVA, 2015).

Nesse contexto, há atrelada uma lacuna no pensar e agir dos profissionais de saúde quando o assunto é a sexualidade na terceira idade, havendo estereótipos de abstinência vinculados ao envelhecimento, tendo em vista que essa prática sempre foi histórico e culturalmente tida como um tabu. Com isso, ressalta-se a importância de que os profissionais de saúde inteirem-se sobre a atual conjuntura populacional e atualizem suas condutas mediante as necessidades vigentes (MOREIRA et al, 2015).

2 | OBJETIVO

Identificar, através das evidências científicas presentes na literatura os desafios no diagnóstico de IST's em idosos.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura, tendo como propósito obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. A revisão da literatura é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é através desse processo que novas teorias surgem, bem como são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de pesquisas num assunto específico (BOTELHO; CUNHA; MARCELO, 2011).

A revisão foi desenvolvida seguindo seis etapas, respectivamente: Identificação do tema e seleção da hipótese para a elaboração da revisão; Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; Identificação dos estudos pré-selecionados, realizando uma leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas; Categorização dos estudos selecionados, summarizando e documentando as informações extraídas nas fases anteriores, Análise e interpretação

dos resultados, levantando em consideração as lacunas de conhecimento existentes e sugerindo pautas para futuras pesquisas; E por fim, apresentação da revisão, incluindo informações que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados (BOTELHO, CUNHA; MARCELO, 2011).

Os arquivos foram pesquisados nas bases literárias Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Idosos, Infecção Sexualmente Transmissível e Diagnóstico, com o cruzamento intercalado pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram artigos científicos publicados nos últimos 5 anos no idioma português, com texto disponível na íntegra. Foram excluídas teses, monografias, arquivos e que estavam repetidos na mesma base de dados ou em ambas. Foram encontrados 49 artigos, destes, utilizou-se 9, sendo 7 retirados da SciELO e 2 da LILACS.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima que há aproximadamente 937 mil novas infecções de sífilis, 1,5 milhão de casos de gonorreia e quase dois milhões de casos de clamídia por ano (BRASIL, 2015). Para o HIV/Aids, tem sido evidenciado um aumento significativo nas taxas entre homens e mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais, nos últimos 10 anos, indicando a vulnerabilidade de idosos a sua ocorrência (BRASIL, 2015). O aumento do número de idosos vivendo com HIV/Aids no Brasil e em outros países demonstra a necessidade e importância dos profissionais de saúde reverem sua atuação, inserindo a abordagem que contemple também a saúde sexual dos idosos (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

A carência de informações com relação às IST'S direcionadas ao público idoso, e até mesmo a ausência de programas educativos direcionados a eles, faz com que acreditem que não necessitam da utilização de métodos preventivos. Além disto, alguns autores afirmam ser necessário o desenvolvimento de programas de saúde pública específicos para a população em questão, que se dediquem da melhor forma na elucidação das principais dúvidas relacionadas ao HIV/Aids (BRASIL, 2008).

Para melhor elucidar os artigos usados, abaixo, estes são listados em um quadro especificando de forma esquematizada o tipo de estudo utilizado, ano e autores da publicação, objetivo, principais resultados encontrados e conclusão.

AUTORIA/TÍTULO/ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSÃO
ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. 2017.	Estudo transversal, realizado em município do interior paulista, entre 2011-2012. Aplicou-se questionário estruturado a 382 idosos, coletou-se exame para sífilis, hepatite B e HIV/Aids.	Identificar a prevalência e fatores associados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em idosos.	A prevalência de IST foi 3,4%, sendo 2,6%, 0,5% e 0,3% de sífilis, hepatite B e infecção pelo HIV, respectivamente. Desfecho sexo e história de IST: mulheres tiveram 12 vezes mais chance que homens e, em idosos com história destas infecções, houve cinco vezes mais chance de IST,	Os resultados apontam para vulnerabilidade individual e programática dos idosos às IST. Sugerem-se estratégias que favoreça a prática de sexo seguro e a educação permanente dos profissionais.
ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. 2016.	Estudo prospectivo, qualitativo, realizado em ambulatório especializado com idosos vivendo com HIV/Aids, diagnosticados com idade igual ou superior a 60 anos e nas Unidades com Estratégia Saúde da Família com enfermeiros e médicos.	Investigar entre os idosos vivendo com HIV/Aids e os profissionais de saúde, quais são os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos.	Emergiram três categorias empíricas: o diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde; invisibilidade da sexualidade do idoso; e fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos.	Há profissionais de saúde que percebem os idosos como assexuados, fazendo que o diagnóstico do HIV aconteça no serviço secundário e terciário e não na atenção primária.
BEZERRA, V. P. et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. 2015.	Estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 37 idosos de Grupos de Convivência em João Pessoa-PB de dezembro de 2012 a maio de 2013.	Conhecer a vulnerabilidade de idosos à infecção pelo HIV no contexto das práticas preventivas.	Os idosos reconhecem a importância das práticas preventivas, porém, deparam-se com dificuldades para exercer essas práticas quando suas relações afetivas com o companheiro não favorecem comportamentos preventivos, determinando uma vulnerabilidade.	A complexidade dos diversos contextos vividos pelos idosos do estudo recomenda/ exige outras pesquisas que permitam avanços na compreensão da subjetividade imposta.
BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. 2015.	Pesquisa de campo desenvolvida em Unidades de Saúde da Família, João Pessoa. A amostra compreendeu 250 idosos de ambos os性os com coleta de dados de abril a julho, 2011.	Conhecer concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids e identificar diagnósticos de enfermagem.	Identificaram-se os diagnósticos: conhecimento sobre comportamento sexual adequado, capacidade para proteção parcial, medo da morte e desesperança.	Compreender essas concepções trouxe conhecimentos acerca de fatores de vulnerabilidades ao HIV/Aids tendo em vista o planejamento de ações de saúde para esse segmento populacional.
MOREIRA, W. C. et al. Sexualidade e prevenção de IST e HIV/AIDS entre idosos usuários da estratégia saúde da família. 2015.	Relato de experiência realizado em julho de 2015 em uma unidade da Estratégia Saúde da Família de um município do interior do Maranhão, sendo realizadas ações de educação em saúde, enfocando sexualidade e prevenção de IST/HIV/Aids em idosos.	Relatar a experiência de educação em saúde vivenciada por estudantes de Enfermagem com um grupo de idosos.	Percebeu-se a existência de tabu sobre a sexualidade na terceira idade gerando constrangimento. E que estes se consideram invulneráveis as DST devido à falta de conhecimento.	Faz-se necessário a criação de políticas mais eficazes e, sobretudo uma conscientização dos profissionais da saúde sobre a necessidade de planejar, orientar e implementar ações nesta temática

NETO, J. D. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. 2015.	Uma revisão sistemática nas bases de dados Lilacs, IBECS, COCHRANE, Medline, SciELO e PubMed foi realizada. De 979 artigos encontrados, 44 foram incluídos por preencherem os critérios de inclusão.	Analizar a tendência evolutiva das DST em idosos no Brasil e no mundo e identificar os aspectos abordados nas pesquisas desse tema.	Seis eixos temáticos foram identificados: fatores de risco (34 artigos), influência do Sildenafil (18), diagnóstico de DST (20), tratamento (24) e comorbidades relacionadas ao HIV (24) e prevenção de DST (20).	Conclui-se que essa faixa etária permanece fora do foco das políticas públicas de promoção da saúde no contexto das DST, ocorrendo a necessidade de conscientização acerca das mudanças de comportamento e perfil epidemiológico nessa população.
SANTOS, E. P. M.; RIBEIRO, L. E. Perfil epidemiológico dos idosos com infecções sexualmente transmissíveis em uma cidade no sul de Minas Gerais. 2018.	Quantitativo, documental, descritivo e exploratório realizado com 85 prontuários de idosos cadastrados na Unidade de Epidemiologia e do CAP no município.	Identificar o perfil epidemiológico dos idosos com IST em Itajubá-MG.	A procura do serviço do CAP entre os usuários idosos é de 3,14% uma pequena parcela se comparada às demais faixas etárias, porém 22,35% dos mesmos foram notificados com IST.	Deve-se considerar também o ensino sobre saúde do idoso. É válido ressaltar ainda a necessidade de refletir sobre o motivo pelo qual o serviço do CAP/CTA na prevenção e tratamento das IST tem baixa procura pelos usuários idosos.
SILVA, B. N. et al. Panorama epidemiológico da aids em idosos. 2018.	Quantitativo, descritivo, retrospectivo, com utilização de dados secundários realizado por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, considerando o intervalo de anos de 2000 a 2015.	Identificar o perfil epidemiológico da Aids em idosos no Brasil.	Constatou-se um total de 23.101 casos notificados, estando mais prevalente no sexo masculino, com idade entre 60 a 69 anos e baixa escolaridade.	O número elevado de casos revela a inclinação da epidemia da doença para a população idosa, já descrita na literatura e evidencia a necessidade de desenvolver ações que promovam a saúde do idoso.
SILVA, J. D. B. et al. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/aids em idosos. 2017.	Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem quantitativa. O local do estudo é um espaço cultural de dança localizado no município de Teresina-PI. A amostra é composta por 40 idosos, de ambos os sexos.	Analizar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/Aids em idosos que frequentaram um espaço cultural de dança.	A maioria dos idosos exerce atividade sexual com regularidade e possuem conhecimento da importância do uso do preservativo, porém acabam negligenciando sua utilização devido a sua condição de idoso. Com relação à atividade de dança, verificou-se que os idosos reconhecem a importância da mesma na melhoria da saúde e de sua qualidade de vida.	A sexualidade deve ser debatida com os idosos e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas.

Quadro 1. Esquematização dos artigos utilizados na obtenção dos resultados. Picos – PI. 2018.

De acordo com os resultados obtidos, a carência de informações sobre IST'S associada a baixa escolaridade dos indivíduos de terceira idade, somado a falta de serviços de saúde atuantes no tema de forma direcionada a público idoso foram as principais evidências destacadas nos 6 dos 9 artigos vistos na tabela.

Sendo, portanto a saúde sexual e reprodutiva das pessoas idosas, ainda, nos

dias de hoje negligenciada, visto que, no início de suas vidas sexuais não tiveram acesso a informações sobre IST'S e que atualmente há uma valorização midiática da sexualidade ligada aos corpos jovens.

A World Health Organization/Organização Mundial da Saúde (2014) e Souza, et al. (2015) ratificam esses dados quando afirmam que além de não terem tido essa informação na juventude, atualmente, as campanhas sobre prevenção de IST'S são direcionadas quase que exclusivamente aos jovens, confirmado que o aumento de casos (42,8% no intervalo de 1998 a 2010) de AIDS nesta população deve-se à precariedade das informações sobre sexualidade.

Os graus de escolaridade baixos atrelados à renda baixa constituem uma vulnerabilidade para adquirir IST'S e em muitos estudos são dadas ênfase à importância da participação dos profissionais para alterar essa realidade através da educação em saúde da maneira mais eficiente e eficaz possível.

Corroboram com essa afirmação Cassété et al. (2016), ao trazer em seu estudo a percepção dos profissionais que enfatizam a necessidade de usar uma linguagem mais simples, adequada e não técnica, devido ao baixo grau de escolaridade ou analfabetismo comum nessa população atendida pelo serviço; a necessidade de ter mais habilidade para conversar com idosos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e práticas sexuais, seja pelas dificuldades dos próprios idosos ou dos profissionais de saúde com o tema.

Dentre outros fatores a baixa adesão do uso do preservativo é citada, com as seguintes justificativas: menor preocupação com concepção; dificuldades com o manuseio do preservativo e piora no desempenho sexual; incapacidade de mulheres idosas em negociar o uso de preservativo, estabilidade do relacionamento e submissão ao companheiro. Somam-se ainda, as crescentes exposições a situações de risco, relacionadas ao aumento das taxas de divórcio, viuvez, procura de parceiros性uais na internet e aumento do turismo sexual (NETO, 2015).

É notável ainda que a cultura machista na qual foi educada a maioria dos atuais idosos preza a multiplicidade de parceiros e é socialmente aceita. Tendo como ideologia inerente ao sexo feminino a mulher de família, cuja referência é amor, afeto e sexo e a negação da relação sexual pelo prazer em si. Já o comportamento masculino é justificado pelo poder de aproveitar a vida, tendo em vista que são homens, terem uma sexualidade incontrolável e por ser esperado que eles tenham múltiplas parceiras. (CERQUEIRA, RODRIGUES, 2016).

No condizente, é possível perceber a complexidade e dificuldade da aderência ao sexo seguro, percebida através da ausência entre a associação da escolaridade e percepções a cerca do HIV/Aids, por exemplo. Além das percepções e crenças equivocadas de comportamentos fundados em relações de gênero estruturadas com assimetria de poder. (CERQUEIRA, RODRIGUES, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Através da presente revisão pode-se perceber grande número de IST'S entre a população idosa. Isso se deve entre outras coisas, os mesmos possuírem uma vida sexual ativa ao passo que não utilizam preservativos. A não adoção de métodos profiláticos por parte dos idosos constitui um problema notório que deve ser trabalhado por profissionais de saúde, que muitas vezes não enxergam a pessoa idosa como risco iminente para contrair alguma IST.

Além disso, notou-se a carência de políticas públicas eficazes quando relacionada a essa temática. Os idosos além de serem um grupo na qual são mais vulneráveis, necessitam de apoio especial pois atrelado alguma IST pode agravar seu estado de saúde, que muitas vezes já se encontra debilitado e presente alguma doença crônica não transmissível.

Espera-se então, profissionais especializados no assunto para assim saberem a linguagem direcionada para esse público e os meios como deve ser repassado as informações. Ademais, campanhas televisivas voltada especialmente para idosos é de suma importância, uma vez que as mesmas são voltadas, na maioria das vezes, para o público mais jovem.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. **Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio.** Rev. Bras. Enferm., v.69, n.6, p.1140-1146, 2016.
- ALVAREZ, A. M.; SANDRI, J. V. A. **O envelhecimento populacional e o compromisso da enfermagem.** RevBrasEnferm., Brasília, v. 71, p.722-3, 2018.
- ALVES, M. A.; LOPES, R. M. R.; BARBOSA, A. **As dificuldades enfrentadas pelo paciente idoso diagnosticado com o hiv: olhar do enfermeiro diante da problemática.** Revista Saúde em foco. p. 691, 2017.
- ANDRADE, J. et al. **Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis.** Acta Paul Enferm., v.30, n.1, p.8-15, 2017.
- BEZERRA, V. P. et al. **Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV.** Rev Gaúcha Enferm., v.36, n.4, p.70-76, 2015.
- BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. **Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem.** Rev Bras Enferm., v.68, n.4, p.579-585, 2015.
- BOTELHO, L.L.R; CUNHA, C.C.A; MARCELO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Revista eletrônica Gestão e Sociedade, v.5, n.11, p.121-136, 2011.
- CASSÉTTE, J. B. et al. **HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.733-744, 2016.
- DORNELAS NETO, J. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, v.20, p.3853-3864, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População 2018:** número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projacao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 19 de outubro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS.** p.100, Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS 20 anos: a saúde do tamanho do Brasil.** São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>. Acesso em: 25 out. 2018.

MOREIRA, W. C. et al. **Sexualidade e prevenção de IST e HIV/aids entre idosos usuários da estratégia saúde da família.** Rev Pre Infec e Saúde, v.1, n.3, p.76-82, 2015.

SANTOS, E. P. M.; RIBEIRO, L. E. **Perfil epidemiológico dos idosos com infecções sexualmente transmissíveis em uma cidade no sul de Minas Gerais.** CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA FAPEMIG, VIII., 2018, Itajubá. 2018. Anais

SILVA, B. N. et al. **Panorama epidemiológico da aids em idosos.** Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v.29, n.14, p.80-88, 2018.

SILVA, J. D. B. et al. **Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/aids em idosos.** Revista UNINGÁ, v.1, n.53, p.19-24, jul-set. 2017.

SILVA, L. C. et al. **Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/Aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.18, n.4, 2015.

SOUZA M. et al. **A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito.** Saúde Soc. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 936-944, 2015.

World Health Organization. **A wealth of information on global public health.** Genebra: WHO; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 24/10/2018.

DOENÇA RENAL CRÔNICA: ANÁLISE DAS CAUSAS DA PERDA DA FUNÇÃO RENAL E IDENTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO

Elisangela Giachini

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

Camila Zanesco

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná

Francielli Gomes

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

Bianca Devens Oliveira

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

Bruna Laís Hardt

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

Maiara Vanusa Guedes Ribeiro

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

Cristina Berger Fadel

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná

Débora Tavares Resende e Silva

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina

significativa, lenta, gradual e irreversível das funções renais excretoras, endócrinas e metabólicas. Quando o rim chega a taxas de filtração muito pequenas em que são inviáveis a execução de suas funções faz-se necessário o uso da Terapia Renal Substitutiva (TRS), como a hemodiálise (HD). Objetivo: Caracterizar os pacientes DRC do Serviço de Nefrologia da cidade de Chapecó quanto a gênero e idade, verificando as causas - doenças que levaram à perda da função renal, além de verificar os sintomas que os pacientes apresentam após sessão de hemodiálise. Método: Pesquisa de caráter observacional, exploratório, longitudinal com desenho quantitativo. O estudo foi realizado em uma Clínica Renal do Oeste, da cidade de Chapecó-SC. Com amostragem sistemática aleatória. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual e consulta aos prontuários. Resultados: Observou-se que a maioria dos pacientes apresentou como doença de base, doenças sistêmicas em relação aos demais pacientes que já chegaram à clínica com insuficiência renal, tendo dessa forma que iniciar o processo de hemodiálise. Conclusão: Concluímos que ao analisar as causas da perda da função renal, os sintomas, bem como as complicações apresentadas após sessão de hemodiálise, verificamos que esses fatores interferem na qualidade de vida dos mesmos. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de um

RESUMO: Doença Renal Crônica (DRC) é encarada como a nova epidemia do século XXI, sendo considerada uma síndrome clínica caracterizada pela redução progressiva,

monitoramento e acompanhamento rigoroso pelo profissional enfermeiro e de toda a sua equipe para com esses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Doença renal crônica. Hemodiálise. Sono. Rim.

ABSTRACT: Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is regarded as the new epidemic of the 21st century and is considered a clinical syndrome characterized by significant progressive, slow, gradual and irreversible progressive reduction of excretory, endocrine and metabolic renal functions. When the kidney arrives at very small filtration rates in which it is impossible to perform its functions, it is necessary to use Renal Replacement Therapy (TRS), such as hemodialysis (HD). Objective: To characterize DRC patients at the Department of Nephrology city of Chapecó regarding gender and age, checking the causes - diseases that led to the loss of renal function, as well as to verify the symptoms that the patients present after hemodialysis session. Method: Research of observational, exploratory, longitudinal character with quantitative drawing. The study was carried out in a Renal Clinic of the West, in the city of Chapecó-SC. With random systematic sampling. Data collection was done through an individual interview and consultation of medical records. Results: It was observed that the majority of the patients presented systemic diseases as a basic disease in relation to the other patients who had already reached the clinic with renal failure, thus having to initiate the hemodialysis process. Conclusion: We concluded that when analyzing the causes of renal function loss, the symptoms, as well as the complications presented after the hemodialysis session, we verified that these factors interfere in their quality of life. Thus, the need for a rigorous monitoring and follow-up by the professional nurse and all his staff towards these patients is emphasized.

KEYWORDS: Chronic kidney disease. Hemodialysis. Sleep. Kidney.

1 | INTRODUÇÃO

Os movimentos de transformação nos diversos campos de conhecimento oportunizam, concomitantemente aos indivíduos, melhor acesso a bens de consumo e serviços, em decorrência se tem maior facilidade para desenvolver inúmeras atividades anteriormente laboriosas ou inacessíveis. Destarte, ligeiramente se elevam os diagnósticos de doenças crônicas, comuns às mais diversas faixas etárias da população, dentre estas destacam-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Atualmente as DCNT representam a principal causa de morbimortalidade da população em território nacional brasileiro (DUNCAN et al., 2012). Os desdobramentos negativos das DCNT afetam a Qualidade de Vida (QV), atividade laboral e lazer, aspectos econômicos das famílias, comunidades e sociedade em geral, impulsionando as diferenças sociais e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT encontra-se a Doença Renal Crônica (DRC), compreendida como síndrome clínica com redução significativa, lenta, gradual e progressiva das funções renais excretoras, endócrinas e metabólicas (BARBOSA; SALOMON, 2013). É

considerado um problema de saúde pública, sua prevalência teve aumento estrondoso nos últimos anos, chamando a atenção dos gestores e governantes (MARTINS; CESARIANO, 2005; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Seu início gradativo, usualmente não é percebido pelo indivíduo, com o tempo é comum o aparecimento de: quadros de excessivo cansaço, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão arterial sistêmica, edema, poliúria, hematúria, entre outros (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

A evolução do quadro clínico da DRC é subdividida em cinco estágios, com base na Taxa de Filtração Glomerular ($\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$) (KDIGO, 2013; INKER, et al., 2014). Que são classificadas em: estágio 1 taxa de filtração glomerular (TFG) ≥ 90 ; estágio 2 TFG 60-89 $\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$; estágio 3A TFG ≥ 45 a 59 $\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$; estágio 3B TFG ≥ 30 a 44 $\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$; estágio 4 TFG ≥ 15 a 29 $\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ e estágio 5 quando a TFG se apresenta inferior a 15 $\text{mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ (BRASIL, 2014).

Após instaurada, a evolução da doença pode ser retardada com a utilização simultânea de terapia medicamentosa e rotina saudável de vida (RIBEIRO, et al., 2008). A classificação em estágios possibilita o correto emprego do tratamento, quando o paciente alcança o último estágio da degradação da função renal, denominado como doença renal terminal (DRT), onde a TFG renal é demasiadamente baixa, inviabilizando a execução das atividades renais ($<15 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$) (GUYTON; HALL, 2006), é necessário o uso de Terapia Renal Substitutiva (TRS), dentre as opções disponíveis encontram-se: diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, diálise peritoneal intermitente, hemodiálise e transplante renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; STASIAK, et al., 2014; GUIMARÃES; ALVES; GUIMARÃES, 2011).

Habitualmente a modalidade de TRS mais utilizada é a hemodiálise (HD), procedimento mecânico e extracorpóreo, que objetiva a remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido do organismo (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014; SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013). A HD é realizada em clínicas especializadas ou unidades hospitalares com profissionais capacitados e equipamentos necessários disponíveis.

A quantidade e duração das sessões de HD variam conforme a necessidade do indivíduo, geralmente são realizadas cerca de três sessões semanais com duração entre três e quatro horas (GUIMARÃES; ALVES; GUIMARÃES, 2011). Além do emprego da HD, nesta etapa da doença (DRT) é necessário que o paciente reduza drasticamente a ingestão hídrica, respeite rigorosamente as restrições alimentares, pratique atividade física com consentimento da equipe de saúde, evite a automedicação principalmente com anti-inflamatórios, e siga de forma assídua com a rotina terapêutica medicamentosa.

Conquanto, o paciente com DRC submetido ao tratamento mecânico (HD) apresenta regularmente desdobramentos negativos. Durante o procedimento são complicações rotineiras: hipotensão e ou hipertensão arterial, câimbras musculares, síndrome do desequilíbrio da diálise, náuseas, vômitos, cefaleia, hipertermia, prurido,

lombalgia, dor torácica e calafrios (SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013; SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013). Em amplo espectro são encontradas as demandas relacionadas ao convívio social, impedimento de desempenhar atividade laboral remunerada, impossibilidade de seguir as rotinas prévias e desempenhar pequenas atividades, alterações no quadro econômico, disfunção sexual, alterações no padrão do sono, dentre várias outras (TERRA; COSTA, 2007).

A alteração no padrão do sono vem sendo associado a quadros depressivos, os quais possuem direta interferência na QV, além de contribuição significativa sobre a presença de irritabilidade e desesperança, apresentadas pelos pacientes. A modificação no padrão da qualidade do sono é relatada por parcela significativa dos pacientes com DRC em tratamento por HD. Dentre as consequências mais frequentes que decorrem da alteração no padrão do sono está a sonolência excessiva diurna (SDE), não dormir adequadamente e suficientemente onera dificuldades para desempenhar ações durante o dia, compromete a concentração frente à determinadas situações, diminuindo consequentemente as suas habilidades e dificultando a realização das atividades com segurança.

2 | OBJETIVO

Desta maneira, considerando o significativo impacto da doença renal na vida dos indivíduos que são portadores, o presente estudo buscou caracterizar os pacientes com DRC em tratamento por HD de um serviço no Sul do Brasil, quanto às causas da perda de função renal, além de verificar os sintomas que os pacientes apresentam após as sessões de HD.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa longitudinal, com caráter observacional e desenho quantitativo, desenvolvida em um serviço privado conveniado ao sistema único de saúde (SUS), especializado em atendimento a pacientes com distúrbios da função renal, DRC e TRS na modalidade de HD.

A amostragem foi sistemática aleatória, conformada por pacientes em TRS - HD, de ambos os sexos, com idade igual ou maior de 18 anos, tempo em tratamento superior há um mês e inferior a doze meses, no período de janeiro 2015 a janeiro de 2016, que não portasse deficiência de natureza impossibilitando a participação. Os pacientes foram previamente informados sobre a pesquisa e seus objetivos, o caráter confidencial e possibilidade de desistência em participar em qualquer etapa da pesquisa sem maiores consequências, os que aceitaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual com duração

média de 30 minutos por participante, durante as sessões de HD, posteriormente procedeu-se consulta adicional aos dados no prontuário dos pacientes. Os horários das coletas dependiam dos turnos de funcionamento da clínica, os quais eram de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:00 e aos sábados das 08:00 às 12:00. O instrumento norteador para a coleta de dados foi constituído pela escala de sonolência de Epworth, desenvolvida em 1991 por Johns e que avalia as chances de cochilar em oito situações diárias. A pontuação da escala inicia em 0 (zero) e se estende até 24 (vinte e quatro) pontos, sendo que se caracteriza sonolência excessiva valores acima de 10 pontos (FONSECA et al., 2014), além de perguntas adicionais condizentes com as especificidades de realização das sessões de HD e principais consequências da terapia em questão.

As perdas amostrais se deram em decorrência de óbitos, desistência do tratamento (HD), realização de transplante.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sob parecer nº 49503215.4.0000.5564. Em concordância com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os critérios de inclusão para cooperar com a pesquisa, encontravam-se aptos para participar 25 pacientes, desses 88% (22) aquiesceram com a participação e foram incluídos no estudo. Em relação à caracterização da amostra observamos que de todos pacientes 64% (14) eram do sexo masculino e 36% (8) do sexo feminino. Em relação à idade observou-se que 54,54% (12) tinham idade entre 20 e 60 anos, 31,82% (7) entre 61 e 80 anos e 13,64% (3) 80 ou mais anos. A cor de pele predominante foi a branca com 81,82% (18), seguida pela parda com 13,64% (3) e negra com 4,54% (1), considerando o estado civil dos pacientes 9,09 % (2) eram solteiros, 63,64% (14) casados, 4,54% (1) união estável, 13,64% (3) divorciados e 9,09% (2) viúvos. Quando questionados sobre religião 18,18% (4) responderam não ter, 45,46% (10) eram evangélicos, e 36,36% (8) católicos. As especificidades relacionadas às sessões de HD são apresentadas na Tabela 01.

Sessões semanais de hemodiálise	
Sessões	Quantidade (%)
Duas	1 (4,5%)
Três	20 (91%)

Quatro	1 (4,5%)
Dias da semana em que realiza HD	
2°, 4° e 6° *	10 (45,5%)
3°, 5° e sábado	12 (54,5%)
Duração das sessões de HD	
2 h 30 min	1 (4,5%)
3h	13 (59,1%)
3 h 30 min	6 (27,3%)
4 h	2 (9,1%)

Tabela 01. Número de sessões semanais, dias da semana e tempo de duração. N=22.

Fonte: Dados da pesquisa.

Destaca-se que a discreta predominância do sexo masculino segue os padrões dos dados referentes ao cenário nacional (LOPES et al., 2014), tal semelhança estende-se para o fator idade (SESSO et al., 2014). Quanto a cor da pele branca é predominante na região Sul e Sudeste, sofrendo alterações nas demais regiões do País (LOPES et al., 2014). O estado civil relatado corrobora com estudo prévio realizado por Matins, Cesariano (2005), onde porcentagem equivalente a 53,6% dos participantes era casado (a).

No que se refere a doença de base para a diminuição da função renal ou falência, a maioria dos participantes da pesquisa apresentou Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal Crônica, seguidas por Mieloma Múltiplo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Lúpus, Gota, Granulomatose de Wegener, Uropatia obstrutiva por neoplasia de próstata e Uropatia obstrutiva por neoplasia de útero. Alguns pacientes chegaram no serviço com insuficiência renal terminal instaurada, demandando a utilização de TRS por HD de emergência, impossibilitando para muitos casos o desconhecimento da doença base.

As doenças base para a DRC encontradas no estudo corresponderam às apontadas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, que expõe como diagnósticos mais frequentes da doença renal primária a HAS (34%), e o diabetes *mellitus* (29%), seguidos por glomerulonefrite crônica (13%) e rins policísticos (4%) (SESSO et al, 2014). É imprescindível destacar a importância da atuação em nível primário de atenção, com foco na prevenção e promoção da saúde dos indivíduos, evitando ou retardando o surgimento de complicações como a DRC, irreversíveis com impacto significativo no campo econômico, pessoal, familiar e social (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTANJ, 2010).

Adiante, nesta fase comorbidades contribuem para piora do quadro clínico, sendo avaliado fatores, como restrição de ingestão hídrica e alimentar, o uso de

medicamentos contínuos, a baixa imunidade, depressão e ansiedade são alguns dos pontos encontrados frente ao processo de HD (NIFA; RUDNICKI, 2010).

A partir do relato dos participantes e registros dos prontuário, foram identificados os sintomas e complicações que ocorrem com maior frequência nos pacientes após as sessões de hemodiálise, são eles: hipotensão, hipertensão, cãibras musculares, náuseas, vômito e hipoglicemia (em pacientes com DM).

As complicações que podem ocorrer durante as sessões de hemodiálise podem ser eventuais, mas dependendo da situação de saúde em que se encontra o paciente essas complicações podem ser graves. Assim, a equipe de enfermagem deve estar atenta e preparada para agir em qualquer intercorrência que venha a acontecer, possibilitando evitar complicações (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Em relação aos resultados obtidos por meio da escala de sonolência de Epworth, a pontuação de 0-5 pontos foi atingida por: 8 pacientes; 7-10 pontos: 4 pacientes; 11-15 pontos: 8 pacientes; e 16-21 pontos: 2 pacientes. Ao final 12 (55%) pacientes apresentaram resultado menor ou igual a 9, condizente com uma condição normal de sono, os outros 10 (45%) apresentaram resultados superior à nove, equivalente a padrão elevado de sono.

Sabe-se que a qualidade de vida é dependente direta da qualidade e quantidade do sono, e considerando sua imponente repercussão na saúde dos indivíduos é necessária atenção e acompanhamento desse parâmetro. O modo como cada um dos pacientes se relaciona com a DRC é único, a interação entre paciente-sociedade-família-profissional dependem do estado emocional e físico que esse paciente se encontra, diretamente influenciado pela qualidade do sono (HIGA et al, 2007).

A presença de alterações no padrão do sono pode acarretar no aparecimento de sonolência diurna excessiva (SDE), considerada uma predisposição aumentada ao sono (GUIMARÃES; ALVES; GUIMARÃES, 2011). Pessoas que não dormem bem, ou seja, não tem uma qualidade e quantidade de sono adequada, apresentam dificuldades para desempenhar as suas ações e atividades, comprometendo a concentração em determinadas situações, interferindo negativamente com suas habilidades e dificultando a realização das mesmas com segurança.

Dentre os pacientes com DRC os relatos de insatisfação com o padrão do sono aparecem em terceiro lugar entre as mais relatadas, atingindo cerca de 80% do público em questão (FONSECA et al., 2014).

O estágio terminal da DRC depreende dos pacientes inúmeras sensações e emoções, decorrentes das mudanças repentinas, tornando a ansiedade presente na rotina diária. Nesse sentido e considerando o início recente do tratamento dos participantes, as incertezas e a insegurança rodeiam a condição clínica e o futuro do tratamento, desgastando a qualidade e quantidade do sono, que por estes entre outros obstáculos, afetam diretamente a sociedade em geral devido à crescente demanda desses pacientes.

5 | CONCLUSÃO

Ao analisar as complicações que podem ocorrer durante as sessões de hemodiálise, concluímos que estas podem ser eventuais ou contínuas e esperadas ou de natureza grave, que envolvem toda a situação de saúde que se encontra o paciente, que vai além em suas dependências de fatores. Logo, vemos a necessidade de uma equipe de enfermagem preparada e sempre atenta desde os mínimos sinais para intervir em qualquer intercorrência que venha a acontecer e dessa forma podendo amparar o paciente e evitar essas complicações.

Com relação às causas da perda da função renal, foi possível verificar que os sintomas e complicações apresentadas após a sessão de hemodiálise são fatores interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, bem como mostrados na avaliação da qualidade do sono destes pacientes que estão a algum tempo realizando a TRS.

O tratamento hemodialítico obtém melhores resultados quando associado a uma boa QV. Porém as alterações nas pequenas atividades diárias, mesmo em questões como abandono do trabalho e dependência de outras pessoas devido ao tratamento de longa duração, geralmente impõe várias limitações, levando-o indivíduo ao isolamento social, impossibilidades de viagens de longa duração e por várias vezes a diminuição da frequência e/ou intensidade na prática de atividades físicas, dentre várias outras tarefas que são atingidas significativamente no processo. Com isso Rodrigues e Botti (2009, p. 530) observam que:

... a ideia do ser cuidado, para os pacientes em tratamento hemodialítico, como estabelecer relacionamento interpessoal. Partindo-se do pressuposto que o relacionamento interpessoal faz parte do cuidado humanizado entendemos a importância dos profissionais em propiciar condições favoráveis para a humanização do cuidado.

Ressaltando a necessidade de um monitoramento e a importância de um acompanhamento rigoroso pelo profissional enfermeiro e de toda a equipe para com esses pacientes, não devemos esquecer que o paciente está lidando com a patologia que o cerca, que implica na sua saúde e de como ele se enxerga, de uma posição diferente de quem oferta o cuidado, é necessário usar não apenas da simpatia, mas principalmente da empatia durante toda duração do tratamento, para além da criação do vínculo, servir como esperança e fonte de apoio para o paciente, podendo identificar suas fragilidades e trabalhá-las. Assim, destinando a atenção para o paciente, ofertando um olhar holístico para esse ser que é único, observando suas singularidades iremos acarretar apenas benefícios para a QV do mesmo que terá um desfecho de responder positivamente no tratamento hemodialítico.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Ana Carolina da Silveira Calado Siqueira; SALOMON, Ana Lúcia Ribeiro. **Resposta inflamatória de acometidos com doença renal crônica em fase pré-dialítica e sua relação com a ingestão proteica.** Com. Ciências Saúde, S I, v. 22, n. 4, p.111-125, jan. 2013. Disponível em:<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_2_2_Respostainflamatoria.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em acometidos ainda não submetidos à diálise.** J. Bras. Nefrol, vol.33, n.1, p. 93-108, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Doença renal crônica: Frequent e grave, mas também previsível e tratável.** Rev Assoc Med Bras, São Paulo, SC, v. 56, n. 2, p. 248-53, set./nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2>>. Acesso em: 10 out. 2018.

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. 2011.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SANTANA, Inayara Oliveira de. **Insuficiência renal crônica: representações sociais de acometidos com e sem depressão.** Psico-usf, Bragança Paulista, v. 3, n. 19, p.387-398, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003002>>. Acesso em: 18 set. 2015.

DUNCAN, Bruce Bartholow. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** Rev Saúde Pública, v. 46, p. 126-34, mar./nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>> Acesso em 12 out. 2018.

FONSECA, Nina Teixeira et al. **Excessive daytime sleepiness in patients with chronic kidney disease undergone hemodialysis.** *Fisioter. mov. [online]*. 2014, vol.27, n.4, pp.653-660. ISSN 0103-5150. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.004.AO17>.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica: tradução de Barbara de Alencar Martins**, et al – RJ: Elsevier, 2006, 11 a Ed, p 1128.

GUIMARÃES, Camila Kelly Diniz; ALVES, Débora Almeida Galdino; GUIMARÃES, Laiz Helena de Castro Toledo. **Avaliação da qualidade e quantidade do sono em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.** Rev Neurocienc, v. 19, n. 4, p. 609-613, 2011.

HIGA, Karina; KOST, Michele T.; SOARES, Dora M.; MORAIS, Marcos C.; POLINS, Bianca R. G. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.** *Acta Paul Enferm.* 2008 v.21, n. especial, p. 203-6, agosto de 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>>. Acesso em: 22 de jul de 2016.

INKER, Lesley A.M.D., et al. **KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD.** American Journal of Kidney Diseases. 2014; 63(5):713-735. Disponível em: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/inker_et_al_ajkd_ckd_commentary_epub.pdf. Acesso em: 03 nov. 2016.

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes. CKD Work Group. **KDIGO 2012 for the evaluation and management of chronic kidney disease.** Kidney Inter., Suppl. 2013; 3:1-150.

LOPES, Jessica Maria, et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise.** Acta Paul Enferm. 2014; v. 27, n.3, p. 230-6, mai. 2014. Disponível em: <<http://www>>.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARIANO, Claudia Bernardi. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. Rev Latino-am Enfermagem, v. 5, n. 13, p.670-676, set. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26\(1\)017.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26(1)017.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n. 6, p.719-722, dez. 2005. FapUNIFESP. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600017&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2016.

NIFA, Sabrina; RUDNICKI, Tânia. **Renal chronic patients depression and hemodialysis**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pag. 64-75, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858201000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2016.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al. **Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo**. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v. 21, n., p. 207-211, fev. 2008. FapUNIFESP. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000500013>. Acesso em: 5 mar. 2016.

RODRIGUES, Tatiana Aparecida ; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise**. Acta paul. enferm. 2009, vol. 22, n.1, p.528-530. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800015>. Acesso em 13 de jun. de 2016.

SANCHO, Priscylla Oliveira Sena; TAVARES, Rafaelle Pereira; LAGO, Cristiana da Costa Libório. **Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em acometidos renais crônicos**. Revista Enfermagem Contemporânea, Bahia, v. 1, n. 2, p.169-183, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.bahiana.edu.br/revistas>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. **Assistência de enfermagem prestada aos acometidos em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia**. Revista Científica do Itpac, Araguaína, v. 6, n. 3, p.1-11, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

SESSO, R.C.C. et al. **Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012**. J. Bras. Nefrol, São Paulo, v. 36, n. 1, Jan./Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100048>. Acesso em: 19 mar. 2016

STASIAK, Camila Edith Stachera, et al. **Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em acometidos com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal: Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, Ponta Grossa, v. 36, n. 3, p.325-331, mar. 2014. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/0101-2800.20140047. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25317615>>. Acesso em: 28 set. 2015.

TERRA, Fábio de Souza; COSTA, Ana Maria Duarte Dias. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Saúde, Coordenação de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007.

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM SOBRE O TEMA E RELATO DE SUA UTILIZAÇÃO NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

William Volino

Faculdades Souza Marques, Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: A tecnologia da informação tem causado profundas transformações na sociedade nas diferentes áreas, entre elas a saúde. Sistemas de informação em saúde são imprescindíveis para o funcionamento dos sistemas de saúde, uma vez que fornecem subsídios para estudos epidemiológicos que servem para direcionar as políticas de saúde. Estas tecnologias são também de extrema relevância no fornecimento de informações de saúde de um indivíduo, que vão contribuir para um atendimento integral e multiprofissional das suas demandas de saúde. O prontuário eletrônico do paciente surgiu como uma forma de viabilizar este acesso às informações de saúde do paciente e vai, em diversas áreas da saúde, permitir que os diferentes profissionais que lhe prestam atendimento possam trocar informações e assim otimizar a atenção. Na Atenção básica prestada por uma clínica da família, essencialmente multiprofissional e integrada, o prontuário eletrônico do paciente é uma ferramenta imprescindível. Neste contexto, se torna também importante a implantação e funcionamento de uma comissão de avaliação de prontuários, que tem como função avaliar a utilização do prontuário eletrônico do paciente

tendo em vista o aprimoramento da atenção à saúde dos pacientes. Apesar de todas as vantagens da sua utilização, ainda existe certa resistência e são apontadas algumas desvantagens. Este trabalho tem como objetivo abordar diferentes aspectos sobre a utilização do prontuário eletrônico nos sistemas de saúde. Além disso, discutir a sua importância na atenção básica à saúde e relatar a sua utilização nas Clínicas da Família que integram a Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: prontuário eletrônico, prontuário médico, clínica da família

ABSTRACT: Information technology has caused profound changes in society in different areas, including health. Health information systems are essential for the functioning of health systems, since they provide subsidies for epidemiological studies that serve to guide health policies. These technologies are also extremely relevant in providing an individual's health information, which will contribute to an integral and multiprofessional care of their health demands. The patient's electronic medical record has emerged as a way of making this access possible to the patient's health information and will, in several areas of health, allow the different professionals who provide care to exchange information and thus optimize

care. In basic care provided by a family clinic, which is essentially multiprofessional and integrated, the electronic patient record is an essential tool. In this context, it is also important to set up and operate a medical records evaluation committee, whose function is to evaluate the use of the patient's electronic medical record in order to improve the patient's health care. Despite all the advantages of its use, there is still some resistance and some disadvantages are pointed out. This paper aims to address different aspects about the use of electronic medical records in health systems. In addition, to discuss its importance in basic health care and to report its use in the Family Clinics that integrate the Family Health Strategy in the City of Rio de Janeiro.

KEYWORDS: electronic medical records, medical records, family clinics

1 | INTRODUÇÃO

Um bom sistema de informação em saúde é fundamental para o funcionamento de um sistema de saúde. Os registros que são de forma sistemática inseridos em grandes sistemas de informação em saúde alimentam bancos de informações em saúde que são fundamentais para obtenção de dados epidemiológicos importantes. Estes dados, quando analisados, geram indicadores que direcionam as políticas de saúde, tanto públicas como privadas.

De forma mais pontual, informação em saúde também assume papel importante no registro de dados pessoais de saúde de um paciente, disponibilizando de forma prática um conjunto de informações médicas que vem a facilitar a atenção integral à sua saúde. É importante que estas informações sejam armazenadas com segurança e confidencialidade e que estejam acessíveis quando se fizerem necessárias.

As tecnologias da informação têm gerado grandes transformações nas mais diversas áreas da sociedade, como a empresarial, a educacional e a social, agregando benefícios e melhorando os resultados em todas elas. Não é diferente o que vem acontecendo na área de saúde, onde as várias formas de tecnologias da informação estão sendo incorporadas e assumem, cada vez mais, um papel fundamental. Na prática as tecnologias da informação em saúde estão contribuindo para a disponibilização fácil e eficiente de informações em saúde, como é o caso dos prontuários eletrônicos dos pacientes, objetos deste estudo.

O prontuário eletrônico do paciente consiste num registro digital de todas as suas informações relevantes, como dados pessoais de identificação, histórico médico familiar e histórico pessoal de saúde. Este é realizado em um sistema de informação desenhado para facilitar a sua utilização e fornecer acesso a um completo conjunto de informações que vão auxiliar na condução do atendimento à saúde do paciente.

No entanto, a utilização do prontuário eletrônico do paciente esbarra em alguns problemas e não está isento de críticas e resistência quanto a sua utilização. Por esta razão, discutir a sua importância e funcionalidades no contexto da Estratégia Saúde da Família se torna imprescindível. Uma vez que esta se baseia numa atenção

integrada e multiprofissional à saúde, que passa pelo acompanhamento, prevenção, diagnóstico e tratamento dos mais diferentes agravos da saúde, a possibilidade de obtenção destas informações de forma organizada e sistematizada em um prontuário eletrônico do paciente é promissora.

Este artigo tem como objetivo abordar a importância dos prontuários eletrônicos do paciente para a condução do cuidado à saúde, apresentando também vantagens e desvantagens relacionadas com a sua utilização. Além disso, discutir a sua importância na atenção básica à saúde, através da sua utilização nas Clínicas da Família que integram a Estratégia Saúde da Família e relatar a experiência do Município do Rio de Janeiro com a utilização do prontuário eletrônico do paciente em suas Clínicas da Família.

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica, descritivo, realizado através da leitura de artigos científicos sobre o tema, obtidos através da busca em bases de dados como o Google Acadêmico e SciELO, utilizando os termos “Prontuário eletrônico”, “Prontuário eletrônico do paciente” e “atenção básica” como palavras-chave. Apenas artigos publicados nos últimos 10 anos foram utilizados.

2 | TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Marin (2010, p. 21) os sistemas de informação em saúde coletam, processam, armazenam e distribuem informações que apoiam o processo de tomada de decisão e servem de apoio para o controle das organizações de saúde. Estes conhecimentos sustentam o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório de múltiplos profissionais da área de saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde. Os sistemas de informação em saúde podem ser mais gerais, como os Registros eletrônicos de saúde, ou mais específicos, como os registros médicos de saúde.

Os sistemas de informação em saúde geram dados que alimentam vários sistemas nacionais. Estes sistemas estão acessíveis em grande parte pela internet e refletem as condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão da rede de serviços. Estas informações epidemiológicas entram como um importante recurso no processo de tomada de decisões em todas as organizações e setores que envolvem saúde, e principalmente para o desenvolvimento de políticas públicas, o que resultará em importantes mudanças e melhorias para a sociedade.

Sua função, neste sentido, é de detectar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, oferecer elementos que subsidiem a análise rigorosa de tal quadro, e a partir disso, apresentar alternativas para minimizar a situação encontrada. Como exemplo, podemos citar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

A importância dos sistemas de Informação na saúde é enfatizada por Pinochet

(2011, p. 386):

O desenvolvimento de sistemas de gerenciamento de bases de dados para a prestação de cuidados ao paciente foi um imperativo para que diversas áreas dentro dos hospitais pudessem explorar plenamente os recursos tecnológicos. Os sistemas gerenciais podem auxiliar no atendimento das seguintes metas: (1) reduzir a redundância e/ou duplicidade de dados; (2) fornecer dados com qualidade; (3) manter a integridade dos dados; (4) proteger a segurança dos dados; (5) proporcionar uma interface relativamente mais acessível com avanços da tecnologia; e (6) facilitar o acesso a uma única base de dados para diversas aplicações, podendo ser utilizadas por múltiplos usuários (PINCHET, 2011, p. 386).

A incorporação dos recursos de tecnologia da informação na saúde é amplamente incentivada no Brasil, através da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde. Também pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que geram portarias e resoluções para nortear a adoção das tecnologias e a gestão da informação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tendo em vista que o atendimento à saúde envolve a participação de múltiplos profissionais, como médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., e que muitas vezes acontece em diferentes cenários, como consultórios médicos, odontológicos, centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva e etc., se torna fundamental que as múltiplas informações que são geradas por estes profissionais estejam agregadas e organizadas, de forma que forneça um contexto que possa garantir uma continuidade e eficácia do cuidado.

3 | O PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O prontuário do paciente é definido pelo artigo 1º da Resolução de nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (2002) como:

O prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) o prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e a organização de grande volume de dados, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) vem atuando na certificação do Prontuário Eletrônico do Paciente juntamente com a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Este recurso foi regulamentado pela Resolução CFM N° 1821 de 23 de novembro de 2007, possibilitando a utilização do registro eletrônico das informações

dos atendimentos ao paciente em meio digital (CONSELHO FEREDAL DE MEDICINA, 2007).

A implantação do prontuário eletrônico do paciente precisa estar inserida em uma política institucional, uma vez que envolve, além do cuidado ao paciente, a parte administrativa e a auditoria (BEZERRA, 2009, p. 76). Sua implantação é complexa e exige um planejamento adequado para a efetividade do processo na instituição, exigindo, inicialmente, um comprometimento dos gestores, uma vez que envolve um elevado investimento financeiro (MARTINS, LIMA, 2015, p. 62).

Para o sucesso na sua implantação se faz necessário buscar o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, promovendo sua adesão e aceitação, num processo contínuo de promover o engajamento dos profissionais. Para isso, os profissionais precisam conhecer as suas vantagens na realização das atividades desenvolvidas e, consequentemente, os benefícios que a sua utilização pode oferecer à atuação profissional.

3.1 Utilização dos prontuários eletrônicos do paciente em consultórios e hospitais

O prontuário eletrônico do paciente é uma das ferramentas da tecnologia da informação mais simples e por isso é a mais acessível aos médicos. Por esta razão, pressupõe-se certa facilidade para sua incorporação à prática médica e multiprofissional de saúde. No entanto, alguns estudos mostram que não é isso que se observa em todos os cenários da saúde do Brasil. Alguns setores já o incorporaram as suas práticas e já vem fazendo uso desta tecnologia há tempo, em outros enfrenta uma resistência maior e por esta razão é pouco utilizada.

Costa et al. (2011) analisou sua utilização em consultórios médicos no Brasil e os dados revelaram que neste setor a sua utilização é uma das mais inexpressivas. Neste estudo os autores entrevistaram, através de questionários enviados eletronicamente, 362 médicos registrados no Conselho Federal de Medicina, das mais diversas especialidades. Verificou-se que o prontuário eletrônico do paciente ainda não tem uma grande penetração nos consultórios médicos, uma vez que 49,8% dos respondentes ainda não o utilizam. Curiosamente, 87,2% dos médicos entrevistados disseram que reconhecem as suas funcionalidades e estes mesmos médicos consideram necessária à sua utilização na condução do cuidado nos consultórios.

Pressupõe-se que em hospitais a sua utilização seja maior, uma vez que traz à rotina vários benefícios por permitir a integração dos vários cenários, como a enfermaria, a farmácia e outros ambientes. Estes permitem que o tratamento do paciente seja feito de forma compartilhada entre todos estes profissionais. O prontuário eletrônico do paciente faz com que as informações médicas fiquem acessíveis de forma completa, legível e segura. Esse pressuposto foi confirmado por Moreti et al. (2015) nos estudos que realizaram quanto a implantação dos prontuários eletrônicos do paciente em

hospitais. Estes afirmam que “os resultados são muito positivos e faz parte da rotina dos diversos profissionais de saúde que atuam no hospital: médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros”.

3.2 Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente

Conhecer os diferentes aspectos da utilização do prontuário eletrônico é fundamental na tomada de decisão por sua utilização. Embora as vantagens, na maioria das vezes, superem as desvantagens, uma discussão ampla se faz necessária para que todos os sujeitos envolvidos estejam confiantes diante da sua utilização. De acordo com Jenal e Évora (2012, p. 179) “o sucesso ou fracasso estão intimamente ligados ao envolvimento dos usuários no planejamento e diversas fases de sua implantação”.

Pode-se dizer que a utilização do prontuário eletrônico do paciente não só melhora a qualidade no cuidado dos pacientes, como também permite o aumento da produtividade dos profissionais de Saúde, a facilidade ao acesso aos serviços disponíveis, e a redução dos custos administrativos.

Vantagens administrativas são frequentemente destacadas, tais como a diminuição dos gastos com papel e impressão, a economia de espaço no armazenamento das informações (prontuários de papel, por exemplo), a facilidade para realização de auditorias e monitorização do trabalho, com o tempo gasto nas consultas e o absenteísmo dos pacientes. Este aspecto gerencial favorável à sua utilização se reforça no fato de que as informações levantadas pela análise dos prontuários subsidiam o planejamento e programação de ações, visando qualificar a assistência prestada e sendo também um sistema de apoio à auditoria dos serviços e confecção de relatórios de gestão. Além disso, é uma importante ferramenta de planejamento e auditoria financeira.

São também apontadas algumas vantagens operacionais, como o acesso rápido, remoto e simultâneo às informações do paciente por diferentes profissionais, a legibilidade dos registros, a segurança e confidencialidade dos dados, a captura automática e atualizada destes dados. Segundo Marin (2010, p. 23) “o prontuário eletrônico é um registro especificamente desenhado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados, sistemas de avisos e alertas, sistemas de apoio à decisão, dentre outros recursos”. Além disso, facilita o acesso aos serviços de saúde, uma vez que agiliza os agendamentos de consultas e permite um controle de fluxo dos atendimentos.

O fácil acesso às informações em saúde por parte do usuário também é um aspecto positivo importante, uma vez que valoriza a autonomia e o conhecimento do usuário, que deverá ter pleno acesso às suas informações de saúde. Não existe o risco de extravio dos prontuários, que seria não só a perda de informações importantes, mas também colocaria em risco a confidencialidade das informações.

É também notória a contribuição do prontuário eletrônico na qualidade dos serviços

de saúde prestados. Sua utilização facilita o acesso às informações do prontuário do paciente de forma organizada e sistemática. Rapidamente se tem acesso aos registros de exames já realizados, os diagnósticos confirmados e os tratamentos que já foram instituídos, auxiliando a tomada de decisão pelos profissionais de saúde e evitando repetição de exames, de tratamentos e de medicamentos. Além de melhorar a conduta e atendimento à saúde do paciente, a sua integração com outros sistemas de informação e o processamento contínuo dos dados os tornam disponíveis para todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente.

Fica, portanto, evidenciado que a utilização do prontuário eletrônico pelas instituições de saúde traz significativas vantagens, contribuindo com a qualidade das informações do paciente, dados importantes e essenciais tanto para continuidade da assistência como para ações gerenciais (MARTINS; LIMA 2014, p. 64).

No entanto, desvantagens também existem. A maior e mais considerável delas é a questão do alto custo, uma vez que sua implantação requer grandes investimentos em *hardwares*, *softwares* e treinamentos dos usuários para que possam utilizar adequadamente a ferramenta. Também é necessária infraestrutura de redes elétricas e de manutenção, para garantir o seu funcionamento constante. Dessa forma, deve-se evitar o risco de o sistema ficar inoperante, o que tornaria as informações indisponíveis. No entanto, por razões variadas, este tipo de problema não pode ser evitado e estes dados poderão ficar inacessíveis.

Outra limitação importante quanto ao uso do prontuário eletrônico do paciente é a resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados. Alguns profissionais temem expor suas condutas clínicas, uma vez que o prontuário eletrônico pode ser visualizado por outros colegas. Outros temem que a confidencialidade dos dados dos pacientes seja comprometida, caso usuários não autorizados consigam acessar estas informações.

De acordo com Patrício et al (2011, p. 126) outra desvantagem apontada está relacionada ao impacto na relação médico-paciente, uma vez que o sistema pode reduzir o contato “olho no olho” e também provocar aumento do tempo de trabalho dos profissionais, uma vez que costumam exigir o preenchimento de uma quantidade razoável de informações.

Ainda assim, acredita-se que ao longo da implantação do prontuário eletrônico do paciente, as desvantagens possam ser minimizadas, para que haja um melhor aproveitamento da ferramenta.

Apesar das dificuldades relatadas, acredita-se que é de suma importância a criação de sistemas de informação que incluem o Prontuário Eletrônico do Paciente no âmbito do sistema de saúde brasileiro, a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão dos serviços, a comunicação, o compartilhamento das informações e, o mais importante, melhorar a qualidade da assistência prestada à população (PATRÍCIO, et al., 2011, p. 126).

3.3 A comissão de revisão de prontuário

De acordo com Oliveira e Cunha ((2014, p. 122), a avaliação de documentos é uma atividade fundamental para a vitalidade das organizações de saúde, uma vez que contribuem para a aprendizagem e inovação gerenciais. Para estes mesmos autores a ausência destas comissões leva a um acúmulo de informações que não propicia a difusão do conhecimento sobre a prevenção, a promoção e a atenção em saúde.

Através da Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) nº 70/95 e Resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) nº 11/92 a Comissão de revisão de Prontuário se tornou obrigatória nestes Estados. Posteriormente, através da Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, se tornou obrigatória em todo país (DEMARCHI et al., 2012, p. 52).

As comissões de revisão de prontuário assumem papel fundamental na avaliação dos registros médicos realizados no prontuário eletrônico do paciente. Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários devem ser designados pela Direção da unidade de saúde e, em geral, são médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais.

A Comissão de Revisão de Prontuários tem como característica ser consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, constituída com a finalidade de analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes. Cabe a essa Comissão recomendar normas sobre a elaboração dos formulários e seu preenchimento, além de avaliar a qualidade da atenção médica por meio da análise qualitativa dos prontuários. Por esse motivo, de acordo com Santos e Freixo (2011, p. 8), muitas vezes é vista forma negativa, sendo interpretada como um grupo fiscalizador ou controlador.

A função de uma comissão de revisão de prontuários é, através de uma análise permanente, verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes, avaliar os resultados das diferentes condutas terapêuticas aplicadas, analisar a eficiência do serviço médico, sugerir medidas para a melhoria do padrão, orientar. Não é sua função fiscalizar a atuação dos profissionais.

4 | O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção básica à Saúde é considerada como porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, que integra e coordena o cuidado atuando na resolução da maioria das necessidades de saúde da população. Quando esta atenção à saúde pautada na Estratégia Saúde da Família adota-se um sistema de saúde necessariamente multiprofissional, em que a integração do cuidado é essencial para que se obtenha resolutividade. Os procedimentos e tratamentos se baseiam na escolha da melhor prática, que depende da informação gerada e adequadamente registrada pelos diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

Para Marin (2010, p. 21) o prontuário eletrônico do paciente é a solução

informatizada para isso. Para o autor “o prontuário eletrônico do paciente surgiu como uma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados, produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde”.

Na atenção básica à saúde participam redes de atenção à saúde que precisam estar interligadas. De acordo com Gonçalves et al. (2013, p. 47) a utilização de prontuários eletrônicos do paciente na atenção básica é fundamental para que exista uma integração entre as redes de atenção à saúde.

A não adoção do prontuário eletrônico do paciente na atenção básica é prejudicial à prática das unidades básicas de saúde, pois faz com que a atenção prestada seja fragmentada e ineficiente. Os diferentes profissionais não têm a sua disposição todas as informações necessárias para a condução do cuidado, levando à perda de tempo e de recursos com repetição de procedimentos.

Por esta razão, é importante que as políticas públicas se preocupem também com este aspecto da atenção, uma vez que sua utilização pressupõe não só a integração de sistemas de informação como também a integração de serviços e, principalmente, profissionais integrados, o que muitas vezes é uma barreira importante a ser vencida (MARIN, 2010, p. 22).

Poli e Klug (2012) realizaram um estudo sobre o prontuário eletrônico do paciente neste cenário. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre foram perguntados sobre a ideia que tinham sobre o prontuário eletrônico do paciente, embora eles não o utilizassem na unidade. Estes profissionais caracterizam o prontuário eletrônico do paciente como um sistema de armazenamento de dados e informações ágil e prático, que facilitaria o trabalho. Além disso, revelaram que entendem que existem muito mais vantagens do que desvantagens na sua utilização, tanto para o trabalhador, como para o serviço e para o usuário.

Vale ressaltar que no âmbito da saúde pública, os registros, atualizados continuamente em nível municipal, estadual e nacional, sustentam a definição de políticas públicas e permite relacionar as demandas entre os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

5 | O EXEMPLO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Desde 2009 o Governo Municipal do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), passou a utilizar um novo modelo de gestão em saúde, com a parceria com Organizações Sociais, para gestão da Atenção Básica, com o lançamento do Programa Saúde Presente que, entre outras diretrizes, elegeu a Estratégia Saúde da Família como modelo a ser adotado na cidade.

Com o Programa Saúde Presente, a população conta com um sistema integrado e personalizado de assistência, onde cada cidadão tem uma equipe de saúde multidisciplinar que o acompanha, dando orientações sobre promoção e prevenção e realizando o diagnóstico precoce de doenças. Com o programa já é possível melhorar

indicadores de mortalidade materno-infantil e qualidade de vida da população, além de reduzir custos hospitalares, na medida em que aumenta a medicina preventiva, diminuindo internações, consultas e exames (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, RIO DE JANEIRO, 2017).

A expansão da cobertura da Atenção Primária na Saúde (APS) do Rio de Janeiro, por meio das Clínicas da Família, foi a principal causa da redução das internações em hospitais públicos da capital. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, graças à ampliação da cobertura, que hoje chega a quase 70% da população, a proporção de internações hospitalares - causadas por doenças como hipertensão e diabetes - caiu 38,5% em comparação com 2008, quando a cobertura era de 3,5%.

Nas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro são utilizados os prontuários eletrônicos do paciente, através de um sistema denominado VITACARE®. Este software permite aos profissionais de saúde cadastrar e acessar todo o histórico dos pacientes através de computador, agilizando o atendimento aos usuários.

Segundo a OTICS – OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIA EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE, empresa responsável pela sua implantação:

Com o prontuário eletrônico, numa nova consulta de um usuário, os profissionais de saúde poderão resgatar toda sua história, ou seja, saber se ele é diabético, se tem hipertensão, doenças crônicas na família. O usuário assim, não precisará repetir o que já foi relatado na primeira consulta. Além de agilizar o atendimento também criará uma maior afinidade e confiança do cliente. Os Agentes Comunitários de saúde de saúde vão às casas dos moradores da região e coletam informações sobre aspectos da saúde do usuário e família, existência de doenças crônicas, idade, condições de moradia, atividades desenvolvidas, vacinação dentre outros (OTICS, 2017),

As informações inseridas pelos profissionais de saúde alimentam o prontuário eletrônico e os médicos usam a base de dados para dar diagnósticos mais precisos e indicar tratamentos mais eficientes, de acordo com os hábitos e condições de vida.

Além disso, os gestores e gerentes das unidades contam com uma base de dados fiel à realidade, e repassam essas informações a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, sendo possível assim, elaborar programas de saúde mais específico e com resultados eficazes.

Como parte do processo de utilização dos prontuários eletrônicos do paciente, nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro são realizadas reuniões mensais da Comissão de revisão de prontuários. Esta comissão é formada por profissionais das diversas áreas que prestam o cuidado aos pacientes. Através destas reuniões são identificadas fragilidades do sistema de registro e planos de ações são elaborados para saná-las.

5.1 Contribuições do prontuário eletrônico do paciente ao atendimento médico

A adoção do prontuário eletrônico do paciente VITACARE® na rotina de trabalho dos médicos da Estratégia da Saúde da Família nas Clínicas da Família do Município

do Rio de Janeiro traz diversos benefícios e praticidade ao seu trabalho. Algumas delas serão apresentadas a seguir.

Através do prontuário eletrônico os médicos podem visualizar, de forma prática, a sua agenda programada de atendimentos. É possível visualizar não só a quantidade de atendimentos agendados, como também o tipo de atendimento, uma vez que esta informação consta de forma clara e objetiva. Por exemplo, se trata de uma consulta de pré-natal, saúde da criança, puericultura ou outras linhas de cuidado da atenção básica uma sigla à frente do nome serve de indicação. É possível também administrar o fluxo das consultas, uma vez que o prontuário indica, através de cores, se o paciente faltou ou está à espera do atendimento, como pode ser visto na figura 01.

Além disso, ao iniciar o atendimento e abrir o prontuário do paciente, o médico pode visualizar todo o histórico do paciente. Nele constam os dados pessoais de identificação e moradia, as doenças ou agravos de saúde que já foram diagnosticadas com o respectivo código CID, o histórico de consultas realizadas, os procedimentos que já foram realizados, os exames que já foram solicitados, medicamentos já prescritos e aqueles que estão em uso contínuo.

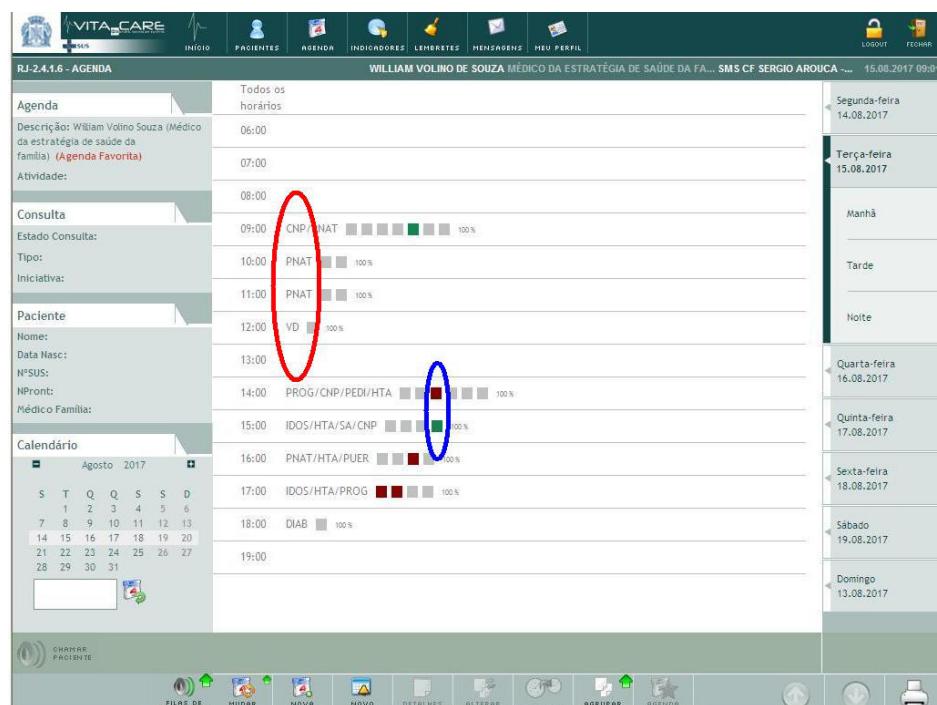


Figura 01 – Imagem da tela do prontuário eletrônico onde o médico pode ver a sua agenda de atendimentos programados. No destaque de vermelho é possível ver o tipo de consulta, no destaque em azul é possível ver o status do paciente (em verde aguardando atendimento, em vermelho faltoso).

Ainda no que diz respeito à prescrição de medicamentos, no prontuário eletrônico constam todos os medicamentos que são fornecidos na atenção básica e que estão disponíveis na farmácia da clínica. O médico precisa apenas buscar pelo nome da substância, fazer a seleção e escrever a posologia e tempo de administração. Além disso, as receitas são digitalizadas e impressas, o que não só torna o atendimento

mais ágil, como garante o perfeito entendimento do usuário sobre o que está escrito.

Esta mesma facilidade é encontrada quando se pretende solicitar exames complementares ou realizar encaminhamentos para especialidades da atenção secundária ou terciária. Em local específico e através de uma busca as opções podem ser visualizadas e selecionadas, gerando requisições completas e também digitais. Outros documentos, como declarações de comparecimento, atestados e laudos médicos, solicitações de licença maternidade e outros, também podem ser obtidos desta forma.

Este sistema de prontuário eletrônico é ideal para ser utilizado na atenção básica, pois em uma aba específica é possível fazer o atendimento numa plataforma completamente voltada para as linhas de cuidado da Estratégia Saúde da Família. Por exemplo, ao iniciar uma consulta de pré-natal, puericultura, tuberculose ou diabetes, por exemplo, estão disponíveis campos para ser preenchidos com as principais informações e dados essenciais para este cuidado.

Através deste sistema de prontuário eletrônico também é possível trocar mensagens com outros usuários e ainda receber mensagens do próprio sistema quando alguma ação precisa ser feita para que se obtenham bons resultados de alguns dos seus indicadores. Por exemplo, ele avisa se um paciente de tuberculose está há mais de um mês sem consulta médica, ou se uma gestante com sífilis deixou de tomar alguma dose da medicação. Aliás, outro aspecto positivo de sua utilização é a possibilidade de obtenção de indicadores, que são fundamentais para o direcionamento das ações do médico e de toda a equipe que presta o atendimento, como se observa na figura 2.

Apesar de todas estas vantagens, a utilização do prontuário eletrônico do paciente também se esbarra em alguns problemas. Não é sempre que todas estas as informações estão disponíveis, pois o mau uso da ferramenta pode ocorrer. Não são todos os usuários que alimentam corretamente estes bancos de dados. Outra questão importante a ser considerada é o não funcionamento do sistema devido a problemas técnicos e de conexão, que vez ou outra corre

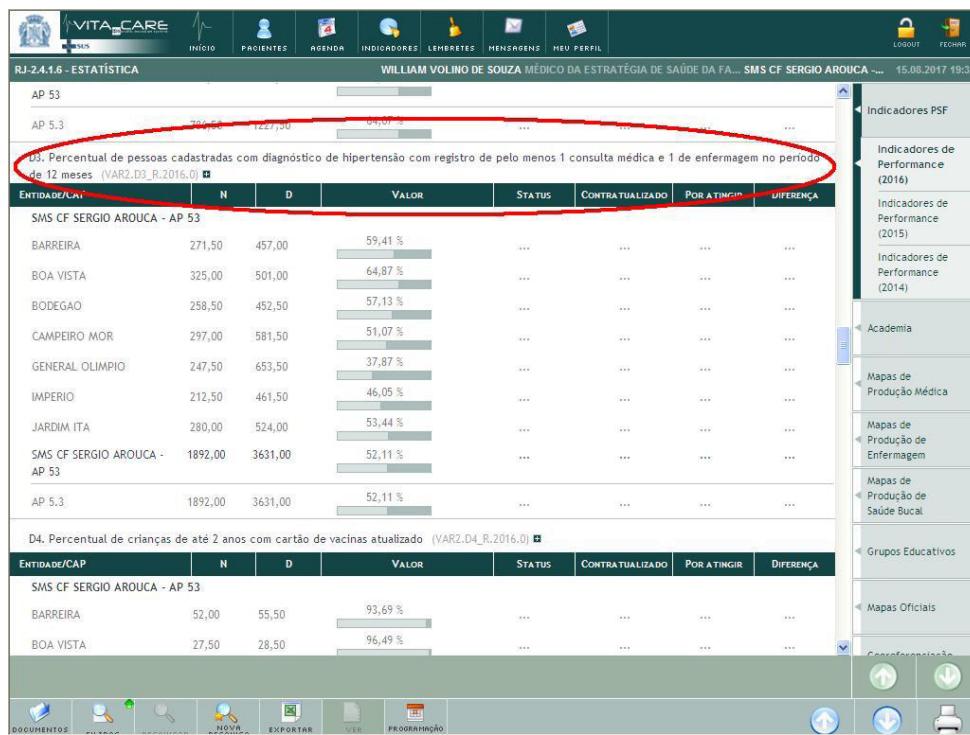


Figura 02 - Imagem da tela do prontuário eletrônico onde o médico pode obter indicadores importantes sobre a qualidade da atenção que está sendo prestada à população. No destaque em vermelho observa-se a quantidade de pacientes com diagnóstico de hipertensão e como esta sendo feito o acompanhamento destes pacientes pelas equipes da Clínica da Família, permitindo que ações para melhorar esta atenção possam ser adotadas.

6 | CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste trabalho permitem concluir que de fato a incorporação da tecnologia da informação na área de saúde vem ocorrendo de forma bastante significativa e tem levando a profundas transformações na maneira de conduzir, acompanhar, avaliar, gerenciar e direcionar as políticas de atenção à saúde, uma vez que os sistemas de informação em saúde se tornam cada vez mais ricos de informações úteis e de fácil acesso.

Além disso, pode-se concluir que o prontuário eletrônico do paciente é um exemplo bem sucedido desta incorporação das tecnologias da informação à saúde, apresentando uma quantidade de vantagens que podem, diante de uma boa condução do processo de implantação e regulação, superar as suas desvantagens, nos mais diferentes cenários de prestação de serviços de saúde.

Conclui-se ainda que na Estratégia Saúde da Família, onde o cuidado à saúde é essencialmente multiprofissional e dependente de um bom sistema de informação entre os diferentes profissionais que prestam este cuidado, os prontuários eletrônicos do paciente contribuem para sua eficiência, como se pode observar no exemplo do Município do Rio de Janeiro, que adotou o prontuário eletrônico do paciente nas Clínicas da Família que integram a sua rede de unidades da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, 2010. 48p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação I Rio de Janeiro**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.
- CAVALCANTE, R.B., KERR-PINHEIRO, M.M. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 106-119, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM N° 1821 de 23 de novembro de 2007. Brasil 2007. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm Acesso em: 13 ago. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1.401, de 10 de julho de 2002. **Prontuário eletrônico**. Brasília, 10 jun. 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm Acesso em 13 ago. 2017.
- COSTA, J.S.; LIMA, J.T.G.P.; MAIA, A.B.G.R.; LUCA, M.M.M. Prontuário eletrônico do paciente como ferramenta de gestão de consultórios médicos. **XIV SemeAD – Seminários de Administração**, 2011. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/14semead/resultado/trabalhosPDF/558.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.
- DEMARCHI, T.M.; ANGELO, M.L.B.; LIMA, E.C.; CURY, R.F.; CORDEIRO, M.A.M.; AMARO, I.A. Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional. **Revista de Administração em Saúde**, v. 14, n. 54, p. 51-56, 2012.
- FARIAS, J. S.; GUIMARÃES, T.A.; VARGAS, E.R.; ALBUQUERQUE, P.H.M. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1303-1326, 2011.
- GONÇALVES, J.P.P.; BATISTA, L.R.; CARVALHO, L.M.; OLIVEIRA, M.P.; MOREIRA, K.S.; MAÍSA LEITE, M.T.S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate • Rio de Janeiro**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013
- JENAL, S. ÉVORA, Y.D.M.. Revisão de literatura: Implantação de Prontuário Eletrônico do Paciente. **Journal Health Information**, v. 4, n. 4, p. 176-81, 2012.
- JESUS, R.L.. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.
- LIMA, A.C.; SARTORIO, N. A.; MORALES, D. A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, 2009.
- MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal Health Information**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.
- MARTINS, C.; LIMA, S.M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 63, p. 61-66, 2014.

MORETI, B.O.; RONDINA, A.M.F. RONDINA, J.M. A experiência de implantação e utilização do prontuário eletrônico do paciente. **Iniciação - Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística**, v. 5, n. 4, p. 24-32, 2015.

OLIVEIRA, L.A.F.; CUNHA, F.J.A.P. A importância das comissões de avaliação de documentos e de revisão de prontuários em organizações de saúde: um estudo em hospitais. **Informação Arquivística**, v. 3, n. 2, p. 121-128, 2014.

OTICS – OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIA EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE. 2017. ‘Prontuário eletrônico’ nas Clínicas da Família agilizam atendimento a pacientes no Rio. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/subpav/atencao-primaria/2018prontuario-eletronico2019-nas-clinicas-da-familia-agilizam-atendimento-a-pacientes-no-rio>. Acesso em: 13 ago. 2017.

PATRÍCIO, C.M.; MAIA, M.M.; MACHIAVELLI, J.L.; MAGDALA DE ARAÚJO NAVAES, M.A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica (Porto Alegre)**, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PINOCHET, L.H.C. Tendências de Tecnologia da Informação na Gestão da Saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 382-394, 2011.

POLI, A.G.; KLUG, D. 2012. **As compreensões que o prontuário eletrônico do paciente assume no coletivo de uma unidade básica de saúde**. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource-pt/sus-25425>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SANTOS, N.M.; FREIXO, A.L. 2011. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários. III SBA – Simpósio Baiano de Arquivologia – Salvador – Bahia. Disponível em: <http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SECRETARIA MUNIPAL DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO. 2017. Saúde Presente: a plano que está mudando a cara da saúde do Rio. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>. Acesso em: 13 ago. 2017.

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM PESSOAS COM HANSENÍASE

Manoel Borges da Silva Júnior

Enfermeiro. Universidade Federal do Piauí-UFPI,
Floriano-PI, Brasil

Giovanna de Oliveira Libório Dourado

Mestre em Enfermagem-UFPI. Professora da
Universidade Federal do Piauí-UFPI, *Campus*
Amílcar Ferreira Sobral-CAFS, Floriano-PI, Brasil

Maurilo de Sousa Franco

Acadêmico de enfermagem. Universidade Federal
do Piauí-UFPI, *Campus* Senador Helvídio Nunes
de Barros-CSHNB, Picos-PI, Brasil

Francimara Sousa Marques

Acadêmico de enfermagem da Universidade
Federal do Piauí-UFPI, *Campus* Amílcar Ferreira
Sobral-CAFS, Floriano-PI, Brasil

Lidya Tolstenko Nogueira

Doutora em Enfermagem-EEAN/UFRJ. Professora
Associada da Universidade Federal do Piauí -
UFPI, Teresina, PI, Brasil

RESUMO: Foi realizado estudo epidemiológico transversal com pessoas com hanseníase notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período entre 2001 a 2014 residentes no estado do Piauí para investigar o perfil socioeconômico e demográfico e consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com hanseníase. Foi identificado prevalência dos sexo feminino, faixa etária de 57 a 66 anos, pardos, casados, 1º até o 5º ano incompleto, que não trabalhavam, com

renda entre 1 e 2 salários mínimos, que nunca consumiram bebidas alcoólicas e com baixo risco relacionado ao Audit.

PALAVRAS-CHAVES: Bebidas Alcoólicas;
Hanseníase; Saúde Pública

ABSTRACT: A cross-sectional epidemiological study was conducted with people with leprosy reported in the SINAN (National Institute of Public Health Information System) from 2001 to 2014 in the state of Piauí to investigate the socioeconomic and demographic profile and consumption of alcoholic beverages in people with leprosy. It was identified a prevalence of women, 57 to 66 years old, brown, married, 1 to 5 years old, who did not work, with income between 1 and 2 minimum wages, who never consumed alcoholic drinks and with low risk related to Audit.

KEYWORDS: Alcoholic beverages; Leprosy;
Public health

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente o padrão do consumo do álcool vem crescendo em número alarmante, principalmente entre os jovens, sendo inseridas nas mais variadas ocasiões através de uma ampla aceitação social e legal, sendo bastante valorizada em algumas situações (MATOS

et al., 2010). De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o panorama atual sobre o consumo de álcool é bastante preocupante, pois a tendência é a iniciação cada vez mais precoce e de forma abusiva, e assim comprehende em várias transformações e descobertas que afeta aspectos físicos, hormonais, cognitivos e emocionais, prejudicando na busca incessante da sua identidade (NEVES et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2 bilhões de pessoas no mundo consomem álcool e 76,6 milhões possuem diagnóstico de dependência ao consumo do álcool, onde o mesmo é responsável por 1,8 milhões de mortes anualmente, sendo 3,2% da mortalidade total e 4% dos anos potenciais de vidas perdidas. Um terço dessas mortes é atribuído aos acidentes e causas não intencionais e destas 5% das mortes estão entre pessoas de 15 a 29 anos (PINHEIRO et al., 2014).

O dependente de bebidas alcoólicas geralmente se inicia por vezes em favorecimento de estilos de vidas considerado pouco saudável, onde pode haver uma reabilitação, onde irá atender às necessidades de cada um no acompanhamento contínuo incluindo uma abordagem adequada de modo a prevenir recaídas (FERREIRA, 2013). Incluindo avaliação diagnóstica com cuidados de psicólogos e serviços sociais com o objetivo de deter o progresso ou doenças clínicas permitindo uma aprendizagem acerca da doença, facilitando o processo de mudança do paciente (LOPES et al., 2011).

O impacto da dependência do álcool sobre a vida da população representa um problema de saúde pública relacionada às aspectos individuais e ambientais, portanto essas políticas devem desencorajar o consumo excessivo e prevenir danos como crimes, agressões, desordem pública, atividades sexuais indesejadas, Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST's) entre outras (MANGUEIRA et al., 2015; PEREZ; VALLEJO, 2014). Em decorrência disso, associado há uma alteração interferindo no diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambas como a hanseníase, onde o álcool é um fator para causas de tratamento não seguir um curso positivo, além de estigma da doença, medo e rejeições por parte da sociedade (LUNA et al., 2010).

A hanseníase, é causada pelo agente etiológico, o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), é uma doença infecciosa crônica que afeta primariamente pele e o sistema nervoso periférico (AZEVEDO et al., 2017). É transmitida por via aérea de indivíduos multibacilares e devido ao longo período de incubação (4-5 anos), é mais comum em adultos (BRASIL, 2018). A hanseníase é relacionada há condições desfavoráveis de vida socioeconômica, como baixa renda familiar, condições precárias de habitação, falta de condições básicas de saúde, alimentação deficiente, baixa escolaridade, como também, o crescimento desordenado e o isolamento geográfico, o que provoca um diagnóstico tardio dificultando no tratamento (WHO, 2016).

O diagnóstico precoce é a melhor forma de evitar complicações causadas pela hanseníase, porém existe diagnóstico tarde, seja pela falta de informação sobre os sinais e sintomas, dificuldades ao serviço de saúde, profissionais poucos

capacitados para diagnosticar a doença, e isso influencia um diagnóstico tardio, e por vir, o consumo de bebidas alcoólicas interfere no processo terapêutico, dificultando o cuidado ao na prevenção de deformações e incapacidades físicas ao paciente hanseniano (ARANTES et al., 2010).

Procurando respostas para esse questionamento, recortou-se como objetivo do estudo: Investigar o perfil socioeconômico e demográfico e consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com hanseníase.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com pessoas com hanseníase notificadas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) no período entre 2001 a 2014 residentes no estado do Piauí, em que o município se classifica como hiperendêmico. Os clusters representam áreas geográfica em que existe maior risco de pessoas adoecerem (TANAKA et al., 2015).

O estudo foi desenvolvido no município de Floriano/Piauí, onde a endemicidade se classifica como Cluster 1 para Hanseníase. Os clusters representam áreas geográficas onde se concentra maior risco da doença. A identificação permite compreender as abordagens de avaliação do processo de saúde adoecimento na perspectiva de aproximação de orientar ações específica (TANAKA et al., 2015; PACHOAL et al., 2013).

Os sujeitos da pesquisa são pessoas que residem no município de Floriano-PI e que são diagnosticadas com hanseníase e notificadas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) no período entre 2001 a 2014. A coleta de dados está vinculada ao projeto macro, e as atividades são desenvolvidas com apoio de pesquisadores, profissionais e discentes participantes do Integrähans-Piauí.

O questionário Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) possui 10 questões: 3 relacionadas ao consumo de álcool, 4 sobre dependência e 3 sobre as consequências do consumo no último ano. Os escores vão de 0 a 40 e resultados iguais ou superiores a 8 são indicativos de consumo nocivo de álcool. Esse instrumento ao abordar o padrão de consumo e suas consequências nos últimos 12 meses, onde permitem medir o consumo, sintomas de dependência e consequências pessoais e sociais do beber (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Os instrumentos foram ordenados de acordo com a ordem da coleta. Onde será utilizada técnica de digitação dupla no software Epi Info TM, versão 7.1.3 do Center for Disease Control and Prevention-CDC, com posterior exportação para o Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.0 com posterior checagem e limpeza do banco de dados.

O estudo teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano e do Estado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPI (CAAE: 46169715.2.0000.5214). O estudo segue os princípios éticos conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo possibilitou reunir informações que revelam o perfil sociodemográficos e econômico e colocam em evidência a prevalência e padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre população estudada. Os resultados estão expostos em tabelas e gráficos.

Variáveis	Min-Max	Média	Moda	DP*	Frequência absoluta	%
Sexo					34	60,71%
Feminino					22	39,29%
Masculino						
Faixa etária (anos)	17-87	55,35	66	17,92		
17 a 26					5	8,93
27 a 36					4	7,14
37 a 46					8	14,29
47 a 56					8	14,29
57 a 66					14	25,00
67 a 76					12	21,44
77 a 86					4	7,14
87 a 96					1	1,79
Raça						
Pardo					32	57,14
Negro					17	30,36
Branco					1	1,79
Amarelo					2	2,57
Moreno					2	2,57
Outra					1	1,79
Não sabe					1	1,79
Estado conjugal						
Solteiro (a)/Nunca foi casado					13	23,21
Separado(a)/Divorciado(a)/					25	44,64
Viúvo(a)					18	32,14
Escolaridade						
Analfabeto					8	14,29
Até o 5º ano incompleto					24	42,86
5º ano completo					3	5,36
6º ao 9º ano incompleto					4	7,14
Fundamental completo (9ºano completo)					2	3,57
Médio incompleto					6	10,71

Médio completo	6	10,71
Superior completo	3	5,36
Contexto de trabalho atual		
Não trabalha	12	21,43
Trabalha formal	10	17,86
Ativo/Aposentado/Benefício	3	5,36
Inativo/Aposentado/Benefício	9	16,07
Dona de casa	7	12,50
Trabalho informal	10	17,86
Outra	3	5,36
Não sabe/Não quer responder	2	3,56
Renda individual**	80,00- 3.300,00	885,82
Sem renda	3	5,26
Menos de 1 salário mínimo	19	33,33
Entre 1 e 2 salários	25	43,86
Entre 2 e 3 salários	1	1,75
3 salários ou mais	1	1,75
Não sabe/Não quer responder	8	14,04

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra de estudo em pessoas com Hanseníase entre 2001 a 2014 em Floriano-PI. Floriano (PI). 2016. (n=56)

Fonte: pesquisa direta

*Desvio padrão

**Salário mínimo vigente de 788,00 reais.

***Agrupamento de 17 indivíduos que identificaram outras cidades.

Observando a tabela 1, percebemos que da amostra estudada (56 pessoas), houve predomínio do sexo feminino 34 (60,71%) e 22 (39,29%) eram masculino. A faixa etária de maior prevalência é composta por pessoas com idade entre 57 a 66 anos correspondendo a 14 pessoas (25,00%).

Enquanto Miranzi (2010), estudo realizado com 455 pessoas com hanseníase na cidade Uberaba em Minas Gerais, que encontrou maior prevalência entre os homens (55,4%) e uma faixa etária mínima dos sujeitos participantes foi de 17 anos enquanto a máxima foi de 87 anos.

Ao referir-se a variável cor da pele /etnia, apresentou: 1 (1,79%) auto declararam ser brancos, 17 (30,36%) negros, 32 (57,14%) pardos, 2 (3,57%) amarelos, 1 (1,79%) outra, 1 (1,79%) não souberam informar. Confirmando o que Brito (2014) em seu estudo realizado no Estado da Paraíba com uma população de 761 pessoas em que a cor parda é a mais auto declarada em pessoas acometida pela patologia que totaliza 57% e em seguida a cor negra apresenta segunda maior relevância de 27% pessoas

notificadas no banco do SINAN nos anos de 2010 e 2011.

Considerando-se a relação da situação conjugal, 13 (23,21%) afirmaram ser solteiro (a) ou nunca ter casado, 25 (44,64%) informaram que são casado (a) /unido (a) e 18 (32,14%) referiram se Separado (a) / Divorciado (a) / Viúvo(a).

Essa relação a escolaridade, apresentou (14,29%) declaram-se analfabetos, 24 (42,86%) estudaram entre o 1º até o 5º ano, 3 (5,36%) possuem o 5º ano completo, 4 (7,14%) estudaram do 6º ao 9º ano incompleto, 2 (3,57%) possuem o ensino fundamental completo, 6 (10,71%) possuem o ensino médio incompleto, 6 (10,71%) possuem o ensino médio incompleto, 3 (5,36%) com ensino superior completo.

Com referência a escolaridade, os nossos dados corroboram com estudo de Souza et al., (2018), onde o seu estudo de série temporal com dados do Sinan de no estado da Bahia entre 2001 a 2014 diz está relacionada com o nível socioeconômico da população, que 34,8% da população acometida pela hanseníase é analfabeta ou semianalfabeta, confirmado o nosso estudo.

Sobre a situação profissional dos participantes, 12 (21,43%) afirmaram não trabalhar, 10 (17,86%) trabalham formalmente, 3 (5,36%) ativo/aposentado/benefício, 9 (16,07%) inativo/aposentado/benefício, 7 (12,50%) dona de casa, 10 (17,86%) possuem trabalho informal, 3 (5,36%) outros, 2 (3,57%) não sabe/não quiseram responder. A amostra estudada revelou que a hanseníase acometeu pessoas com menos instrução educacional, ocasionando assim o desfavorecimento pela falta de informações.

Em relação a renda familiar, a mínima foi de R\$ 80,00 reais e a máxima de R\$ 3,300 com média de R\$ 885,82. 3 (5,26%) afirmaram não possuir renda, 19 (31,33%) recebem menos de 1 salário mínimo, 25 (43,86%) recebem entre 1 e 2 21 salários mínimos, 1 (1,75%) recebem entre 2 e 3 salários mínimos, 1 (1,75%) recebem entre 3 salários mínimos ou mais, 8 (14,04%) não sabe/não quiseram responder.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, identificou-se a prevalência do consumo, bem como aqueles que nunca beberam e os que deixaram de ingerir bebidas alcoólicas, conforme mostra gráfico abaixo:

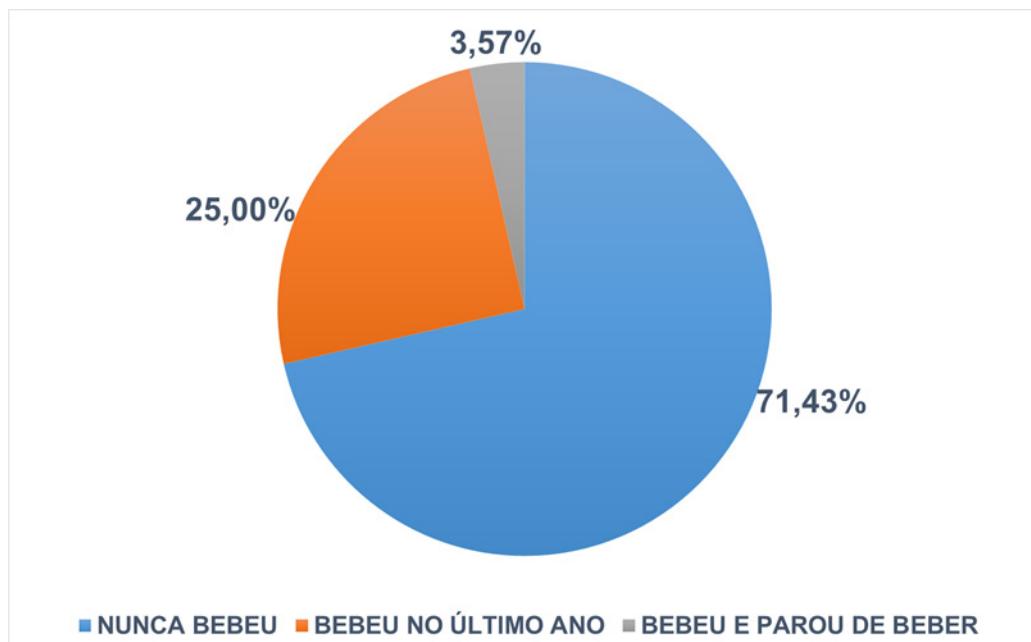


Gráfico 1 – Consumo de Bebidas Alcoólicas em pessoas com Hanseníase entre 2001 a 2014 em Floriano-PI, Floriano (PI), 2016 (n=56).

Fonte: Elaboração do próprio autor

O gráfico 1 destaca que das 56 pessoas abordadas e avaliadas com hanseníase no período de 2001 a 2014 em relação ao consumo de álcool, 40 (71,43%) pessoas informaram nunca ter consumido álcool na vida. Chama atenção que, dentre os sujeitos 14 (25%) consumiram bebidas alcoólicas no último ano. E dos quais 2 (3,57%) pessoas informaram ter bebido, mas que haviam parado de beber. Essa problemática merece atenção visto que o uso do álcool causa prejuízos aos indivíduos em tratamento e a sociedade, sendo colocada em questão para a saúde pública.

Os resultados aqui apresentados mostrou que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas entre os portadores da hanseníase é baixa, contribuindo na prevenção de complicações de incapacidades decorrente do consumo de álcool.

Estudos realizado em Duque de Caxias no Rio de Janeiro com cerca de 70 pacientes em tratamento poliquimioterápico, mostram a relação de portadores de hanseníase e o consumo de bebidas alcoólicas, onde destaca o quanto pode ser maléfico no controle de prevenção de danos maiores, como as incapacidades referente ao consumo do álcool, pois juntam-se doenças altamente estigmatizadas, colocando o indivíduo duplamente sem possibilidades de escolhas, buscando alternativas para minimizar o estresse do estigma da doença, facilitando o consumo de bebidas alcoólicas (ROCHA, 2010).

No entanto, durante a fase de incubação da doença, entre a infecção e manifestações clínicas, poderá permanecer no corpo há um processo subclínica e cronicamente numa fase que predispõe a danos aos nervos a vir causar deformidades subsequentes. Daí a importância de um diagnóstico precoce, que seria na fase inicial da doença quando apresenta no estado subclínica, afim de trata-lo correto e rapidamente e evitar deformidades (CHADUVULA, 2016).

A prevalência do uso do álcool, mostra que o padrão de consumo ainda é alto com relação a pacientes portadores de hanseníase, mas está abaixo da média nacional. Segundo Rocha, (2010), realizado no Rio de Janeiro, utilizando o instrumento AUDIT, mostrou um percentual de 39% da média de pacientes com hanseníase que faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas, perfazendo assim dificuldades no domínio do controle da população, necessitando assim fazer controle daqueles que já bebem.

Desta forma, é imprescindível a realização de ações educativas contínuas envolvendo paciente-família-comunidade, buscando a troca de experiências, promoção da saúde e de mudanças no comportamento relacionado ao seguimento do tratamento, fazendo entender a melhora do auto estima e da qualidade de vida, além de ser uma forma de prevenir danos e promover o controle da doença (SANTOS et al., 2014).

As autoridades de saúde, tem papel importante de fazer com seu dever de orientar quanto aos riscos que o álcool causa a curto e longo prazo em pacientes com hanseníase, evitar a redução de danos ao nosso corpo.

Para isso, as equipes de saúde têm papel fundamental para afim de evitar que tal consequência grave venha acontecer a esses pacientes portadores de hanseníase, onde a educação em saúde é a principal arma no combate a diminuição a erradicação da doença, através de visitas recorrentes na comunidade, palestras, oficinas de apoio aos que já tem a doença e aos que não conhecem a doença, informativos sobre sinais e sintomas, diminuindo assim a prevalência da hanseníase.

Diante dos resultados apresentados, mostra a necessidade de estratégias de intervenção através de informações transmitidas à população, pois ao se tratar de doenças que possui um alto percentual de incidência mundialmente e que apresenta um longo período de incubação da hanseníase, onde as equipes multiprofissionais devem realizar um trabalho eficazmente a população dos portadores de hanseníase e aos que abusam de bebidas alcoólicas.

Com relação ao padrão de consumo, o gráfico 2 apresenta a classificação dos sujeitos do estudo com relação ao padrão de consumo, sendo classificados em: Baixo risco, risco, uso nocivo ou alto risco e provável dependência.

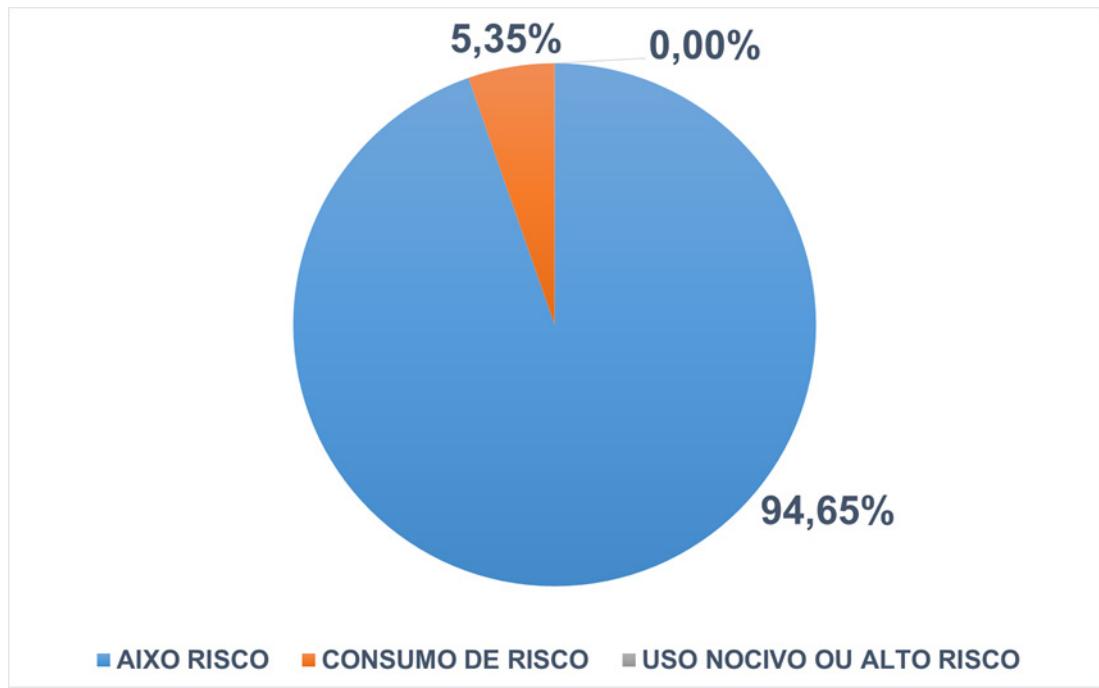


Gráfico 2 – ESCORE AUDIT: Relação dos pacientes que consumiram álcool quando estavam em tratamento da Hanseníase no período de 2001 a 2014 em Floriano-PI, Floriano-PI, 2016 (n=56).

Fonte: Elaboração do próprio autor

Em relação a pontuação do AUDIT, o gráfico 2 destaca que das 56 pessoas abordadas e avaliadas que fizeram tratamento da hanseníase no período de 2001 a 2014 em relação ao risco do consumo de álcool, 53 (94,65%) pessoas foram classificada como baixo risco, pois não apresentou risco significativo que comprometesse o tratamento e 3 (5,35%) foi classificado como consumo de risco, pois apresentou uma frequência maior que pode interferir no tratamento e contribuir para incapacidades e piora da qualidade de vida do paciente.

Estudo realizado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), (2010) com 7 pessoas mostrou que uma 1 pessoa apresentou consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco, 2 com uso de risco do álcool, 1 pessoa com provável dependência e 3 pessoas com alto índice de dependência do uso de bebidas alcoólicas (ROCHA, 2010). Mediante esses resultados, vê-se a dificuldade em evidenciar a problemática que acerca de uma doença de fácil tratamento, mas que ainda é negligenciada pela população e com uma quantidade positiva para uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os pacientes com hanseníase, dificultando assim o processo eficaz da poliquimioterapia. Devido a isso, necessita maior integração dos profissionais com usuário, conhecer sua história social e familiar para adesão ao tratamento.

Um estudo sobre o Consumo de bebidas Alcóolicas no Brasil, realizado pelo Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), (2007), mostrou que 20% da população brasileira consumiam bebidas alcoólicas de forma abusiva. E nesse mesmo estudo, a Organização Mundial da Saúde, aponta que em 2004 eram cerca de 2 bilhões de usuários de álcool em todo o mundo e nesse mesmo estudo, apontou 52% dos

brasileiros acima de 18 anos consomem bebidas alcoólicas, entre esse grupo estão 60% dos homens e 33% das mulheres, estão classificados em consumo de risco, segundo padrões internacionais.

Outro estudo sobre o Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas (LENAD), (2012), mostrou que houve um decréscimo de 2% no consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira comparado ao mesmo estudo realizado em 2006, onde em 2006 era 50% da população que consumia bebidas alcoólicas e em 2012 passou para 48%. Observa-se o mesmo padrão, porém uma proporção ainda não significativamente favorável, apesar de campanhas voltadas para os perigos relacionados ao consumo abusivo de álcool.

Diante dessa problemática apresentada, o uso de bebidas alcoólicas, entre os portadores de hanseníase mostram um problema ainda maior, pois o consumo de álcool com tratamento da hanseníase interfere diretamente na não eficácia do tratamento, contribuindo para causas de incapacidades. No estudo aqui mostrado, foram identificados uma parcela pequena de apenas 3,35% comparada ao consumo abusivo e a dependência do álcool entre os portadores de hanseníase nacional, que caracteriza uma média de 39%.

À frente de tal situação de dependência do álcool entre os portadores de hanseníase, foram detectados problemas que podem implicar em prejuízos no processo de adesão ao tratamento e levar a morbidades. Portanto a importância da assistência de forma integrada, equipe multiprofissional e holística afim que o atendimento seja mais abrangente e conclusivo possível em relação a este problema.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou parte de uma pesquisa de campo, advinda de um problema de saúde pública entre pessoas com hanseníase no período de 2001 a 2014 de todos os casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Floriano-PI.

Portanto, as pessoas que participaram do estudo apresentou um perfil sociodemográfico e econômico com variedade correspondente à faixa etária de maior prevalência entre 57 a 66 anos (25,00%), do sexo feminino (60,71%), casado/unido (44,64%), com renda pessoal entre um a dois salários mínimos (43,86%), escolaridade até o 5º ano incompleto (42,86%), e que a hanseníase relaciona-se a condições precárias de vida, com maior prevalência em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimentos com doença negligenciada. Dessa forma, pensar em políticas públicas para melhorias das condições de vida da população.

Neste estudo, a prevalência do consumo de bebidas alcóolicas auto referido foi por 25% e os que consumiram e parou de beber foi relatado por 3,57% da amostra. De acordo com o escore do Audit, 94,65% foram classificados como baixo risco pois não apresentou risco significativo que comprometesse sua saúde e 5,35% foi classificado

como consumo de risco, pois apresentou uma frequência maior que pode interferir no tratamento e/ou no pós alta da poliquimioterapia e contribuir para incapacidades e piora da qualidade de vida do paciente.

O consumo de bebidas alcóolicas é preocupante, pois pode provocar danos à saúde, tais como, acidentes graves, homicídios, suicídios, comportamentos violentos, alterações de memória, alucinações, danos fisiológicos e cognitivos, entre outros. E relacionado com a hanseníase, dificulta o tratamento do paciente, portanto a necessidade de uma assistência de forma integrada com uma equipe multiprofissional e de forma holística afim que o atendimento seja mais abrangente e que possa dar mais confiança ao paciente continuar no tratamento.

Dessa maneira, sugere-se a necessidade de discussões, treinamentos e capacitações dos profissionais envolvidos nos cuidados de pacientes que faz uso nocivo de bebidas alcóolicas, pois há uma fragilidade dos conhecimentos teórico- 27 prático fornecidos aos profissionais em sua formação, como também o desenvolvimento de novas pesquisas para o melhoria da qualidade da assistência voltadas aos pacientes alcoolistas. Como também a importância de inserção de profissionais de saúde no contexto familiar, com articulação de conhecimentos científicos com o cuidado humanizado.

Por fim, é necessário desenvolvimento de ações voltadas na promoção da saúde, como campanhas, palestras, oficinas, visitas domiciliares, educação em saúde visando a redução de danos e à prevenção do uso do álcool, principalmente afim de desviar-se do consumo. Ao conseguir repassar isso para a sociedade, estará reduzindo problemas econômicos, de saúde e principalmente incapacidades causadas pelo álcool.

REFERÊNCIAS

- SOUZA, E. A. et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Rev Saude Publica**. v. 52, n. 20, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000335.pdf>.
- ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n. 19, v.2, p.155-164, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>.
- AZEVEDO, K. M. F. A. et al. Tendência de indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico. **Rev Rene**. v. 18, n. 6, p. 771-8, 2017. Disponível em: <periodicos.ufc.br/rene/article/download/31088/71679>.
- BOLETIM DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SOBRE HANSENÍASE. **Boletim Epidemiológico em saúde no município de Floriano/PI**: Hanseníase, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324067892_Boletim_de_vigilancia_em_saude_no_municipio_de_FlorianoPI_hansenise_2016_-_IntegraHans>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Hanseníase. Brasília, v 49, n. 4. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hansenise-publicacao.pdf>>.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev enferm UFPE on line**, n.8, v.8, p.2686-93, 2014. Disponível em: <Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro>.

CHADUVULA, M. V. et al. High-Resolution Sonography as an Additional Diagnostic and Prognostic Tool to Monitor Disease Activity in Leprosy: A Two Year Prospective Study. **Ultraschall Med**, 2016. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27273176>>.

FERREIRA, S.; MOUTINHA, L. Os Novos Caminhos da Reabilitação Alcoólica: Uma Proposta de Intervenção. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, n.4, v.1, 2013. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/89>>.

GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas-II LENAD, 2012. Disponível em: <<https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.

LOPES, A. P. A. T. et al. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estudos de Psicologia**. v. 20, n. 1, p. 22-30, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0022.pdf>>.

LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev Bras Enferm**, n.63, v.6, p.983-90, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600018>.

MANGUEIRA, S. O. et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrativa da literatura. **Psicol. Soc.** N.27, v.1, p.157-168, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000100157&script=sci_abstract&tlang=pt>.

MATOS, A. M. et al. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**, n.13, v.2, p.1-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200012>.

MIRANZI, S. S. C. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. n.43, v.1, p.62-67, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1>>.

NEVES, K. C. et al. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Esc Anna Nery**, v.19, v.2, p.286-29, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0286.pdf>>.

PASCHOAL J. A. A. et. al. Identification of Urban Leprosy Clusters. **Scientific World Journal**. 2013; 2013: 219143. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/219143/>>.

PEREZ, G. A. C.; VALLEJO, G. A. C. Problemas associados ao consumo de álcool em estudantes universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n.22, v.5, p.739-46, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf>.

PINHEIRO, M. G. C. et al. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. **Rev Min Enferm**, n.18, v.4, p.895-900, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/971>>.

ROCHA, T. M. S. **Intervenções breves para adesão ao tratamento dos portadores de hanseníase que fazem uso abusivo de bebida alcoólica**. Universidade Federal do Rio De Janeiro-UFRJ, 2010. Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_TelmaMariaDaSilvaRocha.pdf>.

SANTOS, M. D. M. **Incidência de hanseníase no Brasil**. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. 2014. Disponível em:<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hansenise-publicacao.pdf>>.

SOUZA, L. H. R. F; SANTOS, M. C; OLIVEIRA, C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700002>.

TANAKA, O. Y. et al. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. **Saúde Soc.** n.1, v.24, p.34-45, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100034&script=sci_abstract&tlang=es>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia global para hanseníase** (2016-2020). Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. New Delhi, India, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int>>.

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA-GO

Ana Paula Felix Arantes

Secretaria Municipal de Saúde

Rio Verde – GO

Dionilson Mendes Gomes Pinheiro

Fundação Educacional de Goiás

Goiânia - GO

RESUMO: Este estudo transversal teve como objetivo verificar as características da assistência pré-natal prestada às puérperas internadas em uma maternidade pública de Goiânia – GO, além de traçar um perfil epidemiológico das mesmas e ainda, analisar o preenchimento do cartão da gestante nas unidades básicas de saúde. A análise dos dados foi descritiva com média, desvio padrão, frequências e porcentagens. Em seguida foi realizado o teste *t de student* para grupos pareados além do teste de correlação de *Spearman* verificando o coeficiente de correlação e o valor de p entre o grau de escolaridade com o número de gestações e o número de consultas pré-natais, com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). O estudo não encontrou correlação estatisticamente significante entre as variáveis Grau de escolaridade com o Número de gestações nem com o numero de consultas de Pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da assistência à saúde. Pré-natal. Auditoria médica.

ABSTRACT: This cross-sectional study aimed to verify the characteristics of the prenatal care provided to puerperal women hospitalized in a public maternity hospital in Goiânia, GO, as well as to draw up an epidemiological profile of them, and to analyze the completion of the pregnant woman's card in the basic health units . The data analysis was descriptive with mean, standard deviation, frequencies and percentages. Student's t test was then performed for paired groups in addition to the Spearman correlation test by checking the correlation coefficient and the p-value between the level of schooling and the number of pregnancies and the number of prenatal consultations, with a level of statistical significance of 5% ($p < 0.05$). The study did not find statistically significant correlation between the variables Degree of schooling with the number of pregnancies nor with the number of prenatal consultations.

KEYWORDS: Quality of health care. Prenatal. Medical audit.

INTRODUÇÃO

O inicio das políticas públicas para a assistência pré-natal no Brasil iniciou-se no século XIX através de consultas sem sistematização clínica, quadro que se manteve até o fim da década de 70, com a criação do

Programa de Saúde Materno-Infantil (ZAGO, 2008).

Este programa se destinava à prevenção da gestação de alto risco, mas foi inviabilizado por suas estratégias inadequadas, fazendo com que os movimentos femininos se articulassem então aos grupos que buscavam a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (MOURA et al., 2002).

Dentro deste modelo o Ministério da Saúde elaborou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual ampliou o elenco de ações de saúde destinadas a parcela feminina da população, destacando-se a atenção pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

A avaliação da assistência pré-natal através de indicadores disponíveis no final da década de 90 expôs as dificuldades de implantação das ações propostas. Visando enfrentar esses problemas o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, 2001) que ampliou a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica e estabelece a estes a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal.

Em junho de 2000, o MS institui através da Portaria/GM número 569 de 1º de junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tinha por objetivos concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, dentre outros.

Atualmente conceitua-se pré-natal como todas as medidas dispensadas às gestantes visando manter a integridade física do conceito sem afetar as condições físicas e psíquicas da mãe e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito (CARDOSO et al., 2007).

As estratégias de atenção de saúde pré-natal reforçam a participação efetiva da mulher, a aquisição de novos conhecimentos e ampliação de sua percepção corporal para sua capacidade de gestar, parir, e maternar. As modificações corporais decorrentes do desenvolvimento da criança promovem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores que relacionam a si própria, a criança e a família (OLIVEIRA, 2001 apud CARDOSO et al., 2007).

É fundamental que o acompanhamento pré-natal tenha início assim que confirmada a gestação e se prolongue até o momento do parto. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas como a melhora da qualidade da assistência perinatal e a garantia ao acesso do serviços de saúde (COIMBRA, 2003 apud JANDREY, 2005) ao mesmo tempo em que se torna um chamariz para as gestantes, pois é nele que elas encontram a segurança de uma gestação saudável e bem assistida (COSTA e SOUSA, 2002) .

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal de uma comunidade é justificada para o diagnóstico de uma determinada realidade a fim de implementar e direcionar corretas ações de saúde, verificando assim sua efetividade.

Desta forma o presente trabalho visa verificar as características da assistência

pré-natal prestada às puérperas internadas em uma maternidade pública de Goiânia – GO, além de traçar um perfil epidemiológico das mesmas e ainda, analisar o preenchimento do cartão da gestante nas unidades básicas de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consistiu em uma pesquisa de caráter transversal e descritivo, cuja população estudada veio a ser as puérperas internadas na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, unidade de saúde pública estadual, localizada na cidade de Goiânia – GO no mês de maio de 2011, e foi aprovado e autorizado pela comissão científica e diretoria da instituição.

Foi realizada uma análise retrospectiva do Cartão da Gestante, documento anexado ao prontuário médico das mesmas, através de uma ficha elaborada a partir de seus dados, que contemplou os seguintes itens: nome, bairro, cidade, estado, idade, estado civil, grau de alfabetização, antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, peso anterior e atual, imunização, exames clínicos, laboratoriais, radiológicos e odontológicos, número de consultas pré-natais, tabagismo, avaliação puerperal e patologias gestacionais.

A análise dos dados foi efetuada com o uso do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 15.0). Inicialmente realizou-se uma análise descritiva com média, desvio padrão, frequências e porcentagens. Em seguida foi realizado o teste *t de student* para grupos pareados, comparando o número de consultas pré-natais realizadas pelas participantes com o preconizado pelo SUS. Por fim foi realizado o teste de correlação de *Spearman* verificando o coeficiente de correlação e o valor de *p* entre o grau de escolaridade com o número de gestações e o número de consultas pré-natais. Em toda a análise foi adotado o nível de significância estatística de 5% (*p*<0,05).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contou com 61 participantes, das quais a maioria era casada (36,1%), tinha de 20 a 29 anos de idade (54,1%) e grau de escolaridade primário (41,0%). A maioria dos dados sobre os antecedentes familiares para diabetes (55,7%), hipertensão arterial (47,5%), gemelares (59,0%) e outros (70,5%) não foram preenchidos no cartão da gestante.

Em relação aos antecedentes pessoais para infecção urinária, infertilidade, diabetes, hipertensão crônica, cirurgia prévia uterina e outros, observa-se que a maioria deles não foram preenchidos no Cartão da Gestante, porém dentre os dados preenchidos, pode-se perceber que a maior parte das participantes já sofreu infecção urinária (26,2%). As pacientes participantes do estudo tiveram média de 1,9 partos cada uma, sendo que a maior média destes partos foi vaginal (1,85).

No que se refere ao peso corporal, observa-se que a maioria dos cartões das gestantes foram respondidos (85,2% dos dados sobre peso anterior e 88,5% dos dados de peso atual) e todas as pacientes participantes do estudo tiveram ganho de peso durante a gestação, aumentaram em média cerca de 9,94 kg ou 19,5% em relação ao peso anterior.

A maioria das participantes realizou a vacina antitetânica previamente (50,8%), o exame VDRL (67,2%), Pré-Natal (90,2%). Porém grande parte dos dados sobre Hospitalização na Gravidez (95,5%), Transfusão Sanguínea (96,7%), Exame Clínico (88,5%), Exame das Mamas (88,5%), Exame Odontológico (93,4%), Exame da Pélvis (93,4%), Papanicolaou (90,2%), Colposcopia (95,1%), Exame Clínico da Cérvix (96,7%), Tabagismo (75,4%) não foram preenchidos no Cartão da Gestante.

As pacientes participantes realizaram cerca de 6,33 consultas pré-natais em média cada uma. Não houve diferença ou correlação estatisticamente estabelecida entre as variáveis Grau de escolaridade com o Número de gestações nem com o numero de consultas de Pré-natal.

A atenção à mulher na gestação e parto permanece um desafio para a assistência, cuja qualidade representa uma situação crítica, mantendo-a como tema de permanente preocupação e discussão (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004).

O Cartão da Gestante é uma importante ferramenta de referência e contra-referência entre os diversos serviços de saúde nos quais as gestantes fazem o seu acompanhamento pré-natal, uma vez que nele são ou deveriam ser registrados os dados fundamentais das consultas pré-natais e pode ser considerado uma fonte de dados a ser analisada ao se avaliar a assistência pré-natal (ZAGO et al., 2008).

Após minuciosa análise detectou-se que apesar do referido Cartão ser um instrumento de imensurável importância, o mesmo não é utilizado de forma adequada pelos profissionais da saúde envolvidos no processo da assistência pré-natal.

A atenção pré-natal humanizada e qualificada se dá por meio de condutas acolhedoras evitando intervenções desnecessárias. Alguns parâmetros são estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tais como: captação precoce das gestantes; anamnese e exame clínico-obstétrico; exames laboratoriais como por exemplo o VDRL; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino; imunização antitetânica; avaliação do estado nutricional, acompanhamento de peso, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a apud CUNHA, 2008) uma boa assistência pré-natal deve incluir no mínimo seis consultas, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro.

O aperfeiçoamento da assistência obstétrica determinou considerável redução da morbidade e da mortalidade materna e perinatal nas gestantes com diabetes mellitus. Com o aumento da assistência perinatal e neonatal foram eliminadas várias causas que determinavam comprometimento dos indicadores de saúde, o impacto das anomalias congênitas tornou-se mais aparente e têm emergido como o fator que isoladamente mais contribui para a morbidade e mortalidade das crianças de mães

diabéticas, tais como as anomalias cardíacas (BEHLE et al., 1998).

Examinando a relação entre a normoglicemia materna e a evolução fetal e neonatal em gestantes diabéticas, conclui-se que, quando se consegue bom controle metabólico, a morbidade perinatal é comparável à de gestantes normais independente da idade, paridade e gravidez da doença (PEREIRA et al., 1999).

A doença hipertensiva da gravidez constitui-se em uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal por apresentar alto risco de morbidade e mortalidade para o binômio mãe-filho, (OLIVEIRA & PERSINOTO, 2001).

A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil (MELO et al., 2009).

A infecção do trato urinário representa uma das doenças infecciosas mais comuns durante a gestação, com freqüência variando de 5 a 10%. Além da incidência aumentada dessas infecções entre grávidas, é justamente neste período que o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são mais restritas, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto (DUARTE et al., 2002).

A causa mais comum de infertilidade por anovulação é a Síndrome do Ovário Policístico (SOP), podendo, em alguns países, como nos Estados Unidos, representar a principal causa de infertilidade feminina. Atualmente, acredita-se que sua etiopatogenia seja devido a fatores de origem genética desencadeados por fatores ambientais (SANTANA et al., 2008).

Quanto a sífilis, a infecção durante a gestação pode resultar em nesta patologia em sua forma congênita, manifestada através de aborto, morte fetal ou doença sintomática precoce ou tardia. No Brasil a prevalência de sífilis em gestantes foi estimada em 1,6% (variando de 1,3% na região Centro Oeste a 1,9% no Nordeste), e a taxa de transmissão pode ocorrer em 25%, estimando-se em 12000 o número de nascidos vivos com sífilis congênita (SANTOS et al., 2009).

Na gravidez, os títulos dos testes não treponêmicos como o VDRL tendem a aumentar inespecificamente. O achado de testes sorológicos positivos, nas gestantes, gera a expectativa de que ocorram numerosos casos de sífilis congênita, (VAZ et al., 1990).

É tido como certo que a desnutrição materna prejudica o crescimento fetal, em peso e altura, contribui para aumentar as taxas de morbidade e mortalidade perinatais e, se houver suplementação alimentar durante a gravidez, estes efeitos são minimizados. Alguns autores concluíram que fatores nutricionais imediatamente relacionados à gestação ou anteriores a ela têm grande importância na ocorrência de desnutrição intra-uterina (SIQUEIRA et al., 1986).

Ainda de acordo com Siqueira et al, 1986, vários estudos realizados associam o fumo com problemas tais como: diminuição do peso ao nascer, aumento da mortalidade infantil, maiores taxas de aborto espontâneo, prematuridade, morbidade, retardo no

crescimento fetal, pré-eclâmpsia, anomalias placentárias e congênitas, logo mães fumantes são mais suscetíveis de terem gestações de menor duração.

CONCLUSÕES

Uma boa assistência pré-natal pode refletir tanto nas gestantes, uma vez que estas desenvolvem potencialidades que as ajudam a exercer a maternidade com uma maior autonomia, como nos bebês, que se beneficiam por nascerem filhos de uma mãe melhor orientada e consciente.

Os resultados do presente estudo alertaram a necessidade de uma mudança de comportamento daqueles que realizam os registros da assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde municipal de Goiânia – GO. O preenchimento adequado do Cartão da Gestante auxilia no serviço prestado a usuária do sistema de saúde.

Cabe aos profissionais envolvidos no processo se conscientizarem da precisão desta mudança no melhor preenchimento dos instrumentos de aferição da qualidade da assistência pré-natal para que realmente se tenha a condição de verificar-la e serem realizadas assim, ações efetivas para sua melhora.

REFERÊNCIAS

BEHLE, I. et al. Níveis de hemoglobina glicosolada e anomalias cardíacas em fetos de mães com diabetes mellitus. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n.20 v.5, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 569 de 1º de junho de 2000**. Brasília: Diário Oficial da União, 08 de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01** e Portaria MS/GM n.95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, A. M. R. et al. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo. **Diálogos possíveis**, jan-jun, 2007.

COSTA, M. S., SOUSA, T. A. Adesão ao pré-natal: a reprodução de um conceito. Goiânia, GO: UCG, 2002. Originalmente apresentada como trabalho final de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, **Universidade Católica de Goiás**, 2002.

CUNHA, M. A. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal. Ribeirão Preto, SP: EERP - USP, Originalmente apresentada como tese de conclusão de doutorado em Enfermagem, **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, 2008.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.24 n.7, 2002.

JANDREY, C. M. Avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha – RS. Porto Alegre, RS: UFRS, 2005. Originalmente apresentada como um

trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Gestão da Saúde, **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2005.

MELO et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras**, v.55 n.2, 2009.

MOURA, E. R. F. et al. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde no Ceará, Brasil. **Cad Saude Pública**, v.19, n.6, p.1791-1799, 2003.

OLIVEIRA, S.M.J.V., PERSINOTTO, M.O. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, v.35 n.3, 2001.

PEREIRA, B.G. et al. Via de parto e resultados perinatais em gestantes diabéticas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n.21, v.9, 1999.

SANTANA, L.F. et al. Tratamento da infertilidade em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.24 n.7, 2008.

SANTOS, L. A. et al. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.5, 2006.

SANTOS, N.P. et al. Aplicação do protocolo do “Projeto Nascer Maternidades” em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v.9 n.1, jan-mar, 2009.

SERRUYA, S. J. et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o panorama de humanização no pré-natal e nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, v.4, n.3, p.269-279, 2004.

SIQUEIRA, A.A.F. et al. Relação entre estado nutricional da gestante, fumo durante a gravidez, crescimento fetal e no primeiro ano de vida. **Rev Saude Publ**, v.20, 1986.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Gin Obst.** V.24, n.5, 2002.

VAZ, A.J. et al. Sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose e doença de Chagas em gestantes de primeira consulta em centros de área metropolitana, Brasil. **Rev Saude Publ**, n.24, 1990.

ZAGO, F. E. Análise do cartão da gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis, SC: UFSC, 2008. Originalmente apresentada como trabalho final de conclusão de curso de graduação em Medicina, **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2008.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ROTINA DE UM BANCO DE LEITE NO INTERIOR DO CEARÁ

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Joice Fabrício de Souza

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Luciene Gomes de Santana Lima

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Maria Jeanne de Alencar Tavares

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os Bancos de Leite Humano (BLH) têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Visto que fornece apoio às nutrizes e aos recém-nascidos (RN). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem diante da rotina de um Banco de leite humano no interior do Ceará. **MÉTODO:** Relato de experiência acerca da vivência de acadêmicos de enfermagem da Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, durante um estágio extracurricular em um BLH de um hospital materno-infantil localizado em Juazeiro do Norte-CE, no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. **RESULTADOS:** Os estagiários orientaram as nutrizes quanto aos

cuidados necessários durante a ordenha, sobre estratégias para aumento na produção de leite, benefícios da amamentação para o binômio mãe/filho. Os acadêmicos compreenderam a rotina de funcionamento, desde o momento do cadastramento das doadoras de leite, até o processo de pasteurização, realizaram atendimento individual pós-parto, bem como promoção de palestras com vista no encorajamento dessas mulheres para doação e cuidados com o RN. Os BLH têm sido fundamental para orientações após o nascimento e para promoção da amamentação exclusiva. **CONCLUSÃO:** O Banco de Leite Humano garante qualidade de vida as nutrizes e lactentes, assim como é importante a equipe multiprofissional para o incentivo da doação de leite para instituição. A experiência vivenciada foi fundamental para os estagiários, possibilitando a interação com as doadoras como também conhecer o sistema de BLH.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Bancos de leite. Cuidados de enfermagem. Enfermagem Materno-Infantil. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The Human Milk Banks (BLH) have been one of the most important strategic factors of the state policy in favor of breastfeeding during the second decade in Brazil. What is the support to the

mothers and newborns (RN). **PURPOSE:** to report an experience of nursing scholars about the routine of a human milk bank in the interior of Ceará. **METHOD:** Experience report on the experience of nursing academics from Estácio Faculty of Juazeiro do Norte during an extracurricular internship at an HMB at a maternity hospital located in Juazeiro do Norte, CE, from October 2017 to February 2018 **RESULTS:** The trainees were oriented as nursing mothers regarding the care during a process of ordering over milk production, breastfeeding benefits to the mother / child binomial. Doctors understand an operating routine, from the moment of registration of the milk donors, to the pasteurization process, performing individual postpartum care, as well as the nursing assistance to the women to do and care for the newborn. HBs were central to postnatal consultations and promotion of exclusive breastfeeding. **CONCLUSION:** The Human Milk Bank - Quality of Life as Nutritional and Infant, as well as important for the multiprofessional institution to encourage milk donation. The experience was fundamental for the trainees, allowing an interaction with the donors as well as knowing the BLH system.

KEYWORDS: Breastfeeding. Milk banks. Nursing care. Maternal and Child Nursing. Maternal and Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

O Banco de Leite Humano (BLH), é um local de serviços especializados para fornecer maior apoio as parturientes que possuem dificuldade em amamentar ou que não estão produzindo de alguma forma nenhuma quantidade de leite para seu filho, promovendo também um maior conforto para que as puérperas possam amamentar seus filhos da melhor maneira possível assim sublinha MARCHIORI et al. (2017). É dentro deste espaço que diversos profissionais atuam para melhorar a qualidade de vida daqueles que necessitam do serviço, dentre eles se encontram os enfermeiros, que precisam estar atentos aos procedimentos dentro da unidade.

A Rede Brasileira de Banco de Leite Humano é considerada a maior e mais complexa do mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre os 292 bancos de leite humano existentes no mundo, 72,9% deles estão no Brasil (213). Essas unidades beneficiaram, entre 2008 e 2014, 88,5% (cerca de 11 milhões) de todas as mulheres assistidas no mundo e contaram com o apoio de 93,2% das doadoras de leite (1,1 milhão de brasileiras). As mulheres brasileiras foram responsáveis por 89,2% da coleta dos 1,1 milhão de litros de leite doados e beneficiaram 79,1% de todos os recém-nascidos atendidos nesses espaços, tornando o Brasil o país que registra o maior número de doadoras de leite humano do mundo (ROCHA et al., 2016).

Rechia et al. (2016) relata que para os recém-nascidos, o leite materno é o melhor alimento, pois é através dele que a mãe passa para seu filho os nutrientes necessários para o desenvolvimento saudável de seu pueril. Além do mais é através do leite que a criança começa a receber suas primeiras cargas imunológicas. Por isso é de suma

importância o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, passando este período poderá ser introduzido outros tipos de alimentos para complementar a sua dieta, entretanto recomenda-se que continue amamentando até os dois anos de idade.

O aleitamento materno representa a mais sábia estratégia natural de vínculo, proteção e nutrição para a criança e é a forma mais econômica e eficaz de intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Moura et al. (2013) pontua que o papel do enfermeiro dentro do BLH, é primordial já que este deve estar à frente da coordenação e chefia de todas as atividades realizadas. O mesmo deve realizar um planejamento destas atividades, ficando a cargo de organizar, colocar em execução e avaliar a assistência da enfermagem com os pacientes. A capacidade de tomar decisões rápidas garante ao profissional de enfermagem maior agilidade no processo de coleta e distribuição do leite humano que for doado, para assim distribuir dentro dos setores que venha a precisar.

Conceição et al. (2013) e Alves et al. (2013) sublinham que o banco de leite humano possui uma grande demanda de leite para os recém-nascidos, visto que muitas vezes a quantidade de leite que é doada às vezes não dá para suprir toda essa demanda. Cada recém-nascido possui uma especificidade em relação ao leite que necessita, e cabe o enfermeiro junto a sua equipe saber analisar qual o melhor leite para cada criança. Além de receber doações de leite materno, o banco de leite propõe o maior contato entre mãe e filho, orientando a forma correta de aleitar e a importância deste aleitamento tanto para o bebê quanto para a puérpera.

Uma das dificuldades no manejo clínico do prematuro é com relação à dieta, principalmente devido à imaturidade gastrointestinal. O LH (Leite Humano) é mais tolerado pelo prematuro, pois apresenta nutrientes adequados, que estimulam o amadurecimento da defesa e do trofismo do trato gastrointestinal (RECHIA et al., 2016).

Barbosa et al. (2016) relata que as técnicas de amamentação ainda é um dos fatores de maior dificuldade para as puérperas, ocasionando assim o desmame precoce. É possível observar que a técnica sendo efetuada de maneira errônea pode acarretar dificuldade durante a sucção e esvaziamento da mama, podendo deste modo prejudicar a produção do leite. O ingurgitamento mamário, dor nos mamilos, mama fissurada, ou quantidade de leite insuficiente percebida pela mãe acaba gerando insatisfação para continuar amamentando seu filho.

Almeida, Luz e Ued (2015) afirmam que é imprescindível que toda equipe trabalhe em conjunto, melhorando assim suas habilidades individuais e dentro da coletividade, favorecendo uma melhoria para o atendimento junto as pacientes que precisam de ajuda. Faz-se sempre necessário que os funcionários estejam sempre atentos dentro de suas atividades, seja no momento da pasteurização do leite materno ou o contato que a mãe possui com seu filho no momento da amamentação, sendo este momento prazeroso para ambos e fortalecendo os laços materno-infantil.

2 | OBJETIVO

Exprimir as experiências e as atividades realizadas dentro de um Banco de Leite Humano (BLH) de um hospital materno-infantil da cidade de Juazeiro do Norte-CE.

Analisando como está sendo realizada a assistência das puérperas durante o momento de lactação e as dificuldades enfrentadas dentro do BLH.

3 | METODOLOGIA

Através de uma seleção a professora da disciplina de saúde da mulher de uma faculdade de Juazeiro do Norte, selecionou onze alunos do curso de enfermagem para participarem de um estágio extracurricular que ocorreria no Banco de Leite Humano do Hospital Maternidade São Lucas. Após a seleção foi realizada uma reunião para planejamento e organização dos horários de cada estagiário dentro do BLH. O estágio extracurricular teve duração de quatro meses, tendo dado por início no dia 06 de outubro e concluído em 5 de fevereiro. Durante este período os estagiários auxiliaram e acompanharam as puérperas durante o momento de lactação, auxiliavam na ordenha, esterilização de pipetas e vidros de coletas de leite e no processo de pasteurização do leite para que os mesmos posteriormente fossem liberados para os recém-nascidos que se encontravam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Contribuíram na coleta dos leites que eram doados para o Banco de Leite Humano. Ofertaram também palestras educativas com ênfase em Amamentação Materna Exclusiva (AME), orientando as puérperas do alojamento conjunto (AC) sobre a forma correta de realizar amamentação e os cuidados que devem se ter com o recém-nascido após a alta hospitalar segura, as palestras ocorriam todos os dias à tarde em uma sala específica apenas para essa conversação. As mesmas eram convidadas pelas técnicas de enfermagem do AC horas antes de ocorrer a palestra denominada: Encontro com puérperas.

De acordo com cada dia e horário pré-determinado os estagiários compareciam ao BLH para realização de suas atribuições acompanhados pela a enfermeira responsável pelo BLH, cumprindo uma jornada semanal de quatro horas corridas.

4 | RESULTADOS

Durante o período de estágio os aprendizes puderam compreender a rotina de funcionamento do Banco de Leite Humano, desde o momento do cadastramento das nutrizes como doadoras de leite, até o processo de pasteurização, onde esse processo resume-se na técnica de retirada de micro-organismos os quais podem interferir na qualidade do leite, ocasionando assim na exclusão das amostras, eventualmente esse leite não será utilizado para nutrir os bebês da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Berçário de Médio Risco.

A exclusão dos leites no processo de pasteurização deriva-se na maioria das vezes pela inadequação da ordenha manual, ocasionando contaminação do leite no momento da retirada. Durante a ordenha em domicílio realizado pela própria doadora deve ser orientado a higienização das mamas com água e sabão neutro, já na ordenha no Banco de Leite Humano, recomenda-se higienizar as mamas com gazes umedecidas com água destilada, aconselha a lavagem correta das mãos até o antebraço, uso de toca e máscara para que evite o máximo possível de contaminação tanto em casa quanto no BLH. O recipiente adequado para coleta também é de bastante relevante, uma vez que só deve ser aberto no momento da ordenha, o mesmo precisa ser de vidro com tampa plástica, porque ao utilizar vidros com a tampa de metal, os componentes do metal podem interferir na acidez do leite, o tornando altamente ácido, sendo impróprio para o consumo dos recém-nascidos, dessa maneira sendo descartado.

Cada doadora, recebe um kit com (máscara, toca e vidro) para que a mesma possa realizar a ordenha em sua residência. Cada vidro é higienizado e levado dentro do papel grau cirúrgico a autoclave para esterilização à 121°C. A cada oito dias é disponibilizado pelo hospital um carro que fará a coleta do leite nos bairros, e entregar novos kits as doadoras para que possam continuar ordenhando.

Para realização da coleta fora do BLH, é levado uma caixa térmica com um termômetro acoplado a mesma para que o leite não descongele e não perca suas propriedades por causa da temperatura do ambiente, o mesmo deve estar sempre congelado com exceção do momento que for ser ofertado ao recém-nascido, onde neste momento deve ser resfriado no “banho-maria” até que chegue a temperatura ambiente.

De acordo com Almeida (1992), os Bancos de Leite Humano têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Contudo, as percepções e construções sociais acerca destas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. Desde a implantação da primeira unidade no país, sociedade civil e grupos organizados imputaram significados aos bancos de leite que permitiram caracterizá-los tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame “comerciogênico”, quanto como unidades de atendimento a serviço da amamentação, a depender do momento histórico que se considere.

Percebe-se a importância dos Bancos de Leite Humano para garantia de estratégicas em favor da amamentação, uma vez que traz inúmeros benefícios para a nutriz e aos recém-nascido pré-termo RNPT que necessitam de assistência e serviços de qualidade. O incentivo a doação de leite e a relevância do trabalho multiprofissional do serviço de saúde.

5 | CONCLUSÃO

Os Bancos de Leite Humano, têm papel de extrema relevância no contexto atual, uma vez que traz benefícios à saúde, aumentando não apenas chances de sobrevida dos RNPT que estão em Unidade de Terapia Intensiva e Berçário de Médio Risco, mas também impactando positivamente na qualidade de vida das mulheres que necessitam inclusive dos serviços dos bancos de BLH. A experiência relatada viabilizou concluir que o Banco de Leite Humano do Hospital Maternidade São Lucas, no interior do Ceará, possui subsídios necessário e de qualidade para execução da coleta, processamento, controle e armazenamento do leite ofertado por nutrizes que procuram o serviço para proceder à doação. Além do mais, percebeu-se que equipe multiprofissional a qual assistem as nutrizes, a estrutura física e os insumos são altamente satisfatórios e condizentes com o atendimento humanizado e acolhedor o qual proporciona um atendimento de qualidade alicerçado nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Percebeu-se que a quantidade de leite disponível nos BLH ainda é escassa e necessita de ampliação. É necessário que haja uma maior e melhor divulgação e incentivo para que as nutrizes possam se tornar doadoras por livre escolha e que busquem o serviço com o intuito de salvar vidas, visto que, além do importante aspecto de solidariedade ao próximo, através da doação de leite, alimento esse que será utilizado para beneficiar RNPT da UTIN e BMR, elas também são beneficiadas na prevenção de infecções decorrentes devido à má circulação do leite, causando assim ingurgitamento mamário, ocasionando dessa forma Mastite (inflamação da mama).

A vivência impactou de forma significativa na vida acadêmica dos estagiários, visto que a experiência possibilitou conhecer o sistema de Banco de Leite Humano de ponta a ponta, ou seja, conhecendo o serviço por inteiro, passando por cada fase, desde o cadastramento de doadoras até a distribuição do leite para os RNPT do serviço de Neonatologia do Hospital Maternidade São Lucas. Os estagiários puderam perceber não somente o sistema como uma forma de crescimento acadêmico, mas também uma forma de gerar interesse pela área de Saúde Materno- Infantil. Será de forma inegável o impacto na vida profissional dos estagiários, uma vez que se notou que o BLH além de garantir qualidade de vida às nutrizes e aos RNPT, empatia, amor ao próximo e solidariedade, salva vida com um gesto tão simples que é a doação de leite materno.

REFERÊNCIAS

Almeida J. **A evolução dos bancos de leite no Brasil.** Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz; 1992.

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura.** Revista

Paulista de Pediatria, [s.i], p.355-362, 2015.

ALVES, ValdecyrHerdy et al. BANCO DE LEITE HUMANO NA PERSPECTIVA DA MULHER DOADOR. Revista Rene, [s.i], p.01-09, 2013.

BARBOSA, GessandroElpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Revista Paulista de Pediatria, [s.i], p.1-8, nov. 2016.

Brasil, Ministério da Saúde, Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar, 2015. [acesso em: 10 janeiro 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

CONCEIÇÃO, Carla Silva et al. QUALIDADE ASSISTENCIAL DO BANCO DE LEITE HUMANO: PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS. Revista de Enfermagem da UFPE OnLine, [s.i], p.01-08, 2013.

MARCHIORI, Giovanna Rosário Soanno et al. Articulação entre sistematização de enfermagem e procedimentos operacionais: perspectiva dos enfermeiros dos bancos de leite. Revista de Enfermagem da Ufsm, [s.l.], v. 7, n. 2, p.179-192, 11 set. 2017. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225701>.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. Acta paul. enferm. , São Paulo , v. 26, n. 2, p.198-204, 2013.

RECHIA, Flavia Pinhão Nunes de Souza et al. FATORES QUE INTERFEREM NA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: REVISÃO INTEGRATIVA. Cogitare Enfermagem, Santa Maria, p.01-11, 2016.

ROCHA, Alana Talline de Sousa et al. A IMPORTÂNCIA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO NA GARANTIA DO ALEITAMENTO MATERNO. Revista Ciência Saúde Nova Esperança, [s.i], p.1-8, dez. 2016.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: XXIX SEMANA DE PREVENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

Sarah Feitosa Nunes

Universidade de Taubaté

Taubaté - SP

RESUMO: Este trabalho relata a experiência de uma acadêmica de medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU) durante uma tradicional ação social voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos destinada à população de Taubaté-SP, visando a Educação em Saúde (ES) e a maior proximidade entre profissionais da saúde e população.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças, Saúde, População.

ABSTRACT: This paper reports the experience of a medical student at the University of Taubaté (UNITAU) during a traditional social action destined at health promotion and prevention of diseases and injuries for the population of Taubaté-SP, aiming at Health Education (ES) and the greater proximity between health professionals and the population.

KEYWORDS: Diseases, Health, Population.

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são Doenças Crônicas

não Transmissíveis (DCNT) apontadas como principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), causa principal de morbimortalidade na população brasileira.

- 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde;
- De 2006 a 2015 houve perda de US\$ 4,18 bilhões em renda familiar e produtividade, no Brasil, com agravos em decorrência da DM e HAS;
- 384 milhões de pessoas tem DM, na faixa etária dos 35 aos 74 anos a prevalência é de 20%, sendo metade dos casos sem diagnóstico prévio.
- 36 milhões de pessoas tem HAS, o que contribui com 50% das mortes por DCV.

Logo, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças são de extrema importância e devem ser incentivadas nos cursos de medicina.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo de um evento de extensão universitária organizados por estudantes de medicina por intermédio do Departamento de medicina Benedicto Montenegro.

- Capacitação dos alunos do 1º e 2º ano do curso de medicina através de

aulas práticas e teóricas;

- Atendimento a livre demanda da população, realizando aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar e educação em saúde sobre prevenção de DM e HAS, como alimentação saudável, atividade física, autocuidado e acompanhamento médico.
- Houve o apoio de internos do 5º e 6º ano de medicina, bem como residentes em medicina da família e comunidade e o SAMU.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram atendidas 5.350 pessoas maiores de 18 anos, com prevalência da população idosa, feminina e portadora de HAS e DM. Todos os participantes foram orientados quanto a alimentação e atividades físicas. Já pacientes com alterações dos valores da pressão arterial e glicemia capilar foram mantidos sob supervisão e reavaliados após certo tempo pelo médico residente (R2) presente. Alguns pacientes necessitaram ser encaminhados ao pronto socorro municipal. Os internos e residentes de saúde coletiva participaram ativamente na realização de procedimentos, orientações e atendimento aos presentes.

A saúde no Brasil apresentou mudanças expressivas nas últimas décadas, com incrementos na expectativa de vida, redução da mortalidade materna e infantil, aumento da cobertura em programas de imunização e atenção às doenças crônicas, e incorporação de tecnologias de ponta e resolutivas. Todas essas transformações evoluíram com efeitos profundos nos indicadores epidemiológicos e econômicos do país. A disseminação de conhecimento é uma das premissas da ES enquanto ferramenta de ampliação da compreensão da população no que se refere ao lidar com seu estado de saúde.

CONCLUSÃO

A ação atingiu seu objetivo que foi o de alertar sobre a importância da prevenção da HAS e do DM, ressaltando sobre os impactos negativos que as mesmas podem acarretar na vida do paciente, como complicações renais, cardiovasculares, além de transtornos de ordem emocional, social e financeira.

O evento foi de promoção de saúde e prevenção de doenças sendo de extrema importância para todos os envolvidos, população e acadêmicos. Pois, a partir do compartilhamento de informações e conscientização daqueles cidadãos que estavam no local do evento, é possível prevenir doenças e assim garantir, não só, a qualidade de vida, mas também, evitar a hospitalização e, assim, reduzir os gastos públicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM), Brasília, 2001. 96 p. (Cadernos de atenção Básica, 7). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

HENRIQUE, N.N. et al. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2): 168-73. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

USO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO ACERCA DA HANSENIASE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lívia Maria Mendes de Lima

Acadêmica de medicina Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Ruy Formiga Barros Neto

Acadêmico de medicina do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Anne Karoline Mendes

Acadêmica de medicina do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Saulo Nascimento Eulálio Filho

Acadêmico de medicina do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Igor de Melo Oliveira

Acadêmico de medicina do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Felipe Xavier Camargo

Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
João Pessoa, Paraíba

Paulo Roberto da Silva Lima

Professor Titular de Clínica Integrada II (cardiovascular) e de Semiologia Médica do curso de Medicina do Instituto Paraibano de Educação (UNIPÊ), Doutor em Biotecnologia da Saúde, pela RENORBIO na UFAL (2015). Mestre em Ciências pelo curso de Cirurgia Cardiovascular da UNIFESP (2011). Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1995).

RESUMO: **Introdução:** A hanseníase é considerada uma doença estigmatizada até hoje, mesmo que a prevalência tenha caído substancialmente nas últimas décadas, sua transmissão continua e por isso a doença é considerada um problema de saúde pública, especialmente em muitos países em desenvolvimento é causada pelo *bacilo Mycobacterium leprae*. Resulta em extenso dano à pele, olhos, mucosa do trato respiratório superior e nervos periféricos, em alguns casos levando a comprometimento sensitivo e motor, com deformidades de características incapacidades. O Brasil é o segundo país no mundo com o maior número de casos de hanseníase, tal aspecto está relacionado e o baixo uso de dados epidemiológicos na saúde pública para a prevenção e combate da doença. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo apresentar através de uma revisão sistemática a importância de utilizar recursos epidemiológicos para auxilio na prevenção e tratamento da hanseníase em regiões brasileiras.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sistemática utilizando a relevância do uso dos dados epidemiológicos no combate a progressão da hanseníase nas regiões brasileiras para definir parâmetros de busca em bases bibliográficas da área da saúde como: BIREME/OPAS/ OMS, MEDLINE, Cochrane Library, Sociedade Brasileira de Dermatologia

E relatórios de Comitês Internacionais, Os termos empregados na busca foram: lepra, serviços de saúde e perfil epidemiológico da hanseníase combinados com filtros para estudos diagnósticos como diagnosis, sensitivity, specificity e epidemi. Os estudos selecionados foram incluídos, baseados numa avaliação objetiva da metodologia e qualidade de cada estudo, sendo adotados critérios de inclusão. **Resultados:** Dos 100 pesquisados apenas 5 estudos foram selecionados, devido aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. **Discussão:** Penna et al. 23, em 2009, realizaram análise da distribuição espacial da hanseníase no Brasil e verificaram aumento das taxas de detecção em algumas áreas e, segundo os autores, isso poderia ser explicado pela melhoria do acesso aos serviços de assistência primária à saúde, ocorrido no mesmo período. No estudo de pedroso em 2018 foi visto uma relevância no rastreio de escolas na região amazônica, pois havia uma endemia na região devido ao acometimento infantil e tal rastreio precoce foi fundamental para interrupção do ciclo. **Conclusão:** O uso de estudos epidemiológicos para reduzir a progressão da hanseníase deve ser uma realidade na saúde pública brasileira, pois isso é uma relevante ação preventiva.

PALAVRAS CHAVE: hanseníase, Epidemiologia, Prevenção.

ABSTRACT: **introduction:** Leprosy is a disease stigmatized to date, even though a blockade has occurred in the last decades, its transmission continues and because of this disease is a public health problem, especially in many developing countries it is bacillary by the leprosy bacillus. It results in extensive damage to the skin, eyes, upper respiratory mucosa and peripheral nerves, in some cases leading to a sensory and motor impairment, with deformities of incapacitating characteristics. Rating: 0.0 The objective of this study is to present data on public health for the prevention of epidemic diseases in the fight against trafficking in human beings. in Brazilian regions. **Methodology:** A systematic bibliographical research was carried out using a statistic of use of epidemiological data in the fight against progression in the Brazilian regions to define the search criteria in bibliographical bases of the health area such as: BIREME / PAHO / WHO, MEDLINE , Cochrane Library, Brazilian Society of Dermat Theological Studies of Internationals in the Epidemiology of Hansen's Disease, Combined with Filtering to Diagnosis, Diagnosis, Sensitivity, Specificity and Epidemiology. The studies were observed on the quality and quality of each study, being adopted as inclusion criteria. **Results:** Of the 100 studies and that just 5, due to the eligibility criteria of the study. **Discussion:** Penna et al. 23, in 2009, conducted an analysis of the spatial distribution of news in Brazil and the period of highest incidence on the areas of detection, and then the authors, were could be improved to improve the care services. In the year of 2018 it was seen as relevant in the screening of schools in the Amazon region, as there was an endemic in the region due to the early and early monitoring of the early screening for cycle interruption. **Conclusion:** The use of epidemiological studies to make a progression of health should be a Brazilian public reality, since it is a preventive action.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública no Brasil, onde a meta atualizada proposta pela Organização Mundial de Saúde, 2013, é eliminá-la. Sua distribuição não ocorre de forma homogênea pelo espaço, havendo uma maior concentração em áreas mais desfavoráveis economicamente do país (AMARAL, 2008). Desta forma, o conhecimento de sua distribuição geográfica e das relações com as condições socioeconômicas torna-se fundamental na formulação de estratégias visando à eliminação, prevenção e combate.

Na contemporaneidade, as taxas de hanseníase no mundo reduziram por volta de 90% quando comparadas asde duas décadas atrás, observando-se uma queda de 37,8% na incidência da doença no Brasil, entre o período de 1998 e 2003 (MIRANZI, 2010). Entretanto, devido ao esforço do Ministério da Saúde, em dois anos houve uma diminuição de 24,3% dos casos de hanseníase e, em 2005, a taxa de incidência foi de 2,1 casos em 10.000 habitantes. Isso, em parte, deve-se ao aumento de 41,1% dos serviços de diagnóstico e tratamento de qualidade no sistema público de saúde (MIRANZI, 2010).

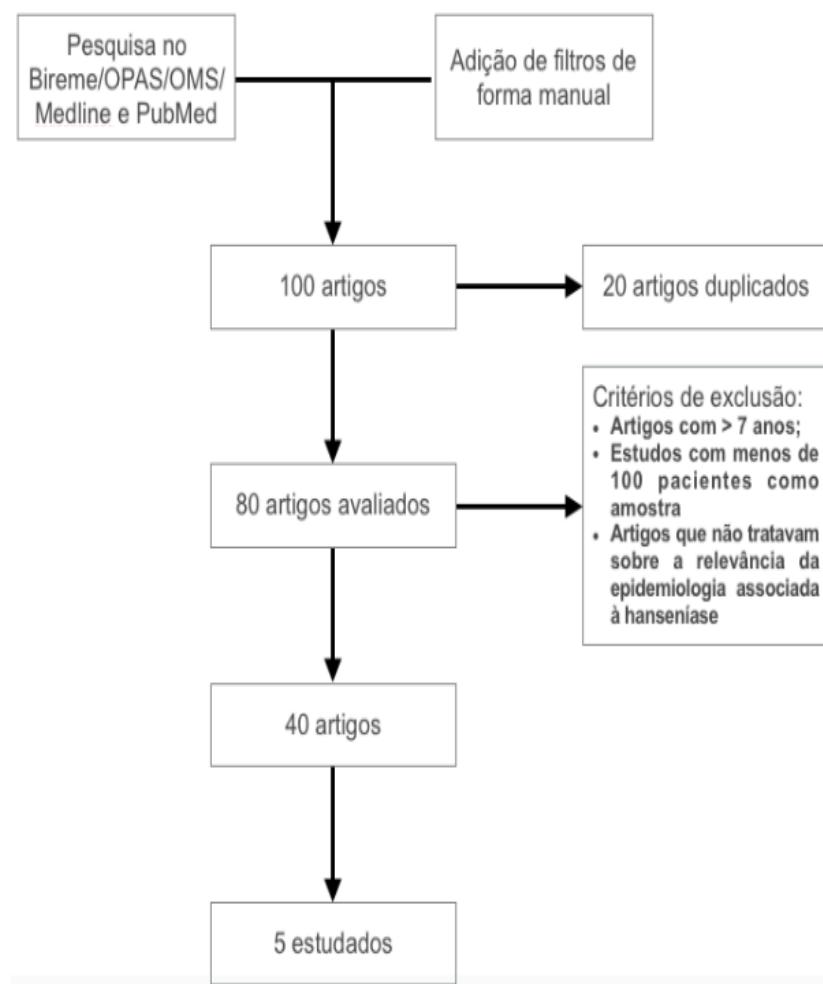
Conhecida milenarmente como lepra, a hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa e estigmatizada que possui afecções dermatológicas e neurológicas. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, onde a forma de contágio se dá pelo aparelho respiratório superior, com as pessoas (sem tratamento) eliminando os bacilos, e os transmitindo por secreções nasais. (LASTÓRIA, 2012). A hanseníase causa manchas anestésicas em áreas como mãos, pés e olhos, mas também podem afetar a face, as orelhas, nádegas, braços, pernas e costas (MAGALHÃES, 2007). Além disso, pode evoluir para complicações neurais e incapacitantes e gerar um desequilíbrio hemodinâmico grave (ARAUJO, 2014).

É válido destacar que tal patologia tem cura por meio de tratamento com medicação, em sua totalidade, fornecida pelo SUS (Sistema Único de Saúde), com duração de seis meses a um ano. Com o tratamento iniciado de forma precoce e seguido de forma correta e sistemática, o paciente não terá a evolução da doença e nem vai transmiti-la, com isso, é de extrema relevância o tratamento e prevenção de tal patologia (HOLANDA, 2018). O presente estudo tem como objetivo apresentar, através de uma revisão sistemática, a importância de utilizar recursos epidemiológicos para auxílio na prevenção e tratamento da hanseníase em regiões brasileiras.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa nas bases de dados: BIREME/OPAS/OMS, MEDLINE, PubMed, e em diretrizes da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Os termos empregados na busca foram: leprae, serviços de saúde e perfil epidemiológico, combinados com filtros para estudos diagnósticos como

diagnosis, sensitivity, specificity e epidemiology, artigos que possuem menos de 10 anos de publicação, dentre eles, estudos em português e em inglês. Os estudos selecionados foram incluídos, baseados numa avaliação objetiva da metodologia e qualidade de cada estudo, sendo adotados critérios de elegibilidade: Inclusão = artigos que estão disponíveis nas plataformas listadas acima e estudos que abordem a epidemiologia da hanseníase e seu benefício no que tange o tratamento e prevenção da patologia, artigos com amostra maior que 100 indivíduos, artigos que abordavam estudos em seres humanos; Exclusão: não foram utilizadas revisões sistemáticas, estudos em animais, estudos que possuíram menos de 100 indivíduos como amostra, estudos que não abordavam a relevância da epidemiologia associada à prevenção e tratamento da hanseníase.



Autor/ano	Amostra	Tipo de estudo	Epidemiologia e diagnóstico	Epidemiologia e tratamento
Ribeiro, 2018	Dados do Ministério da Saúde de 2005-2015	Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, quantitativo	As regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste possuem alta prevalência	Atraso socioeconômico e déficits de políticas públicas
Cunha, 2012	Análise do bairro Duque-de-Caxias, RJ – Casos, faixa etária e forma clínica	Análise especial epidemiológica	Epidemiologia como um recurso que proporciona um diagnóstico precoce	Aspectos sociais com fator determinante da Hanseníase
Sadhu, 2018	Análise laboratorial e celular em 100 pacientes	Ensaio clínico	Brasil é o segundo lugar no mundo em quantidade de casos de hanseníase. Controle das células NKT e TH17	Controle e avaliação das células do sistema imune em pacientes com lepra
Passos, 2016	4.581 casos por ano de estudo	Estudo descritivo do tipo ecológico, da base populacional, do tipo série de casos, de 2002-2011, no estado de Maranhão	Pior prognóstico devido ao diagnóstico tardio	Controle ineficaz justifica maior endemia
Hacker, 2012	Selecionados 414 pacientes detectados por vigilância de contato no Ambulatório Souza Araújo – RJ, de 1987-2010. Analisados 286 co-prevalentes e 128 incidentes detectados por vigilância de contato.	Ensaio clínico	Características da hanseníase diagnosticada através da vigilância de contatos.	218 dos casos-índice (70,3%) tiveram um caso secundário, 52 (16,8%) tiveram dois casos secundários, 22 (7,1%) três casos secundários, 11 (3,5%) quatro casos secundários, quatro (1,3%) cinco casos secundários, um com seis casos secundários e um com oito casos secundários.

DISCUSSÃO

A hanseníase, moléstia amplamente conhecida em virtude de sua historicidade ao longo dos séculos nas populações mais distintas, permanece enraizada no que tange

os problemas de saúde ainda não solucionados do território brasileiro. No período de 2012 a 2016, foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2018). Deste modo, faz-se a importância douso da vigilância epidemiológica e seus dados nos serviços de saúde para a prevenção e tratamento da hanseníase.

É sabido que o diagnostico é essencialmente clínico e epidemiológico, sendo esse realizado por meio da análise da anamnese e ectoscópia para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2017). Neste entendimento, o possível subdiagnóstico, dado em outros países pela não prevalência da doença, teoricamente deveria inexistir no Brasil, em virtude da prevalência nesse e dos órgão governamentais que sustentam a notificação compulsória da doença, demostrando com o fator epidemiológico é determinante no processo de diagnóstico da enfermidade, apesar do mesmo ainda serineficiente no território brasileiro (BRASIL, 2017).

Segundo estudo de Barreto, 2016, a hanseníase não afeta apenas a classe social menos favorecida: cerca de 30% dos casos de hanseníase não são oriundos de pessoas em situação de miséria ou analfabetas, como muito se pensa (BARRETO JA, 2016). O fator aglomeração é mais importante que as outras variáveis acima. Afirma-se, então, que a aglomeração populacional, mediada por serviço técnico treinado para diagnóstico da doença em questão, revelaria a real dimensão epidemiológica da hanseníase em determinadas áreas, onde muitas vezes a doença ésubdiagnosticada.

Em 2009, estudos realizaram uma análise da distribuição espacial da hanseníase no Brasil, verificando aumento das taxas de detecção em algumas áreas e, segundo os autores, isso poderia ser explicado pela melhoria do acesso aos serviços de assistência primária à saúde, ocorrido no mesmo período. No estudo de pedrosaem 2018, foi visto uma relevância no rastreio de escolas na região amazônica, pois havia uma endemia na região devido ao acometimento infantil e tal rastreio precoce foi fundamental para interrupção do ciclo. Neste sentido, os presentes estudos corroboram pesquisas anteriores quanto à observação da irregularidade epidemiológica entre as regiões, que representam os extremos em termos de indicadores econômicos e de saúde, permitindo discutir que a veracidade estatística de determinadas áreas, acerca da hanseníase, se apresenta mediante notificação adequada da doença, com pesquisa ativa dependente da atividade da atenção básica do nosso país (RIBEIRO, SILVA, OLIVEIRA, 2018).

A implantação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) no Brasil foi crucial para notificação epidemiológica de doenças endêmicas, como a hanseníase. Todavia, apesar do fator epidemiológico como um dos pilares para diagnóstico, tratamento e erradicação da doença, o conhecimento técnico-científico, a despeito da fisiopatologia da doença, ainda não desmembrado em sua totalidade, é

um dos impasses a findar o processo de transmissão da doença. Em estudo por Sadhu e Mitra, 2018, o não conhecimento de todos os aspectos laboratoriais da hanseníase, como o complexo arsenal de interações celulares e imunológicas, é desafiador para o manejo da doença, tornando difícil a compreensão de pontos cruciais da enfermidade, como a transmissão, o neurotropismo da micobactéria e a susceptibilidade de alguns indivíduos para o desenvolvimento de formas mais graves ou mais bacilíferas. Por isso, ainda hoje, o estudo epidemiológico da hanseníase permanece como ferramenta poderosa para compreensão de seu ciclo de transmissão.

Apesar de tratamento gratuito e disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com duração de 6 meses a 1 ano, a prevenção é o enfoque da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) que apesar de campanhas ao longo dos anos ainda registrou volumosos casos na última década, numa era em que a informação e a tecnologia caminham juntas para difundir o conhecimento em saúde. A SBD ratifica que a melhor forma de prevenção é o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, assim como o exame clínico e a indicação de vacina BCG para melhorar a resposta imunológica dos contatos do paciente (SBD, 2017). Neste contexto, se alcançará a interrupção do ciclo de transmissão da doença, o que vai ao encontro das ideias propostas pelo Ministério da Saúde, que procura prover em seus pilares a ‘prevenção’ como fator determinante ao processo saúde-doença.

Além disso, mesmo com uma redução da prevalência da hanseníase pela implementação da poliquimioterapia e outras medidas preventivas, ainda há elevada circulação do bacilo na sociedade. (MIRAZANZI, 2010). Esse aspecto torna complexo o desafio de controle da doença: detecção precoce, tratamento duradouro, exame de contatos e estigma. (RIBEIRO, SILVA, OLIVEIRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, pode-se definir que a atenção pública voltada para a Hanseníase ainda é realizada de maneira ineficaz apesar do avanço relacionado à implantação de novas medidas terapêuticas multifatoriais. A doença não está presente apenas nas classes sociais menos favorecidas e sua incidência é variada em regiões endêmicas nos diversos nichos econômicos da população, desta forma, são necessárias ações cosmopolitas para regularização deste fator.

A transmissão secundária da doença, diagnosticada em ambulatórios especializados, é muito presente na atual conjuntura, sendo indispensável a maior atuação no campo do diagnóstico precoce através de dados epidemiológicos da distribuição nacional da Hanseníase e a prevenção da disseminação dessa patologia como forma de controle endêmico eficaz. As regiões de maior interesse de atenção à saúde devem ser a Norte, Nordeste e Centro-oeste visto que possuem alta prevalência de casos da enfermidade.

O presente estudo mostra a relevância da epidemiologia no tratamento e

prevenção da hanseníase, apesar disso, essa ferramenta diagnostica não possui sua plena utilização devido a políticas de saúde publicas ineficazes no contexto nacional tropical.

REFERÊNCIAS

- 1.AMARAL, Evaldo Pinheiro; LANA, Francisco Carlos Félix. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 61, n. spe, p. 701-707, Nov. 2008 .
- 2.ARAÚJO, Ana Eugênia Ribeiro de Araújo et al. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 899-910, 2014.
- 3.BARRETO, ja. É possível mudar a situação da hanseníase enquanto doença negligenciada no Brasil? *Hansen. Int.* 2016;41(1-2)
- 4.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017
- 5.Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. *BolEpidemiol.* 2018;44(11):1-12.
- 6.DUARTE-CUNHA, Mônica et al . Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. *Cad. Saúde Pública,Rio de Janeiro* , v. 28, n. 6, p. 1143-1155, June 2012 .
- 7.LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-9, 2012.
8. LOBATO, Diana da Costa; NEVES, Dilma Costa de Oliveira; XAVIER, Marília Brasil. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. *RevPan-AmazSaude,Ananindeua* , v. 7, n. 1, p. 45-53, mar. 2016
- 9.MAGALHÃES, Maria da Conceição Cavalcanti; ROJAS,Luisalñiguez. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.
- 10.DRUMOND MARINHO, Fabiana, TONELLI Nardi, Susilene Maria, CORRÊA COUTINHO, Gilma, MIDORI SIME, Mariana, Hanseníase em menores de 15 anos: uma revisão bibliográfica. *Revista Família, Ciclos de Vida*
- 11.MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.
- 12.PASSOS, Carlos Eduardo de Castro et al. HANSENÍASE NO ESTADO DO MARANHÃO: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. 2013.
- 13.Penna ML, Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *LeprRev* 2009; 80(3):332-344.
- 14.RIBEIRO, Mara Dayanne Alves; SILVA, Jefferson Carlos Araujo; OLIVEIRA, Sabryna Brito. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Revista*

Panamericana de Salud **Pública**, v. 42, p. e42, 2018.

15.SADHU, Soumi; MITRA, DipendraKumar. emergingConceptsofAdaptiveimmunity in Leprosy. *Frontiers in immunology*, v. 9, p. 604, 2018.

16.SDB, sociedade brasileira de dermatologia. Hansenise. 2017

USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Gabriela Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

David de Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Denival Nascimento Vieira Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos - Piauí

João Matheus Ferreira do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Zeila Ribeiro Braz

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Camila Karenne Leal Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Maria da Glória Sobreiro Ramos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Ana Karoline Lima de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

RESUMO: O uso de tecnologias é na atualidade uma constante na práxis assistencial do enfermeiro, como forma de facilitar o atendimento. Assim, é imprescindível a incorporação destas na Atenção Primária visando uma melhoria na qualidade da assistência. Objetivou-se discutir o uso de tecnologias em saúde pelo enfermeiro na atenção primária. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada de março a abril de 2018, mediante a leitura de publicações contidas no repositório Biblioteca Virtual de Saúde-BVS e Scientific Electronic Library Online- SciELO, via BVS. Para tanto, usou-se os descritores em livre associação “Tecnologias em Saúde”, “Enfermagem”, “Atenção Primária” e “Promoção da Saúde”. Os critérios de inclusão foram: artigo disponível na íntegra, publicados entre 2013 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos literatura cinzenta (teses, dissertações, monografias) e aqueles que se apresentaram repetidos e/ou não conservaram relação com o tema. Foram

encontradas 34 produções científicas, sendo que apenas 8 contemplaram os critérios. Observou-se que as tecnologias na área da saúde foram agrupadas por Mehry em três categorias, incluído a tecnologia dura, representada pelo material concreto; a tecnologia leve-dura, incluindo os saberes estruturados e a tecnologia leve, que se expressa como o processo de produção da comunicação, relações e vínculos. Experiências exitosas são relatadas nos estudos encontrados e reforçam a necessidade do enfermeiro estar se capacitando para o manejo da tecnologia mais adequada à sua realidade. Diante disso, esse estudo reforça a importância que deve ser dada às novas metodologias de implementação do cuidado de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias em Saúde, Enfermagem, Promoção da Saúde, Atenção Primária.

ABSTRACT: The use of current technologies is a constant in the nurse's care assistance, as a way to facilitate care. Thus, it is essential to an incorporation in it. The objective was the use of health technologies by nurses in primary care. This is an integrative review of the literature, carried out from March to April of 2018, by reading publications contained in the repository of the Virtual Health Library - VHL and Scientific Electronic Library Online - SciELO, via VHL. For that, the descriptors in free association "Technologies in Health", "Nursing", "Primary Attention" and "Promotion of Health" were used. The criteria for participation were: article available in full, between 2013 and 2018, in Portuguese, English and Spanish. The ashes (theses, dissertations, monographs) were analyzed and those that repeated and / or did not conserve the interface with the subject. There were 34 scientific productions found, of which only 8 met the criteria. He observed that health technologies were grouped by Mehry into three categories, included in the dura, represented by the concrete material; the level level, including the know-the-text and the technology level, which segregation of the production of communication, communication and links. Successful experiences are reported in studies and reinforce the need for a nurse to improve the ability to adapt to their reality. Therefore, this study reinforces the importance that must be given to the new forms of nursing care implementation.

KEYWORDS: Health Technologies, Nursing, Health Promotion, Primary Care.

1 | INTRODUÇÃO

Tecnologias referem-se aos recursos desenvolvidos que facilitam a execução de um trabalho e viabilizam o entendimento e aplicação de uma ação. A etimologia da palavra tecnologia: “tecnó” deriva de *techné*, que é o saber fazer, e “*logia*” que vem de *logos* razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. Assim, a tecnologia envolve conhecimento técnico e científico e a aplicação deste através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados a partir deste conhecimento (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

Ressalta-se que as tecnologias em saúde consistem em produtos que contribuem

para a melhoria da assistência no cuidado aos pacientes, como equipamentos hospitalares, materiais para a saúde, vacinas, medicamentos, testes diagnósticos, próteses e sistemas de informação, destinadas a colaborar com a assistência, resolução e redução de danos à saúde dos usuários (GOMES, 2017).

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas por Mehry e outros autores (1997) em três categorias: a) Tecnologia dura - representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) Tecnologia levedura - incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras; c) Tecnologia leve - que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. Acredita-se que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir da enfermagem, embora nem sempre de modo transparente (VASCO, 2015).

A Atenção Primária, bem como as Redes de Atenção à Saúde (RAS), compõem-se como uma estratégia no cuidado integral dirigida ao atendimento das necessidades de saúde da população. Atribuída como prima ligação do cliente com o Sistema Único De Saúde (SUS), dentre suas competências, destacam-se algumas funções como ser uma base descentralizada para os serviços de saúde; ser resolutiva na identificação de riscos e demandas, individuais e coletivas; coordenar o cuidado com a elaboração e acompanhamento dos processos terapêuticos; ser uma matriz comunicacional entre os pontos de atenção (BRASIL, 2015). Para tanto, é necessário agregar ferramentas e dispositivos facilitadores em sua atuação, isto é, tecnologias para a gestão do cuidado.

No âmbito da atenção primária, pode-se destacar o emprego de tecnologias leves e a necessidade de valorização destas em um contexto atual de perda da dimensão cuidadora nos serviços de saúde, visto que estes têm se direcionado excepcionalmente para a doença e o diagnóstico, privilegiando a atuação dos profissionais em procedimentos, o que leva a carência do componente humanidade da abordagem ao paciente (ENGELA et al., 2018).

Na atenção básica, destaca-se o emprego das tecnologias leves no sentido de promover o agir comunicativo e desse modo agregar o componente de humanização à assistência prestada. Ademais, esse modelo de atenção centrado na valorização das tecnologias leves proporciona a ligação e coordenação da atenção incluindo todos os tipos de tecnologias em saúde, o que favorece a prestação de um cuidado que engloba eficácia técnica e humanização. Desse modo, as práticas de humanização, associadas às tecnologias leves (de relacionamento), não podem se dissociar do uso adequado de tecnologias duras e leveduras, sem as quais a qualidade da atenção estaria comprometida (FERREIRA; ARTMANN, 2016).

A tecnologia leve-dura é compreendida como a utilização de conhecimentos e saberes bem estruturados, que não precisam de um recurso de alta tecnologia para realização, como massagens, banho de imersão, aromaterapia, clínica médica, a

pediátrica, a clínica psicanalista e epidemiologia, e outras áreas (SABINO, 2016).

A incorporação das tecnologias duras na atenção primária, como o computador, por exemplo, também é de grande valia, visto que é potencialmente capaz de melhorar a qualidade dos registros, facilitando a manipulação das informações e evitando que estas sejam perdidas, o que, consequentemente promove a comunicação efetiva entre a equipe de saúde evitando erros e potencializando a qualidade da assistência prestada. De maneira geral, a integração das tecnologias inovadoras na saúde promove constantes transformações, visando melhorias dos processos de trabalho e articulação do sistema, beneficiando a prática profissional, a gestão, os cidadãos, a geração de conhecimento e controle social (GAVA, et al, 2016).

Diante das considerações apresentadas, este estudo justifica-se pela necessidade de se compreender a importância e aplicabilidade das tecnologias do cuidar nos diferentes contextos assistenciais, devido à capacidade destas de direcionar as ações de enfermagem e possibilitar uma melhor qualidade da assistência prestada aos pacientes. Sua relevância está relacionada ao fato de que a produção de conhecimento na área de tecnologias em saúde pode contribuir para sua inserção em cenários onde ainda inexistem ou são pouco exploradas, bem como o aprimoramento de tais tecnologias nos locais onde já se encontram implementadas.

Desta forma, objetiva-se com este trabalho, discutir o uso de tecnologias em saúde pelo enfermeiro na atenção primária.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo revisão integrativa da literatura, na qual permite a compilação de vários estudos anteriores para obter uma percepção aprofundada de uma determinada temática. Esse método é conduzido por uma questão de pesquisa construída de forma clara e guiado por métodos explícitos para identificar, analisar e sintetizar a literatura relevante, se constituindo uma ferramenta importante da Prática Baseada em Evidências – PBE (FERNANDES; GALVÃO, 2013).

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este estudo foi desenvolvido seguindo as seis etapas de uma revisão, respectivamente: identificação do tema e seleção da hipótese para a elaboração da revisão; Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; Identificação dos estudos pré-selecionados; Categorização dos estudos selecionados, documentando as informações extraídas nas fases anteriores; Análise e interpretação

dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO, CUNHA; MARCELO, 2011).

Buscou-se responder à questão de pesquisa “Qual a produção científica sobre o uso de tecnologias em saúde pelo enfermeiro na atenção primária?” A questão foi abordada por meio da estratégia “População/Problema, Interesse e Contexto” (PICo), que é uma ferramenta da base de dados *National Library of Medicine* (Quadro 1).

Descrição	PICo	Componentes	Descriptor	Tipo
População/ Problema	P	Estudos originais	-	-
Interesse	I	Tecnologias de informação em saúde	“Biomedical Technology”	DeCS/BVS*
Contexto	Co	Atenção Primária Enfermagem	“Primary Health Care”; “Nursing” “Health Promotion”	DeCS/BVS

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa, segundo a estratégia População/Problema, Interesse e Contexto - PICo, Brasil, 2018

Legenda: DeCs/BVS= descritores em ciências e saúde disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde.

A revisão de literatura foi realizada entre março a abril de 2018, mediante a leitura de publicações contidas no repositório da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, via BVS. Os descritores controlados, utilizados na estratégia de busca foram selecionados no no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), sendo eles: “Tecnologias em Saúde”, “Enfermagem”, “Atenção Primária” e “Promoção da Saúde”, e seus correspondentes em inglês e espanhol. Para cada base de dados foi utilizada uma estratégia de busca.

Os critérios de inclusão foram: artigo disponível na íntegra, publicados entre 2013 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas revisões de literatura, literatura cinzenta (teses, dissertações, monografias) e aqueles que se apresentaram repetidos e/ou não conservaram relação com o tema.

A seleção dos artigos foi realizada por onze revisores de forma independente para conferir maior rigor a este procedimento. Após a aplicação da combinação de descritores nas bases de dados e a seleção dos artigos de interesse, procedeu-se, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, em pares, com base nos critérios de inclusão. A partir dessa seleção, os artigos restantes foram lidos na íntegra, com a finalidade de incluir apenas as publicações relevantes e coerentes com o problema deste estudo, totalizando 8 artigos para análise, conforme pode ser observado no fluxograma da busca apresentado no Figura1.

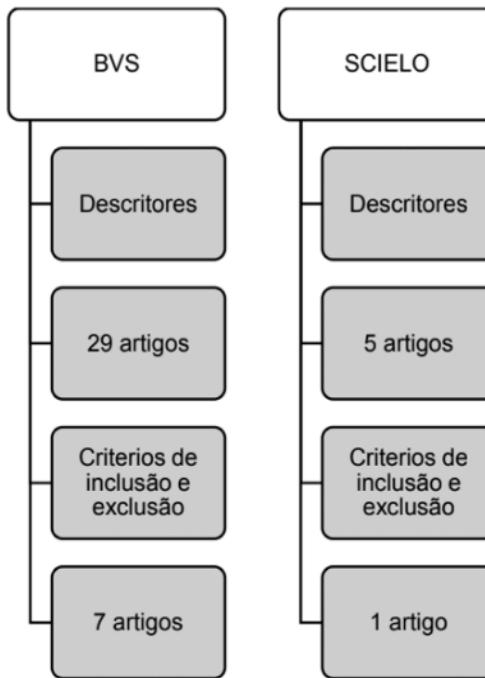


Figura 1 - Fluxograma de seleção do estudo de revisão integrativa. Picos, 2018.

A análise do estudo foi mediada por um instrumento validado, em que foram abordadas as variáveis quanto ao título, autores, ano e país de publicação. Além destes, foram organizados os dados referentes à metodologia empregada e aos resultados (URSI; GALVÃO, 2006).

Para extrair as informações dos artigos, o pesquisador deve fazer uso de um instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas. Tal instrumento deve possibilitar a síntese dos artigos, salvaguardando suas diferenças. Depois de analisados, os artigos foram organizados em um quadro e discutidos de acordo com o referencial teórico pertinente. Os princípios éticos foram mantidos, respeitando-se os direitos autorais dos autores, mediante citação de cada um deles.

3 | RESULTADOS

Para compor a revisão integrativa, foram incluídos 8 artigos, dos quais observou-se que a maior parte das publicações se deu nos anos de 2013 a 2016, totalizando 5 artigos, as demais representaram 3 publicações em 2017. Os principais métodos utilizados foram: 2 com metodologia qualitativa, 1 quantitativa, 1 quantqualitativo, 2 com entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros da Atenção Primária, 1 estudo reflexivo, e 1 estudo etnográfico.

Nº	Título	Autores; Ano de publicação; País	Método adotado	Resultados
1	Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária.	Busanello, et al; 2013.	Abordagem qualitativa, de caráter exploratório.	Foram estruturadas algumas categorias, com a utilização das tecnologias leves, leve-duras e duras, com predomínio da comunicação e vínculo na mediação do cuidado aos indivíduos portadores de ferida e foi desenvolvida a sistematização da assistência de enfermagem aos indivíduos que compareciam ao nível de atenção primário com estas características.
2	Experiência de enfermeiros com computadores na atenção primária: estudo exploratório.	Gonçalves, et al; 2016.	Pesquisa exploratória do tipo Survey de abordagem quantitativa.	O uso do computador está presente no processo de trabalho de enfermagem, entretanto, são necessárias ações de educação permanente para melhor incorporação das competências em informática, visando utilização efetiva das tecnologias da informação e comunicação nos serviços de saúde e de enfermagem na atenção primária.
3	Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família.	A b r e u , Amendola, Trovo; 2017.	Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa.	Foram identificadas as tecnologias relacionais utilizadas por enfermeiros de Estratégia Saúde da Família em seu cotidiano de trabalho no atendimento aos usuários, com a valorização do uso das tecnologias relacionadas à comunicação, escuta, empatia e acolhimento.
4	Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde.	Silva, et al; 2017.	Estudo reflexivo.	A utilização das tecnologias em saúde, pelo enfermeiro, possibilita a melhoria do conhecimento, da saúde, do estresse laboral e minimiza, consequentemente, o adoecimento mental (como a síndrome de Burnout).
5	El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales en Cataluña, España.	M o r a , Rueda; 2013; Espanha.	Descritivo qualitativo.	A introdução das Tecnologias de Informação e Comunicação no sistema de saúde deu origem a uma bateria de novos conceitos que abriram o campo de reflexão sobre o potencial e as limitações da aplicabilidade dessas tecnologias no cotidiano dos profissionais de saúde e dos pacientes. Mudanças na comunicação entre pacientes e profissionais da atenção primária são impulsionadas pelo uso de blogs pelos pacientes.

6	Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na Atenção primária à saúde.	Penha, et al; 2015; Brasil.	Descritivo com abordagem qualitativo.	Emergiram duas categorias: Tecnologias empregadas na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas e Estratégias para emprego de tecnologias no grupo de idosos na Atenção Primária à Saúde. Destacaram-se as tecnologias leves (acolhimento humanizado e vínculo) e duras (glucosímetro, tensiómetro e outras), que foram escolhidas pelos profissionais para as atividades de promoção da saúde.
7	Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na Percepção das gestantes.	Alves, et al; 2013; Brasil.	Estudo quantitativo, descritivo.	O desenvolvimento da tecnologia jogo educativo permitiu que novas informações referentes ao período gravídico-puerperal fossem melhor compreendidas pelo grupo, permitiu as gestantes assumirem uma participação ativa, e a possibilidade de assumirem-se como sujeitos durante o desenvolvimento da atividade.
8	Identificação de experiências de Saúde 2.0 no campo da atenção primária na Espanha.	Morata, Rueda; 2017; Espanha.	Digitais e estudos etnográficos.	O termo “Saúde 2.0” é usado para se referir à introdução da Web 2.0- aplicação de tecnologias de informação e comunicação (TIC), que promovem a interação entre usuários através da Internet - no campo da saúde, essas são muito variadas, que vão desde a conduta de uma página no Facebook até o estabelecimento de uma relação médico-paciente por meio de um programa de teleconsulta, através das comunidades virtuais de Pacientes ou os blogs cada vez mais comuns das Equipes de Atenção Primária, com informações básicas sobre saúde e seu escopo territorial de referência.

O quadro 2 demonstra a caracterização dos estudos quanto à tecnologia em saúde empregada. A maior parte dos artigos, seis, abordaram o uso de tecnologias duras, cinco leves e quatro leve-duras.

Nº do artigo	Tecnologia Empregada	Classificação da Tecnologia
1	Vínculo, saberes estruturados fundamentados, uso de softwares e hardware e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.	Leve, leve-dura, dura.
2	Uso do computador e da informática.	Dura.
3	Acolhimento, vínculo, escuta qualificada.	Leve.

4	Vínculo, uso de ferramentas de hardware.	Leve, dura.
5	Página no Facebook, programa de tele consultas e blogs.	Leve-dura, dura.
6	Tecnologias da Web 2.0 no campo da saúde – wikis e blogs.	Leve-dura, dura.
7	Jogo educativo para gestantes.	Leve.
8	Criação de vínculo e acolhimento resolutivo, cadernetas de saúde, panfletos, glicemia capilar, tensiómetro e cálculo de IMC.	Leve, leve-dura e dura.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto à tecnologia em saúde empregada. Picos – PI, 2018.

4 | DISCUSSÃO

O conceito de tecnologia pode ser entendido de forma ampliada quando aplicado na área da saúde, para tal busca a produção de bens e produtos que funcionem satisfazendo necessidades. Divide-se em tecnologia dura, leve-dura e leve, na qual todas se correlacionam para atender holisticamente a complexidade do ser humano que recebe a assistência. Desse modo, complementa-se que o cuidado de enfermagem no panorama da tecnologia contempla a capacidade do ser humano em buscar inovações, visando a qualidade e a resolutividade da atenção em saúde, mediante a inter-relação pessoal, teorias, métodos e processos científicos (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

A partir dos estudos analisados nota-se que o uso das tecnologias do tipo leve destaca na Atenção Primária de Saúde. Tal fato pode ser explicado pelo caráter de acolhimento, receptividade e contato inicial do paciente com os serviços de saúde, e situação em que as habilidades de criação de vínculo e gerar confiança, são especialmente elencadas para garantir o êxito do desenvolvimento dos processos de trabalho.

As tecnologias leves caracterizam-se por estarem presentes no espaço relacional do trabalho e se concretizam através das atitudes dos sujeitos. O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve saber como fazer correto uso dessa tecnologia relacional, tendo em vista que esta compreende o acolhimento, a formação de vínculo entre o profissional e o cliente, bem como interação de ambos com a comunidade. Nesse sentido, entende-se que há a corresponsabilização e uso de habilidades que incluem a ética, boa comunicação e empatia. Ademais, a prática da escuta qualificada, uso da perspectiva interdisciplinar o fazem desenvolver também a competência interpessoal através deste tipo de tecnologia (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

O enfermeiro também utiliza a tecnologia do tipo leve-dura constantemente, tendo em vista que esta comprehende todos os saberes estruturados no processo de saúde e englobam os conhecimentos fundamentados como ciência como a fisiologia, anatomia, psicologia e semiologia. Com isto, permitindo o olhar do profissional da saúde sobre o usuário, como um objeto de sua intervenção, a partir do raciocínio clínico e da epidemiologia (BUSANELLO et al, 2013).

As tecnologias duras têm sido relacionadas a normas, rotinas, estruturas organizacionais e equipamentos tecnológicos, estes últimos permitem acessar dados cadastrados nas plataformas digitais e consultar exames laboratoriais e de imagem dos usuários, por exemplo. É neste mesmo seguimento que as estruturas organizacionais dos serviços de saúde são úteis, classificadas também como do tipo dura, permitindo que a partir do estabelecimento de normas haja direcionamento e sistematização do cuidado (BUSANELLO et al, 2013).

Na prática, a Atenção Básica pode se beneficiar da combinação dessas tecnologias, para qualificar a assistência prestada tanto pelo enfermeiro quanto pelos demais profissionais da equipe interdisciplinar, buscando responder às exigências sociais e de saúde de cada contexto social na medida em que este necessite. Outro fator gira em torno de que os estudos sobre o uso de tecnologias na saúde são mais voltados para níveis secundários e terciários, o que reforça a necessidade de mais pesquisas voltadas para o nível primário, tendo em vista que ele representa a porta de entrada do usuário no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como é um local de trabalho bastante gerenciado pelo enfermeiro (GONÇALVES et al, 2016).

No tocante ao uso dessas tecnologias na Atenção Básica, sabe-se que o enfermeiro que trabalha nesse nível de atenção deve possuir competências e habilidades específicas ao atuar na gestão do cuidado, como saber utilizar de ferramentas de hardware e software na alimentação de dados de plataformas digitais. Ter boas vivencias relacionais e de vínculo é fundamental para que o enfermeiro desenvolva um trabalho apropriado de respeito e confiança, atributos importantes no momento de orientar quanto a mudanças de hábitos de alimentação, por exemplo. Além disso, deve-se conseguir aplicar o conhecimento fundamentado a cada paciente de forma singular (SILVA et al, 2017).

Nesse ínterim, ao usar um misto de tecnologias em seu cotidiano, ressalta-se a importância de que o profissional não tenha sempre uma compreensão mecanicista e fragmentadas das tecnologias em saúde na Atenção Primária, sejam elas duras, leves ou leves-duras, pois isso pode prejudicar o processo de trabalho do enfermeiro da ESF trazendo alienação, esgotamento dos recursos em seu processo produtivo e estresse ocupacional (SILVA et al, 2017).

As tecnologias que se baseiam principalmente na interação entre os pacientes são apontadas para potencializar o caráter experencial da doença e para distanciar-se, consequentemente, do discurso técnico-científico. O apoio psicológico entre os pares ocupa um lugar privilegiado, onde o que conta é especialmente a empatia entre um

grupo de pessoas que, graças a esse tipo de plataforma, puderam compartilhar suas experiências cotidianas em relação a uma doença específica. (MORA; RUEDA, 2017)

Para que haja a adequada implementação de novas tecnologias na assistência à saúde é necessário que o modelo vigente de assistência seja modificado, abrindo portas para uma maior participação dos usuários em seus processos de cuidar, incluindo o acesso aos recursos disponibilizados pela rede pública de assistência à saúde (PENHA et al., 2015). Nesse sentido, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem gerar benefícios para a relação entre profissional e pacientes da atenção primária a saúde, tais como o aumento da confiança, o estabelecimento de redes de apoio para os pacientes e a otimização da autonomia dos pacientes na tomada de decisão (MORA, RUEDA, 2017).

As tecnologias de interação entre pacientes e profissionais de saúde, constituem-se principalmente em projetos institucionais que objetivam oferecer aos pacientes a possibilidade de consulta sem ter que ir ao centro de saúde. As razões para a implementação destes serviços são variados, que vão desde a necessidade de trazer os pacientes de centros de saúde em regiões onde a população é amplamente dispersos geograficamente. (MORA; RUEDA, 2017)

Dentre as formas de tecnologias demonstradas, cita-se um jogo educativo, por meio do qual é possível atrair o paciente a ter uma participação ativa e ainda possibilitar o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. Desse modo, ações de educação em saúde podem ter mais facilmente adesão por parte daqueles que recebem a ação, uma vez que deixa a visão de repasse monótono de informações desinteressantes, para um processo em que eles são protagonistas. Vale ressaltar que para obter tal resultado, além de interação entre as partes, a tecnologia deve conter informações que sejam repassadas de forma simples e contextualizada com a realidade (ALVES et al., 2013).

E as tecnologias de interação entre os profissionais de saúde estão intimamente ligadas à promoção de uma maior comunicação entre os profissionais da atenção primária e os profissionais da atenção secundária. Dessa forma, enfocam, por um lado, a correção dos possíveis erros nos encaminhamentos dos centros de saúde para os hospitais, evitando, assim, encaminhamentos desnecessários e, por outro lado, melhorando a qualidade desses encaminhamentos, estimulando consultas, melhor informado e com melhores ferramentas para fornecer toda a documentação necessária. (MORA; RUEDA, 2017)

O uso de novas tecnologias na assistência de saúde requer, impreterivelmente, que o profissional tenha conhecimento do conceito e quais são as formas em que essa tecnologia se expressa. Segundo Penha et al, 2015, alguns enfermeiros não possuem domínio aprofundado das classificações de tecnologias leve-duras, não as considerando como a construção de um saber estruturado, mas apenas materiais palpáveis empregados nas atividades educativas, tais como cadernetas, pôsteres, panfletos e material audiovisual.

CONCLUSÃO

Verificou-se, por intermédio desse estudo, que a utilização de metodologias ativas se mostra como uma importante e forte aliada às estratégias de promoção da saúde, visto que as mesmas colocam as pessoas como protagonistas, seja receptores de informações ou transmissores de conhecimento. Os profissionais, devem utilizar rotineiramente dessas ferramentas durante sua atuação seja na assistência ou em qualquer outro âmbito.

Dessa forma, fortalecem o binômio de comunicação e vínculo, entre os profissionais e a comunidade, tornando prático, acessível e de fácil compreensão as estratégias de educação em saúde. Contudo, a utilização de ferramentas que possibilitem a adesão da comunidade às atividades de promoção da saúde, é imprescindível para a ampliação da qualidade de vida singular de cada indivíduo, bem como, coletiva quando lançado o olhar para a comunidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.70, n.5, set./out. 2017.
- ALVES, A. C. P. et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 648-653, dez 2013.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MARCELO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade**, v.5, n.11, p.121-136, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília, DF, 2015.
- BUSANELLO, J. et al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Rev Enferm UFSM**. v.3, n.1, p. 175-184, jan/abril 2013.
- ENGELA, M. H. T. et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Fund. Care Online**, v.10, n.1, p.75-84, 2018.
- FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, C. M. Métodos de revisão: não podemos banalizar. **Rev Rene**. v.14, n.1, p.1-2, 2013.
- FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discurso sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**. v.23, n. 5, p.1437-1450, 2016.
- GAVA, M. et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.891-902, 2016.
- GOMES, A. T. L. et al. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, 2017.
- GONÇALVES, L. S. et al. Experiência de enfermeiros com computadores na atenção primária: estudo exploratório. **Cogitare Enferm**. v.21, n.1, p. 1-10, jan/mar. 2016.

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 Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MORA, M. O.; RUEDA, L. I.; El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales em Cataluña, Espanha. **Rev. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v.21, n.63, p.945-955, 2017.

PENHA, A. A. G. et al. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. enferm UFSM**, v.5, n.3, p.406-414, jul/set 2015.

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

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. 1. ed. Fortaleza, Ceará: EdUECE, 2016.

SILVA, C. C. S. et al. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery**. v.21, n.2, 27 de abril, 2017.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.14, n.1, p.124-131, janeiro-fevereiro, 2006.

VASCO, A. M. V.; SILVA, L. M.; PINHEIRO, F. G. M. S. Tecnologias e avanços nos estudos da assistência ao paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v.2, n.3, p.81-96, 2015.

VALOR PROGNÓSTICO DE DIFERENTES PARÂMETROS CLÍNICOS EM TUMORES DE MAMA TRIPLO-NEGATIVOS

Thamara Gonçalves Reis

Universidade Federal de Uberlândia, Laboratório de Genética e Biotecnologia, Instituto de Genética e Bioquímica, Patos de Minas-MG.

Fabrícia De Matos Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Matemática, Patos de Minas-MG.

Victor Piana de Andrade

A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo-SP.

Fernando Augusto Soares

A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo-SP.

Luiz Ricardo Goulart Filho

Universidade Federal de Uberlândia, Laboratório de Nanobiotecnologia, Instituto de Genética e Bioquímica, Uberlândia-MG.

Thaise Gonçalves de Araújo

Universidade Federal de Uberlândia, Laboratório de Genética e Biotecnologia, Instituto de Genética e Bioquímica, Patos de Minas-MG.

foi avaliar o papel do fragmento de anticorpo FabC4 em CMTN e sua correlação com dados clínicos, laboratoriais e nutricionais. Para isso o FabC4 foi produzido em sua forma solúvel, purificado e detectado por *dot blot*. Ensaios de imunohistoquímica foram realizados para a caracterização das pacientes e para a detecção do FabC4. As análises de sobrevida utilizando o modelo de regressão Log-normal e Log-Burr XII mostraram que a radioterapia adjuvante, a utilização do medicamento Taxano, a terapia de reposição hormonal, as gestações completas, a ausência de necrose e a não realização de mastectomia diminuem a probabilidade de óbito das pacientes. Já a presença de invasão vascular sanguínea e linfática, do segundo tumor primário na mama e não mamário, a retirada dos linfonodos, a realização de quimioterapia neoadjuvante, a idade avançada e a menopausa são fatores que contribuem para a morte das pacientes. Quanto ao FabC4, este apresentou-se como fator preponderante no modelo proposto. Conclui-se que a forma de tratamento adotada e os fatores de risco possuem grande importância prognóstica no CMTN.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama triplo-negativo. Imunohistoquímica. Anticorpo recombinante. Prognóstico. Análise de sobrevida.

RESUMO: O câncer de mama caracteriza-se como uma doença heterogênea e multifatorial, cuja complexidade é traduzida nos diferentes comportamentos clínicos de seus subtipos moleculares, sobretudo os definidos como triplo-negativos (CMTN). Anticorpos recombinantes capazes de reconhecer a diversidade antigênica de células malignas são moléculas interessantes para o diagnóstico e prognóstico da doença. O objetivo do presente trabalho

ABSTRACT: Breast cancer is characterized as a heterogeneous and multifactorial disease which complexity is translated into different clinical behaviors of its molecular subtypes, especially those defined as triple-negative (TNBC). Recombinant antibodies have the ability to recognize the antigenic diversity of malignant cells and, thus, are promising molecules in the diagnosis and prognosis of this disease. The objective of the present study was to evaluate the role of the FabC4 antibody fragment in triple-negative tumors and its correlation with clinical, laboratorial and nutritional data. FabC4 was produced in soluble form, purified and detected by dot blot. Immunohistochemical assays were performed for characterization of patients and for detection of FabC4. Survival analyzes using the Log-normal regression and Log-BurrXII showed that adjuvant radiotherapy, administration of Taxane drug, hormone replacement therapy, complete pregnancies, not performing mastectomy and the absence of necrosis, abortion and recurrence of the disease decreased the probability of patients death. The presence of blood and lymphatic vascular invasion, second primary tumor in breast and non-breast, the removal of lymph nodes, neoadjuvant chemotherapy, advanced age, high body mass index and menopause are all factors contributing to patients' death. The FabC4 was a preponderant factor in the Log-BurrXII model. Therefore, the treatment strategy adopted and the risk factors are of great prognostic importance in CMTN.

KEYWORDS: *Triple-negative Breast Cancer. Immunohistochemistry. Recombinant Antibody. Prognostic. Survival Analyzes.*

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda maior causa de mortes nos Estados Unidos, sendo o câncer de mama (CM) a neoplasia mais comum, após o câncer de pele não melanoma, em mulheres brasileiras (INCA, 2017; SIEGEL et al., 2017). O CM é uma patologia heterogênea, com características morfológicas e clínicas distintas, associadas à sua diversidade genética, epigenética, alterações transpcionais e padrões moleculares aberrantes (WEIGELT; REIS-FILHO, 2009). Dessa forma, tumores que possuem a mesma histologia podem apresentar comportamento clínico diverso (GEYER; MARCHIO; REIS-FILHO, 2009), o que justifica sua classificação em subtipos baseados em sua expressão gênica. Esses subgrupos são definidos com base na presença do receptor de estrogênio (ER), do receptor de progesterona (PR) e do receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2), os quais influenciam na escolha da terapia. O tumor que não apresenta a expressão de nenhum desses marcadores é chamado de câncer de mama triplo negativo (CMTN), de evolução não definida e ainda sem terapia específica disponível (CRISCITIELLO et al., 2012).

Os CMTNs representam cerca de 15-20% dos casos diagnosticados (BLOWS et al., 2010) e, em geral, afeta mulheres jovens com menos de 50 anos e possui maior prevalência em afro-americanas (BAUER et al., 2007). É mais agressivo

quando comparado aos demais subtipos e apresenta invasão dos linfonodos ao ser diagnosticado. Possui prognóstico ruim e não pode ser tratado com terapias hormonais (SEAL; CHIA, 2010), apenas citotóxica e radioterapia (GOLDHIRSCH et al., 2011).

Uma das alternativas para esses tumores, portanto, inclui a imunoterapia. Anticorpos monoclonais já transformaram o tratamento de muitas doenças. Contudo, muito se tem a desenvolver para novos alvos biológicos, selecionando e otimizando suas ações. Em um curto período, anticorpos monoclonais tornaram-se o foco na terapia oncogênica (SLIWKOWSKI; MELLMAN, 2013), pois são uma classe de medicamentos com alta eficácia e menor taxa de eliminação e toxicidade quando comparados aos agentes quimioterápicos tradicionais (GLASSMAN; BALTHASAR, 2014).

O crescente número de anticorpos presentes nos ensaios clínicos são moléculas humanas derivadas da tecnologia de *Phage Display* ou de camundongos transgênicos capazes de expressar o repertório gênico das imunoglobulinas. Trata-se de tecnologias que oferecem novos caminhos na geração de anticorpos humanos (CARTER, 2006). Na última década, a tecnologia de *Phage Display* tem se mostrado uma ferramenta robusta, versátil e amplamente utilizada na apresentação e seleção de fragmentos de anticorpos e peptídeos *antibody-like* na superfície de fagos que mimetizam a seleção clonal do sistema imune (ZHAO et al., 2016). Embora exista uma ampla aprovação pela FDA de moléculas convencionais de imunoglobulinas, a utilização de anticorpos engenheirados e de novos peptídeos antibody-like tem crescido substancialmente nas triagens clínicas (SLIWKOWSKI; MELLMAN, 2013).

Dado o potencial dos anticorpos para diagnóstico do câncer, Araújo e colaboradores construíram, por *Phage Display*, uma biblioteca de anticorpos Fab recombinantes utilizando o sangue de vinte pacientes com CM. O fragmento de anticorpo FabC4 conseguiu distinguir a neoplasia maligna das doenças benignas e do tecido normal com sensibilidade de 70% e especificidade de 62%. Logo, o FabC4, descrito e caracterizado por nosso grupo de pesquisa, representa um importante fragmento de anticorpo monoclonal mama específico com potencial diagnóstico e com possível papel terapêutico. O alvo desse anticorpo, determinado por espectrometria de massa, foi a citoqueratina 10 (CK10), que está associada com controle do ciclo celular e função estrutural preponderante. Além de sua capacidade de diagnóstico do CM, o FabC4 apresentou importante valor prognóstico para o CMTN, pois pacientes positivas apresentaram maior sobrevida da doença (ARAÚJO et al., 2014).

Portanto, avaliar o papel do anticorpo FabC4 no câncer de mama triplo-negativo é de suma importância para determinar sua capacidade diagnóstica e prognóstica nesse subtipo. Sendo assim, o presente trabalho visa determinar o papel do fragmento de anticorpo FabC4 em tumores triplo-negativos e sua correlação com dados clínicos, laboratoriais e nutricionais. Além disso, objetiva-se correlacionar esses dados com o tempo de sobrevida das pacientes diagnosticadas com CMTN.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Grupo de Estudo

Foram utilizadas para esse estudo 34 mulheres diagnosticadas com CMTN, cujos laudos dos exames anatomo-patológicos fornecidos pelo Hospital de Clínicas da UFU e Hospital AC Camargo Cancer Center em São Paulo. As neoplasias malignas da mama foram classificadas de acordo com a sexta edição do Sistema TNM, da American Joint Committee on Cancer (AJCC) (GREENE et al., 2002) e esse estudo retrospectivo foi aprovado pelo Comitê de Ética institucional. O CMTN foi confirmado por ensaios de imunohistoquímica rotineiramente realizados no departamento de patologia. Marcações para ER e PR inferior a 1% foram consideradas negativas ao passo que pacientes HER2- incluíram aquelas sem marcação e/ou amplificação para HER2 confirmadas.

Quanto as características das pacientes, treze delas tinham idade inferior a 40 anos, dezenove tinham entre 40 e 60 e duas estavam acima dos 60 anos. Vinte e quatro mulheres estavam na pré-menopausa e dez menopausadas. Seis já haviam utilizado a terapia de reposição hormonal (TRH) enquanto que vinte e nove não utilizaram. Com relação ao índice de massa corpórea (IMC), dezesseis pacientes possuíam um índice menor que 25, onze delas estavam entre 25 e 29,9, e sete apresentavam um índice maior que 30. Dez mulheres não geraram filhos e vinte e quatro geraram, além disso, sete sofreram abortos enquanto que vinte e sete não.

O tipo de cirurgia realizada em vinte e cinco pacientes foi mastectomia e nove realizaram cirurgia de setor. Vinte e oito sofreram necrose e seis não, duas tiveram invasão vascular sanguínea (IVS) e oito tiveram invasão vascular linfática (IVL). Das pacientes, vinte e três realizaram esvaziamento axilar e onze não, vinte e quatro fizeram radioterapia adjuvante e dez não, treze utilizaram a quimioterapia neoadjuvante e as demais não, e apenas três pacientes não fizeram uso de taxano. Onze mulheres sofreram recidivas enquanto vinte e três não, duas pacientes tiveram segundo tumor primário de mama e uma descobriu um segundo tumor primário não mamário.

2.2 Produção de Fab na forma solúvel

Para a produção solúvel do anticorpo recombinante FabC4, 2,0uL do clone foram inoculados em 5mL de meio SB (peptona de caseína 3,0% p/v; extrato de levedura 2,0% p/v e MOPS 1,0% p/v; pH=7,0) contendo 50ug/mL de carbenicilina e 2% de glicose e crescidos durante a noite sob agitação a 37°C. O sobrenadante de cultura foi transferido para um novo recipiente e armazenado a 4°C até ser purificado.

2.3 Purificação do Fab e ensaio de *dot blot*

Para a purificação foi utilizada a coluna HisTrap (GE Healthcare) e o sobrenadante de cultura diluído em tampão fosfato e solução de imidazol para uma concentração

final de 40mM, ajustado o pH=7.4. O protocolo utilizado seguiu as recomendações do fabricante.

Para o *dot blot* foram pipetados 5 mL do purificado em membrana de nitrocelulose 0,22 mm (Hybond ECL, Amersham Biosciences) e deixados secar à temperatura ambiente. Em seguida, a membrana foi bloqueada com uma solução de BSA 3% em PBS 1x diluído a partir de solução estoque de PBS 10x (NaCl 137 mM, KCl 2,7 mM, Na₂HPO₄ 12 mM e KH₂PO₄ 1,2 mM, pH 7,4) e incubada à temperatura ambiente durante 1 hora. A membrana foi lavada, rapidamente, por 3 vezes com PBST (Tween) 0,05%, imersa em uma solução contendo o anticorpo anti-HA conjugado com peroxidase (Sigma) (diluído 1:5.000 em BSA 3%) e incubada durante 2 horas à temperatura ambiente, sob agitação. O ensaio foi revelado com o substrato DAB (Sigma Fast™ DAB). Para parar a reação, a membrana foi lavada em água destilada.

2.4 Imunohistoquímica para detecção do FabC4

Após purificação do FabC4, sua afinidade de ligação ao tecido mamário foi verificada por imunohistoquímica. Os cortes foram desparafinizados em banho de xitol a 110°C e hidratados em álcool etílico nas concentrações decrescentes de 100%, 80%, 50%. Posteriormente as secções foram incubadas com peróxido de hidrogênio 3% por três vezes de 5 minutos para bloqueio da peroxidase endógena.

Para a recuperação antigênica, as lâminas foram imersas em tampão citrato de sódio (1M, pH 6,0) a 95°C durante 35 minutos e em seguida incubadas com PBS-BSA 10% durante 30 minutos à temperatura ambiente para bloqueio de sítios inespecíficos. O FabC4 purificado foi então adicionado aos cortes previamente lavados com PBS, e incubado overnight a 4°C. A ligação do fragmento de anticorpo ao antígeno foi verificada pela incubação com o anticorpo anti-HA conjugado com peroxidase (Sigma-Aldrich) diluído no tampão (Novocastra IHC Diluent) na proporção de 1:200.

Após esta etapa, para realçar a marcação da peroxidase as lâminas foram incubadas com o reagente Advance HRP Enzyme (Dako) a 37° C durante 30 minutos e a detecção realizada com DAB líquido (3-3' -diaminobenzidine tetrahydrochloride, Dako código K3468). As lâminas foram contracoradas com Hematoxilina de Mayer durante 30 segundos e, por fim, os cortes foram desidratados com álcool etílico e diafanizadas em xitol.

2.5 Leitura dos resultados e análises estatísticas

A intensidade e a área da marcação foram quantificadas pelo equipamento ACIS (Dako) do Hospital AC Camargo, São Paulo utilizando o sistema HistoQuant™ (3DHistech™, Budapeste, Hungria). A intensidade da coloração e a área da marcação de cada paciente foram avaliadas em triplicata, considerando três regiões diferentes de cada spot.

Para as análises estatísticas foi utilizado o software R versão i386 3.3.2. Foi

calculada a sobrevida global (OS) através da regressão log-normal utilizando como *end-point* a morte da paciente por CM em um *follow up* de cerca de 10 anos. Para a análise das 25 pacientes marcadas para o FabC4, foi utilizado o modelo Log-Burr XII (HASHIMOTO et al, 2012). As variáveis: idade, índice de massa corpórea (IMC), menopausa, terapia de reposição hormonal (TRH), gestações, aborto, cirurgia, esvaziamento axilar (EA), invasão vascular sanguínea (IVS), necrose, radioterapia (RT) adjuvante, invasão vascular linfática (IVL), quimioterapia neoadjuvante, recidiva, uso de taxano, segundo tumor primário na mama e segundo tumor primário não mamário foram utilizadas nas análises de regressão log-normal. Foram considerados significantes valores de $p<0,05$.

3 | RESULTADOS

3.1 Regressão log-normal

Quanto às características patológicas, a IVS foi o parâmetro nitidamente mais relevante na sobrevida das pacientes, de modo que aquelas com invasão de vasos sanguíneos apresentaram 207,289% de chance de morrer pela doença. Já a IVL contribuiu em torno de 30% para o pior prognóstico. A ausência do segundo tumor primário, seja mamário ou não, diminuiu a chance de morte em cerca de 85% e a ausência de necrose diminuiu em 20,972% a probabilidade de óbito (Tabela 1).

Considerando a estratégia de tratamento dessas pacientes, pacientes não submetidas à mastectomia apresentaram uma chance 25,458% menor de falecer, assim como as que não realizaram esvaziamento axilar também exibiram menor risco de morte (21,589%). A realização de radioterapia adjuvante e o uso de taxano diminuíram o risco em 31,944 e 29,685%, respectivamente. Finalmente, aquelas pacientes que realizaram quimioterapia neoadjuvante exibiram uma chance de óbito de 47,09% (Tabela 1).

Fatores considerados de risco também influenciaram na sobrevida das pacientes. Parâmetros como idade avançada, menopausa e IMC contribuíam com 34,796%, 31,539% e 10,326%, respectivamente, para um pior prognóstico. Por fim, as pacientes que realizaram a TRH apresentaram melhor prognóstico e, para aquelas que tiveram gestações completas e não sofreram abortos, a probabilidade de vir a óbito foi respectivamente 26,435 e 15,757% menor. Todos os valores apresentaram $p<0,005$ (Tabela 1).

Grupo	Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	z	Pr>z	Probabilidade
Patologia	Intercept	9.715763	0.8417	11.54271	8.04e-31	
	Necrose	-0.235374	0.1295	-1.81792	6.91e-02	20,972%
	Invasão vascular	1.122620	0.2730	4.11192	3.92e-05	207,289%
	Invasão linfática	0.312455	0.1626	1.92144	5.47e-02	36,678%
	Recidiva	-0.096295	0.1455	-0.66181	5.08e-01	9,1804%
	2º tumor primário na mama	-1.737798	0.2759	-6.29955	2.99e-10	82,409%
	2º tumor primário não mamário	-2.111972	0.4516	-4.67699	2.91e-06	87,9%
Tratamento	Taxano	-0.351480	0.2276	-1.54417	1.23e-01	29,685%
	Quimioterapia neoadjuvante	0.385900	0.1837	2.10072	3.57e-02	47,094%
	Radioterapia	-0.384835	0.1155	-3.33270	8.60e-04	31,944%
	Cirurgia	-0.293810	0.1576	-1.86455	6.22e-02	25,458%
	Esvaziamento axilar	-0.243203	0.2246	-1.08268	2.79e-01	21,589%
Fatores de Risco	IMC	-0.108989	0.0773	-1.41009	1.59e-01	10,326%
	Idade	0.298590	0.1270	2.35079	1.87e-02	34,796%
	Menopausa	0.274136	0.1759	1.55872	1.19e-01	31,539%
	Gestações	0.234557	0.1276	1.83835	6.60e-02	26,435%
	Aborto	-0.171466	0.1286	-1.33297	1.83e-01	15,757%
	Reposição	-0.106774	0.1891	-0.56458	5.72e-01	10,127%

Tabela 1. Estimativa de sobrevivência das pacientes com Câncer de Mama triplo-negativo utilizando modelo de regressão log-normal

3.2 Perfil clínico do anticorpo recombinante FabC4

O anticorpo FabC4 demonstrou marcação específica para as células neoplásicas, não reconhecendo o estroma nem linfócitos presentes no microambiente tumoral (Figura 1A).

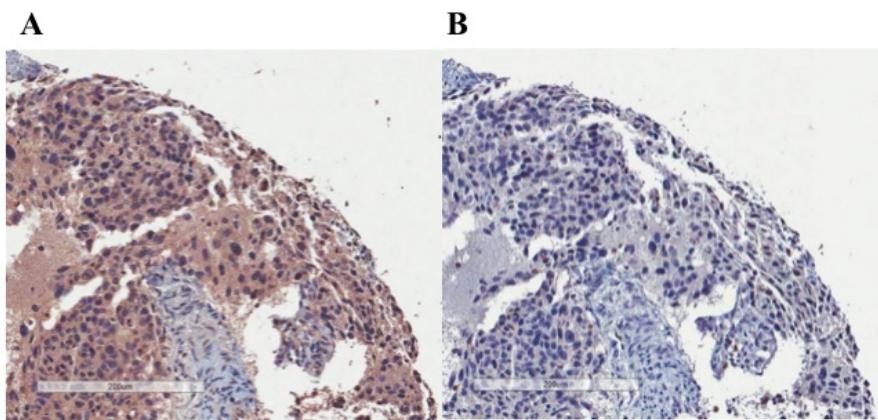


Figura 1. Ensaio de imunohistoquímica utilizando o anticorpo recombinante FabC4. (A) Tecido mamário diagnosticado com tumor triplo-negativo. (B) Controle do ensaio de imunohistoquímica.

As pacientes que não apresentaram IVS e o 2º tumor primário não mamário apresentaram tempo médio de sobrevida de 15 e 14 vezes maior, respectivamente, em relação ao grupo que apresentou (Tabela 2).

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	Valor p	RR _j	IC _{95%} (RR _j)
k	9.2869	0.0023	0.0001	-	-
σ	0.2471	0.0998	0.0211	-	-
β ₀	2.7794	0.6735	0.0004	-	-
FabC4	-0.0241	0.2403	0.9211	0.9762	(0.5937; 1.6049)
Invasão vascular	2.7794	0.6736	0.0004	16.1093	(3.9988; 64.8904)
Invasão linfática	0.4787	0.2890	0.1113	1.6140	(0.8876; 2.9346)
Radioterapia adjuvante	0.0507	0.2426	0.8364	1.1520	(0.6368; 1.7377)
2º tumor primário não mamário	2.7502	0.0130	<0.0001	15.6457	(15.2289; 16.0723)

Tabela 2. Modelo Log-Burr XII para pacientes com câncer de mama triplo-negativo.

4 | DISCUSSÃO

O tumor triplo-negativo é um dos subtipos do CM que apresenta maior agressividade que comumente afeta mulheres mais jovens e afro-americanas, está relacionado com mutações no gene *BRCA1* e apresenta pior sobrevida global. Quanto ao tratamento, a terapia citotóxica é uma das formas mais utilizadas, pois esse subtipo não responde significativamente às terapias hormonais e/ou pelos anticorpos rotineiramente utilizados, pois não expressa os receptores hormonais e/ou não possui expressão significativa de HER2 (HURVITZ; MEAD, 2015). Patologicamente, são tumores caracterizados por um fenótipo extremamente heterogêneo, com alto grau, histologia não específica, altas taxas de mitose, baixa formação de túbulos e grau de pleomorfismo nuclear bem característico (PALMA et al., 2015).

A presença de necrose em tecidos tumorais tem sido considerada um marcador de agressividade (KOMORI et al., 2013) e está associada a características patológicas

de alto risco como invasão vascular, estágio avançado e elevado grau do tumor (RICHARDS et al., 2012), como já descrito em tumores uroteliais, colorretais e em melanoma cutâneo (LADSTEIN et al., 2012). Também, em nosso trabalho, a ausência de necrose foi associada a um melhor prognóstico.

Além disso, pacientes com IVS ou IVL apresentaram maior probabilidade de óbito. A invasão dos vasos linfáticos e sanguíneos pelas células tumorais está associada ao processo de metástase do tumor, seja para linfonodos ou para órgãos distantes do sítio inicial da doença, o que se traduz em um pior prognóstico. Essa realidade clínica desfavorável é característica em mulheres com CMTN, pois esse subtipo apresenta alta densidade de vasos linfáticos comprometidos pelas células tumorais (LIU et al., 2016; PISTELLI et al., 2013).

Nesse contexto, a recidiva da doença é uma situação associada ao CMTN e, conforme nossos dados, apresenta impacto negativo na sobrevida das pacientes. Os resultados são consonantes com outros trabalhos, em que a ocorrência de recidiva distante afetou significativamente a sobrevida global decorrente do CM (SOPIK et al., 2016; VAN ROOZENDAAL et al., 2016). Ainda nossos dados demonstram que as pacientes que possuíam um segundo tumor primário, seja de mama ou não, apresentaram menor sobrevida global.

De fato, mulheres com CMTN após recorrência tendem a apresentar maior mortalidade que os outros subtipos e a ausência de terapias mais específicas pode contribuir para esse realidade (WU et al., 2016). A quimioterapia e radioterapia são as estratégias amplamente utilizadas para o tratamento dessas pacientes as quais, conforme nossos dados, contribuíram diretamente para sua sobrevida.

Uma das classes de medicamentos utilizada na quimioterapia são os taxanos, conhecidamente associados a uma maior sobrevida em pacientes com resposta patológica completa (RPC). Dentre os subtipos do CM, o TN é aquele que apresenta maior quimiossensibilidade e maiores taxas de RPC, sobretudo nos casos em que o taxano é utilizado (MUSTACCHI; DE LAURENTIIS, 2015). Este é associado a menor risco de recidivas e de morte por CM (KONTANI et al., 2014) e nossas análises de sobrevivência também evidenciaram essa eficácia.

Quanto à quimioterapia neoadjuvante, nossos dados a associaram a uma menor chance de sobrevivência das pacientes. No entanto, essa forma de tratamento é empregada, em especial, no caso de tumores agressivos e em estágios avançados, o que pode explicar sua influência negativa na sobrevida das pacientes. Nesse cenário, quando a RPC não é alcançada, há alto risco de recidiva. De fato, pacientes com tumor metastático com RPC e quimiossensibilidade possuem menor sobrevida (MUSTACCHI; DE LAURENTIIS, 2015).

Outra estratégia terapêutica contra o CMTN é a RT adjuvante e nossos dados demonstraram que quando utilizada, aumenta as chances de sobrevivência. A utilização dessa terapia tem sido demonstrada como benéfica ao aumentar a sobrevida das pacientes TN com tumores de risco alto e intermediário. Para as que não utilizaram

RT o intervalo de sobrevida livre de doença foi menor. Além disso, a presença de IVL foi associada com um maior risco de recorrência loco-regional (CHEN et al., 2013). Em outro estudo a RT possibilitou um aumento na sobrevida livre de recorrência loco-regional em pacientes com CMTN, independentemente do tipo de cirurgia recebida durante o início do tratamento da doença (WU et al., 2016).

Considerando a estratégia cirúrgica como forma de tratamento, nossas análises indicaram que as pacientes que realizaram mastectomia apresentaram menor chance de sobrevivência. Essa cirurgia é associada à reincidência da doença, além de apresentarem pior prognóstico (CINKAYA; AKIN; SENGUL, 2016; LOWERY et al., 2012). De fato, a cirurgia conservadora da mama (CCM) associada à radioterapia apresenta melhores taxas de sobrevivência (AGARWAL et al., 2014; KURIAN et al., 2014), corroborando com nossos resultados.

O esvaziamento axilar (EA) está associado com a mortalidade a curto e longo prazo e também com a menor qualidade de vida (ASHIKAGA et al., 2010; LOPEZ PENHA et al., 2014). No entanto, um melhor prognóstico também tem sido associado ao EA (LI et al., 2016; YOUSSEF et al., 2016). Em nosso estudo, as pacientes que não o realizaram apresentaram maior probabilidade de falecer, o que evidencia a importância desse procedimento para o prognóstico das mulheres com CMTN.

Entre os fatores que contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento do CM estão o índice de massa corporal (IMC), idade, status da menopausa, nuliparidade e utilização de TRH (MCPPERSON; STEEL; DIXON, 2000). Nossos dados mostraram que esses fatores de risco exercem influência, seja positiva ou negativa, no tempo de sobrevivência das pacientes como já demonstrado anteriormente (LEE; OH, 2014; OBI et al., 2016; ZHU et al., 2015).

Nosso estudo também mostrou que pacientes com IMC menores apresentaram um prognóstico melhor em relação àquelas com o índice elevado. Alguns trabalhos descrevem a existência de correlação entre obesidade e menor sobrevida de mulheres com CM, seja em fase de pré-menopausa ou pós-menopausa (BAO et al., 2016; CHAN et al., 2014). O mecanismo de atuação da obesidade na redução da sobrevida em mulheres com CMTN ainda não é claro, no entanto, diferentes aspectos podem contribuir para o quadro. A secreção de proteínas como leptina e adiponectina pelo tecido adiposo, associadas com a proliferação, apoptose e/ou migração das células tumorais mamárias (OH et al., 2011) podem contribuir para o pior prognóstico dessas pacientes. Essa menor sobrevida também pode estar relacionada ao surgimento de outras enfermidades decorrentes do excesso de peso, como diabetes e doenças cardiovasculares (SWEDE et al., 2016). Ao mesmo tempo, pode ocorrer subdosagem no tratamento dessas pacientes, pois pacientes com sobrepeso e obesas recebem doses limitadas da terapia, uma vez que estas não se baseiam em seu peso corporal real e sim na dose limite de segurança (GRIGGS et al., 2012). Considerando que, conforme descrito nos resultados, o uso de Taxano também diminui as chances de morte, a relação entre obesidade e subdosagem contribui para o aumento da

mortalidade gerando um prognóstico desfavorável nessas pacientes, tanto associado ao fator de risco, quanto ao sub-tratamento quimioterápico recebido.

A idade avançada, um dos fatores de risco mais bem caracterizados para o CM, apresentou valor prognóstico negativo no nosso grupo de pacientes triplo-negativas. Outro estudo descreveu resultados muito semelhantes, em que pacientes com CMTN e idade elevada apresentaram maior índice de mortalidade e menor tempo de sobrevida (ZHU et al., 2015). Ainda que mulheres jovens apresentem uma doença mais agressiva que se traduz em menor tempo de vida, pacientes idosas, mesmo com tumores que tendem a ser menos agressivos, podem desenvolver comorbidades debilitantes à saúde. Nesse cenário, a estratégia de tratamento também pode contribuir para a sobrevida (ACEVEDO; CAMUS; SANCHEZ, 2015). Como o CMTN não conta com tratamentos específicos, utiliza-se a quimioterapia como terapia sistêmica e cirurgia e radioterapia como formas de terapia local para combater a doença (KUMAR; AGGARWAL, 2016). Contudo, as pacientes idosas são menos propensas a receber terapia local por riscos de complicações pós operatórias e por sua condição física possivelmente debilitada (LAVELLE et al., 2014; ROCCO et al., 2013). Além disso, as preferências pessoais também são relevantes pois, mesmo com recomendação médica, muitas pacientes idosas tendem a recusar a radioterapia e a quimioterapia (ZHU et al., 2015). Essa realidade compromete a taxa de sobrevida conforme demonstrado em nossos resultados.

O status da menopausa é um fator cujo papel prognóstico ainda é contraditório. Mulheres menopausadas no diagnóstico, conforme nossas análises, possuíram menores chances de sobrevida, o que foi também identificado por outros trabalhos (MAKANJUOLA; POPOOLA; OLUDARA, 2014). Por outro lado, pacientes com CM bilateral na pré-menopausa foram também descritas como associadas a menor taxa de sobrevida e tumores mais agressivos (CHOLLET-HINTON et al., 2016).

Nossos resultados demonstraram que a gestação influenciou positivamente na sobrevida das pacientes. Mulheres que geraram filhos apresentaram menor probabilidade de óbito em relação às nulíparas. A gravidez tem sido associada à maior sobrevida global e específica para o CM em mulheres na pré-menopausa, independentemente da idade da paciente no momento da primeira gestação e que pode aumentar a sobrevida das pacientes em 10 anos (LEE; OH, 2014; WARREN ANDERSEN et al., 2011). A gravidez induz alterações hormonais no organismo, gera mudanças no tecido epitelial mamário e modificações na remodelagem da cromatina e expressão gênica na mama. Assim, o perfil gênico encontrado em mulheres que geraram filhos é diferente das demais (ASZTALOS et al., 2010). A ausência de maturação da mama, que ocorre durante a gravidez, também pode explicar o papel negativo da nuliparidade na sobrevida das pacientes (SLAOUI et al., 2016).

Não são descritas associações entre o aborto e as características do CM, como grau do tumor, estágio, expressão dos receptores hormonais e sobrevida de pacientes (JIA et al., 2015). Entretanto, observamos que as mulheres com CMTN que sofreram

abortos apresentaram maior sobrevida que aquelas que não o fizeram.

Finalmente, avaliamos o papel da TRH no prognóstico de pacientes com CMTN. A TRH é uma das formas de tratamento mais eficazes para os sintomas da menopausa, no entanto é correlacionada ao aumento do risco de desenvolvimento do CM (CHLEBOWSKI; ANDERSON, 2015; BARNABEI et al., 2005). Ainda, elevadas taxas de mortalidade têm sido verificadas em mulheres com CM que utilizaram a terapia. A utilização de estrogênio e progestina, além de aumentar a incidência do CM, interfere na detecção da doença, pois relaciona-se ao aumento da densidade da mama, o que dificulta diagnóstico do tumor (POCOBELLi et al., 2014). Por esses motivos, o TRH é um importante objeto de estudo na avaliação de seu impacto na sobrevida das mulheres com CM, uma vez que os resultados permanecem controversos. Em nosso estudo a utilização de TRH reduziu a probabilidade de óbito das pacientes, o que já foi descrito em outros estudos, os quais não encontraram associação entre o uso de estrogênio e o risco de CM fatal, relacionando a TRH a um prognóstico favorável sem aumento na mortalidade e menor incidência de metástases e recidivas (BIESHEUVEL et al., 2011; REDING et al., 2011).

Apesar de inúmeros aspectos rotineiramente utilizados na avaliação e tratamento do CMTN, torna-se necessária a busca de novos marcadores, sobretudo prognósticos e preditivos, uma vez que indicarão a evolução clínica das pacientes (MENKE et al., 2000) e auxiliarão no direcionamento de terapias mais eficazes (GULBEN et al., 2007).

Para o câncer de mama estão disponíveis poucos biomarcadores prognósticos e preditivos (GEYER; MARCHIO; REIS-FILHO, 2009), porém muitos trabalhos estão investigando possíveis moléculas com essa capacidade (SANA; MALIK, 2015). Uma destas é a CSPG4, uma proteoglicana presente na superfície celular e expressa em diferentes tipos de tumores, incluindo o CMTN, promovendo a proliferação, síntese proteica, crescimento, metástases e angiogênese (WANG et al., 2010). O anticorpo monoclonal CSPG4-específico vem sendo estudado como um biomarcador diagnóstico e possivelmente terapêutico, uma vez que consegue inibir vias de sinalização extremamente importantes para o desenvolvimento do CMTN (CATTARUZZA et al., 2013). A enzima Cox-2, que converte ácido araquidônico a prostaglandinas e cuja expressão está alterada em alguns casos de CM também vem sendo investigada, uma vez que pode ser utilizada como marcador de resposta a quimioterapia neoadjuvante (YADAV; CHANANA; JHAMAL, 2015). Além disso, está relacionada a um pior prognóstico, invasão tumoral e metástase (HUGO et al., 2015). Por fim, a alta expressão de integrina av β 6 também está associada a um pior prognóstico ao promover a invasão e migração celular resultando em metástases (LIU et al., 2017). Nesse cenário, novas abordagens biotecnológicas vêm se destacando, como a tecnologia de *Phage Display*, uma vez que permite caracterizar novas e promissoras moléculas.

O *Phage Display* é um método econômico e altamente eficiente que possibilita a seleção de peptídeos longos, curtos, lineares ou cíclicos simples, além de identificar ligantes mesmo sem conhecimento prévio sobre qual é seu receptor na célula. Através

dessa metodologia vários anticorpos e peptídeos com valor diagnóstico, prognóstico e terapêutico têm sido identificados para diversos tipos de tumores (LIU et al., 2017). O fragmento de anticorpo FabC4 foi selecionado utilizando o *Phage Display* e foi associado a tumores mais agressivos e considerado um bom biomarcador prognóstico no CMTN (ARAÚJO et al., 2014). A marcação FabC4 foi essencial para o ajuste do modelo de sobrevida utilizada nesse estudo, o que sugere seu papel importante na avaliação clínica das pacientes. Dessa forma torna-se evidente a necessidade de mais estudos para avaliar e determinar o papel do anticorpo nos tumores de mama, em especial nos triplo-negativos, que apresentam maior agressividade e que ainda apresentam poucas opções quimioterápicas eficazes.

5 | CONCLUSÃO

Nosso estudo avaliou a importância de diferentes aspectos clínicos, patológicos e fatores de risco na sobrevida de pacientes com CMTN. As variáveis RT adjuvante, utilização do medicamento Taxano, TRH, ausência de necrose e não realização de mastectomia diminuíram a probabilidade de óbito das pacientes. Já a presença do segundo tumor primário na mama e não mamário, a IVS e IVL, a retirada dos linfonodos, a realização de quimioterapia neoadjuvante, a idade avançada e a menopausa são fatores que contribuíram para a morte das pacientes. O anticorpo FabC4 apresentou-se como variável modificadora de efeito. Sendo assim, a forma de tratamento adotada e os fatores de risco possuem grande importância prognóstica no CMTN. No entanto, novos estudos são necessários para melhor compreendermos o papel do anticorpo FabC4, além de validarmos novos biomarcadores para o tratamento de casos de CMTN.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, F.; CAMUS, M.; SANCHEZ, C. Breast cancer at extreme ages--a comparative analysis in Chile. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, v. 16, n. 4, p. 1455–1461, 2015.
- AGARWAL, S. et al. Effect of breast conservation therapy vs mastectomy on disease-specific survival for early-stage breast cancer. *JAMA surgery*, v. 149, n. 3, p. 267–274, mar. 2014.
- ARAÚJO, T. G. et al. A novel highly reactive Fab antibody for breast cancer tissue diagnostics and staging also discriminates a subset of good prognostic triple-negative breast cancers. *Cancer Letters*, v. 343, n. 2, p. 275–285, 2014.
- ASHIKAGA, T. et al. Morbidity results from the NSABP B-32 trial comparing sentinel lymph node dissection versus axillary dissection. *Journal of surgical oncology*, v. 102, n. 2, p. 111–118, ago. 2010.
- ASZTALOS, S. et al. Gene expression patterns in the human breast after pregnancy. *Cancer prevention research (Philadelphia, Pa.)*, v. 3, n. 3, p. 301–311, mar. 2010.

BAO, P.-P. et al. Body mass index and weight change in relation to triple-negative breast cancer survival. **Cancer causes & control : CCC**, v. 27, n. 2, p. 229–236, fev. 2016.

BAUER, K. R. et al. Descriptive analysis of estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative, and HER2-negative invasive breast cancer, the so-called triple-negative phenotype: a population-based study from the California cancer Registry. **Cancer**, v. 109, n. 9, p. 1721–1728, maio 2007.

BIESHEUVEL, C. et al. The role of mammography screening attendance and detection mode in predicting breast cancer survival-is there added prognostic value? **Cancer epidemiology**, v. 35, n. 6, p. 545–550, dez. 2011.

BLOWS, F. M. et al. Subtyping of Breast Cancer by Immunohistochemistry to Investigate a Relationship between Subtype and Short and Long Term Survival: A Collaborative Analysis of Data for 10,159 Cases from 12 Studies. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 5, p. e1000279, 25 maio 2010.

CARTER, P. J. Potent antibody therapeutics by design. **Nature Reviews Immunology**, v. 6, p. 343, 7 abr. 2006.

CATTARUZZA, S. et al. **NG2/CSPG4collagen type VI interplays putatively involved in the microenvironmental control of tumour engraftment and local expansion.** [s.l: s.n.]. v. 5

CHAN, D. S. M. et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. **Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology**, v. 25, n. 10, p. 1901–1914, out. 2014.

CHEN, X. et al. Analysis in early stage triple-negative breast cancer treated with mastectomy without adjuvant radiotherapy: Patterns of failure and prognostic factors. **Cancer**, v. 119, n. 13, p. 2366–2374, 2013.

CHLEBOWSKI, R. T.; ANDERSON, G. L. Menopausal hormone therapy and breast cancer mortality: clinical implications. **Therapeutic advances in drug safety**, v. 6, n. 2, p. 45–56, abr. 2015.

CHOLLET-HINTON, L. et al. Breast cancer biologic and etiologic heterogeneity by young age and menopausal status in the Carolina Breast Cancer Study: a case-control study. **Breast cancer research : BCR**, v. 18, n. 1, p. 79, 2016.

CINKAYA, A.; AKIN, M.; SENGUL, A. Evaluation of treatment outcomes of triple-negative breast cancer. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 12, n. 1, p. 150–4, 2016.

CRISCITIELLO, C. et al. Understanding the biology of triple-negative breast cancer. **Annals of Oncology**, v. 23, n. SUPPL. 6, 2012.

GEYER, F. C.; MARCHIO, C.; REIS-FILHO, J. S. The role of molecular analysis in breast cancer. **Pathology**, v. 41, n. 1, p. 77–88, 2009.

GLASSMAN, P. M.; BALTHASAR, J. P. Mechanistic considerations for the use of monoclonal antibodies for cancer therapy. **Cancer biology & medicine**, v. 11, n. 1, p. 20–33, 2014.

GOLDHIRSCH, A. et al. Strategies for subtypes--dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. **Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology**, v. 22, n. 1, p. 1–42, ago. 2011.

GRIGGS, J. J. et al. Appropriate chemotherapy dosing for obese adult patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. **Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 30, n. 13, p. 1553–1561, maio 2012.

HUGO, H. J. et al. New Insights on COX-2 in Chronic Inflammation Driving Breast Cancer Growth and Metastasis. **Journal of mammary gland biology and neoplasia**, v. 20, n. 3–4, p. 109–119, dez. 2015.

HURVITZ, S.; MEAD, M. Triple-negative breast cancer. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 28, n. 1, p. 1, 2015.

INCA, I. N. D. C. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.].

JIA, X. et al. Reproductive factors and hormone receptor status among very young (<35 years) breast cancer patients. **Oncotarget**, v. 6, n. 27, p. 24571–24580, 2015.

KOMORI, K. et al. Tumor necrosis in patients with TNM stage IV colorectal cancer without residual disease (R0 status) is associated with a poor prognosis. **Anticancer Research**, v. 33, n. 3, p. 1099–1106, 2013.

KONTANI, K. et al. Factors responsible for long-term survival in metastatic breast cancer. **World journal of surgical oncology**, v. 12, p. 344, 2014.

KUMAR, P.; AGGARWAL, R. An overview of triple-negative breast cancer. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 293, n. 2, p. 247–269, 2016.

KURIAN, A. W. et al. Use of and mortality after bilateral mastectomy compared with other surgical treatments for breast cancer in California, 1998–2011. **JAMA**, v. 312, n. 9, p. 902–914, set. 2014.

LADSTEIN, R. G. et al. Tumor Necrosis Is a Prognostic Factor in Thick Cutaneous Melanoma. **American Journal of Surgical Pathology**, v. 36, n. 10, p. 1477–1482, 2012.

LABELLE, K. et al. Is lack of surgery for older breast cancer patients in the UK explained by patient choice or poor health? A prospective cohort study. **British journal of cancer**, v. 110, n. 3, p. 573–583, fev. 2014.

LEE, J. S.; OH, M. Reproductive factors and subtypes of breast cancer defined by estrogen receptor, progesterone receptor, and human epidermal growth factor receptor 2: A register-based study from Korea. **Clinical Breast Cancer**, v. 14, n. 6, p. 426–434, 2014.

LI, S. et al. The Extent of Axillary Surgery Is Associated With Breast Cancer-specific Survival in T1-2 Breast Cancer Patients With 1 or 2 Positive Lymph Nodes: A SEER-Population Study. **Medicine**, v. 95, n. 14, p. e3254, 2016.

LIU, R. et al. Tumor-targeting peptides from combinatorial libraries. **Advanced Drug Delivery Reviews**, v. 110–111, p. 13–37, 2017.

LIU, Y. L. et al. Lymphovascular invasion is an independent predictor of survival in breast cancer after neoadjuvant chemotherapy. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 157, n. 3, p. 555–564, 2016.

LOPEZ PENHA, T. R. et al. The quality of life in long-term breast cancer survivors with breast cancer related lymphedema. **Acta chirurgica Belgica**, v. 114, n. 4, p. 239–244, 2014.

MAKANJUOLA, S. B. L.; POPOOLA, A. O.; OLUDARA, M. A. Radiation therapy: A major factor in the five-year survival analysis of women with breast cancer in Lagos, Nigeria. **Radiotherapy and Oncology**, v. 111, n. 2, p. 321–326, 2014.

MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 321, n. 7261, p. 624–628, set. 2000.

MUSTACCHI, G.; DE LAURENTIIS, M. The role of taxanes in triple-negative breast cancer: Literature review. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 9, p. 4303–4318, 2015.

OBI, N. et al. Relationship between menopausal hormone therapy and mortality after breast cancer the MARIEplus study, a prospective case cohort. **International Journal of Cancer**, v. 138, n. 9, p. 2098–2108, 2016.

OH, S. W. et al. Adipokines, insulin resistance, metabolic syndrome, and breast cancer recurrence: a cohort study. **Breast cancer research : BCR**, v. 13, n. 2, p. R34, mar. 2011.

PALMA, G. et al. Triple negative breast cancer: looking for the missing link between biology and treatments. **Oncotarget**, v. 6, n. 29, p. 26560–26574, 2015.

PISTELLI, M. et al. Prognostic factors in early-stage triple-negative breast cancer: Lessons and limits from clinical practice. **Anticancer Research**, v. 33, n. 6, p. 2737–2742, 2013.

POCOBELLINI, G. et al. Fatal breast cancer risk in relation to use of unopposed estrogen and combined hormone therapy. **Breast cancer research and treatment**, v. 145, n. 2, p. 439–447, jun. 2014.

REDING, K. W. et al. NIH Public Access. v. 126, n. 3, p. 749–761, 2011.

RICHARDS, C. H. et al. Prognostic value of tumour necrosis and host inflammatory responses in colorectal cancer. **British Journal of Surgery**, v. 99, n. 2, p. 287–294, 2012.

SANA, M.; MALIK, H. J. Current and emerging breast cancer biomarkers. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 11, n. 3, p. 508–13, 2015.

SEAL, M. D.; CHIA, S. K. What is the difference between triple-negative and basal breast cancers? **Cancer journal (Sudbury, Mass.)**, v. 16, n. 1, p. 12–16, 2010.

SIEGEL, R. L. et al. Colorectal Cancer Statistics , 2017. v. 67, n. 3, p. 177–193, 2017.

SLAOUI, M. et al. Outcome of breast cancer in Moroccan young women correlated to clinic-pathological features, risk factors and treatment: A comparative study of 716 cases in a single institution. **PLoS ONE**, v. 11, n. 10, p. 1–14, 2016.

SLIWOWSKI, M. X.; MELLMAN, I. Antibody therapeutics in cancer. **Science (New York, N.Y.)**, v. 341, n. 6151, p. 1192–1198, set. 2013.

SOPIK, V. et al. The relationship between local recurrence and death in early-stage breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 155, n. 1, p. 175–185, 2016.

SWEDE, H. et al. Mortality risk from comorbidities independent of triple-negative breast cancer status: NCI-SEER-based cohort analysis. **Cancer Causes and Control**, v. 27, n. 5, p. 627–636, 2016.

VAN ROOZENDAAL, L. M. et al. Risk of regional recurrence in triple-negative breast cancer patients: a Dutch cohort study. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 156, n. 3, p. 465–472, 2016.

WANG, X. et al. CSPG4 in cancer: multiple roles. **Current molecular medicine**, v. 10, n. 4, p. 419–429, jun. 2010.

WEIGELT, B.; REIS-FILHO, J. S. Histological and molecular types of breast cancer: is there a unifying taxonomy? **Nature reviews. Clinical oncology**, v. 6, n. 12, p. 718–730, dez. 2009.

WU, X. et al. Pattern of Local Recurrence and Distant Metastasis in Breast Cancer By Molecular Subtype. **Cureus**, v. 8, n. 12, p. e924, 2016.

YADAV, B. S.; CHANANA, P.; JHAMAB, S. Biomarkers in triple negative breast cancer: A review. **World journal of clinical oncology**, v. 6, n. 6, p. 252–63, 2015.

YOUSSEF, M. M. G. et al. The significance of sentinel lymph node micrometastasis in breast cancer: Comparing outcomes with and without axillary clearance. **Breast**, v. 30, p. 101–104, 2016.

ZHAO, A. et al. Phage antibody display libraries: a powerful antibody discovery platform for immunotherapy. **Critical reviews in biotechnology**, v. 36, n. 2, p. 276–89, 2016.

ZHU, W. et al. Age-related disparity in immediate prognosis of Patients with Triple-negative breast cancer: A population-based study from SEER cancer registries. **PLoS ONE**, v. 10, n. 5, p. 1–15, 2015.

WHOQOL-100: ABORDAGENS NAS PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS

Beatriz Ferreira de Carvalho

Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

Carla Caroline Inocêncio

Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

Carolina Faraco Calheiros Milani

Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

Maria Silva Gomes

Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

Paula Vilhena Carnevale Vianna

Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

17 artigos utilizaram o questionário completo, especialmente para a avaliação da qualidade de vida de portadores de condições crônicas, em diferentes campos da saúde. Os resultados apontam que o instrumento se mostrou adequado para avaliar a qualidade de vida de pacientes e profissionais da saúde no contexto brasileiro, e reforçam a importância do olhar ampliado sobre a saúde, incluindo dimensões para além do campo biológico.

PALAVRAS-CHAVE: WHOQOL, qualidade de vida, saúde, Brasil.

ABSTRACT: In the late 1990s, the World Health Organization developed a tool to assess quality of life. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) questionnaire comprises one hundred statements divided in six domains (physical, psychological, level of independence, social relationships, environment and spirituality/religion/personal beliefs). The questionnaire was validated and translated into Portuguese in 1999. This paper aims to analyze the application of the WHOQOL in Brazil, by means of a non-systematic literature review. The review shows that, in the last 10 years, 17 published studies applied the complete questionnaire, especially to assess the quality of life of patients living with chronic illness, in different health fields. Results reveal that the questionnaire properly assesses the quality

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde propôs, no final da década de 1990, um instrumento para avaliar a qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), questionário composto de cem questões divididas em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais). O questionário foi validado e traduzido para o português em 1999. Este estudo tem como objetivo avaliar a aplicação do instrumento no Brasil, por meio de uma revisão não sistemática da literatura. O levantamento bibliográfico mostra que, nos últimos dez anos,

of life of patients and healthcare workers in the Brazilian setting, and highlights the importance of a broader health approach, encompassing dimensions that expand the biological component of health.

KEYWORDS: WHOQOL, quality of life, health, Brazil.

1 | INTRODUÇÃO

A World Health Organization – WHO (Organização Mundial da Saúde – OMS) é uma agência especializada em saúde global. Fundada em 1948, possui 150 escritórios nacionais e seis regionais, além da sede, em Genebra, Suíça. O principal objetivo da OMS é construir um futuro melhor e mais saudável para todos (OMS, 2017).

Entre os desafios da OMS estão a definição e medida da saúde, por métodos aplicáveis mundialmente. De acordo com Fleck (2000), a busca de uma concordância sobre o significado de Qualidade de Vida (QV) foi o primeiro passo para a organização e desenvolvimento de um instrumento de avaliação da QV – o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). O conceito de qualidade de vida foi definido por um grupo internacional como “a percepção do indivíduo em relação à sua vida, tanto no contexto cultural e nos sistemas de valores em que se vive, de acordo com seus objetivos, expectativas e preocupações”. (WHO,s/d)

O questionário possui 100 questões, no formato de afirmações, subdivididas em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais). A cada afirmativa se apresentam alternativas de respostas numa escala do tipo Likert. Há quatro tipos de escalas ao longo do questionário, dependendo da pergunta, todas com cinco graus de concordância: intensidade (incapaz a muito capaz), capacidade (incapaz a extremamente capaz), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito ruim a muito bom). Além do WHOQOL-100, o instrumento pode ser encontrado em sua forma abreviada, o WHOQOL-bref: uma versão encurtada para a avaliação da QV para situações em que a versão estendida não pode ser aplicada. Outras variações para populações específicas foram posteriormente desenvolvidas, como o módulo WHOQOL-HIV/Aids, primeiro módulo desenvolvido pelo WHOQOL, devido à necessidade e importância médica da doença e seu impacto na vida do paciente, além do estigma que porta e alta transmissibilidade (FLECK, 2000). O envelhecimento populacional e a necessidade do estudo das peculiaridades que os idosos enfrentam levou ao desenvolvimento do módulo WHOQOL-Old, específico para a avaliação da QV em idosos (FLECK, 2006). Por último, mas não menos importante, desenvolveu-se o módulo WHOQOL-SRPB, sigla em inglês para espiritualidade, religião e crenças pessoais. A variante em português do questionário foi concebida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. (FLECK *et al*, 1999).

Este trabalho tem como objetivo avaliar, a partir da produção acadêmica brasileira,

em que áreas e para qual população alvo o instrumento tem sido aplicado no Brasil, bem como a consistência dos resultados encontrados.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se por ser de natureza descritiva e por ter como procedimento técnico o levantamento bibliográfico não sistemático. A revisão foi feita pela busca de artigos científicos no portal Scielo com o descriptor “WHOQOL-100”, nos últimos dez anos, no idioma português e Brasil como país de publicação. Foram selecionados os artigos que utilizaram o WHOQOL-100 e suas variações, como o WHOQOL-Breve, WHOQOL-Old, WHOQOL-HIV e WHOQOL-SRPB. Os artigos foram avaliados quanto a: ano; enfoque; população alvo; número de pessoas avaliadas; e média de QV obtida (geral e por domínios). Os objetivos, métodos e resultados foram analisados e relacionados, de modo a compor um mapa inicial dos conceitos apresentados nas publicações, a ser aprofundado posteriormente, acerca de como o WHOQOL-100 é utilizado pela área acadêmica.

3 | RESULTADOS

O levantamento inicial revelou 38 artigos, publicados em português, no Brasil, nos últimos dez anos que usaram o instrumento WHOQOL-100 e/ou algum de seus variantes para avaliar a qualidade de vida. Desses, apenas 17 artigos utilizaram o WHOQOL-100 (Figura 2), seja como único instrumento de avaliação da qualidade de vida, seja combinado a suas variações. Os artigos associam, também, outros instrumentos de avaliação, como questionários sociodemográficos, presentes na grande maioria dos artigos, ou de escala de adoecimento como o Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index – SLEDAI (REIS, COSTA; 2010), entre outros.

A produção de artigos variou entre os anos pesquisados (Figura 1). Utilizando os filtros da plataforma Scielo, pode-se perceber uma tendência de incremento da produção até o ano de 2013, sendo o ano de 2010 o de maior número de publicações, totalizando nove artigos, e uma tendência de declínio a partir de 2014, sendo 2015 o ano de menor número de publicações.

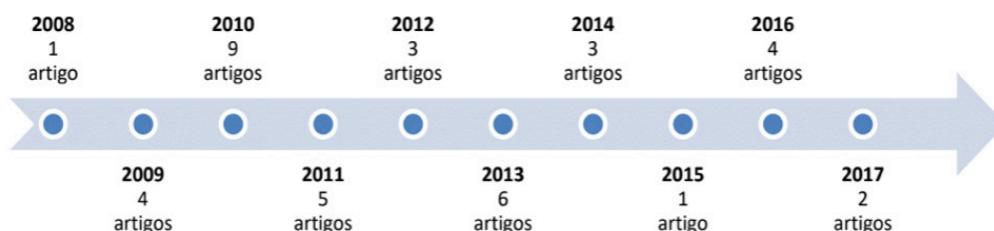


Figura 1 – Linha do tempo dos artigos publicados nos últimos 10 anos, no BRASIL, com aplicação do instrumento WHOQOL-100, da OMS, ou uma de suas variantes.

Fonte: autoria própria.

Destaca-se, na produção brasileira, a produção do pesquisador da UFRGS, Marcelo Pio de Almeida Fleck, coordenador do Centro Brasileiro do Grupo WHOQOL (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde). O Centro desenvolveu a versão em português do WHOQOL-100. Suas pesquisas abordam principalmente os temas qualidade de vida e depressão.

Os 17 artigos que usaram como instrumento o WHOQOL-100 tiveram como público alvo profissionais da saúde (5 artigos); portadores de dor e/ou doença crônica (seis artigos, sendo dor crônica, 2; portadores de lúpus eritematoso sistêmico, 2; deficientes visuais, 1 e mulheres mastectomizadas, 1 artigo); idosos (2 artigos), cuidadores (1 artigo). Dois artigos, embora avaliando uma condição crônica, a fibromialgia, foram considerados em separado, pois avaliaram um domínio específico - o ambiente - como um fator de risco para o desenvolvimento da doença, em associação a fatores genéticos (BECKER *et al*, 2010 e MERGENER *et al*, 2011). Ressalte-se o refinamento estatístico de todos os artigos consultados, com amostragem adequada, estatística analítica e, em seis artigos, sendo cinco os de avaliação de condições crônicas, grupo controle.

FIBROMIALGIA	
Becker <i>et al</i> (2010), n = 88; Mergener <i>et al</i> (2011), n = 90	Avaliam o domínio ambiente, controles ($14,43 \pm 1,96$) e pacientes ($11,48 \pm 2,15$), como risco para o desenvolvimento da SFR, associada a fatores biológicos, em estudos com grupo controle. Encontra indício de associação.
REUMATOLOGIA	
IDOSOS	
Martins <i>et al</i> (2009), n = 49	Avaliam idosos cadastrados em programa de saúde da família. Análise por frequência de respostas. Encontram baixa autonomia para AVD, alta dependência de medicamentos.
Manganelli <i>et al</i> (2010) , n = 260	Idosos de um distrito de Porto Alegre responderam a questão aberta "o que é qualidade de vida para você?" As respostas abrangem quase todas as facetas dos seis domínios do WHOQOL-100 e todas do módulo WHOQOL-OLD. Apenas em duas facetas do WHOQOL-100 não foram identificadas correspondências nas falas dos sujeitos: atividade sexual e imagem corporal/aparência.
ENFERMAGEM	
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Fernandes <i>et al</i> (2010 e 2012), n = 113; Fogaça <i>et al</i> (2009 e 2010), n = 57; Mello e Souza (2013) n = 117	Avaliaram a qualidade de vida geral e seus domínios para enfermeiros de saúde da família; médicos e enfermeiros de UTI pediátrica e neonatal e médicos ortopedistas. Os dois primeiros grupos apresentaram baixos índices de QV (16,7) em especial no domínio ambiente (14,2), psicológico (15,4) e físico (14,1), associados, pelos autores, a condições de trabalho. Os ortopedistas apresentaram bons índices de QV sendo os domínios físico (63,89) e ambiente (65,77) os de pior avaliação.
ORTOPEDIA	
CUIDADORES	

Dallalana e Batista (2014), n = 60	Avaliam QV (13,8), em cuidadores de pacientes internados em serviços de urgência/emergência. Piores resultados na presença de grau de parentesco com cuidadores; vulnerabilidade dos cuidadores e importância da espiritualidade e rede socioafetiva.
SAÚDE COLETIVA	
DOR CRÔNICA/DOENÇA CRÔNICA	
Rocha e Fleck (2011), n = 241	Avaliam QV, em pacientes ($68,18 \pm 12,92$) e grupo controle ($79,29 \pm 2,04$), nos diferentes domínios, combinando diferentes instrumentos. Encontra associação entre presença de doença crônica e piora na maioria dos domínios, exceto o domínio de SRPB ³ (pacientes - $71,33 \pm 18,93$ e grupo controle - $68,96 \pm 0,49$). A importância da SRPB aparece positivamente associada com a QV na maioria dos domínios, independente de outros fatores.
PSIQUIATRIA	
Borges <i>et al</i> (2013), n= 15	Avaliam QV e seus domínios em pacientes com cervicalgia pré e pós tratamento fisioterápico. Melhora significativa após o tratamento fisioterapêutico nos domínios físico ($12,22 \pm 1,73$); psicológico ($13,95 \pm 1,25$); nível de independência ($13,78 \pm 1,82$); relações sociais ($13,93 \pm 1,93$) e ambiente ($13,08 \pm 1,17$).
FISIOTERAPIA	
Silva, Lindau e Giacheti, (2015), n = 30	Avaliam QV, em portadores de doença de Huntington (comparado a controles). Diferença na média de pontuação entre os grupos amostra e controle em todos os domínios, sendo o escore mais baixo no domínio nível de independência (9) nos pacientes e no domínio ambiental (15) para os controles.
FONOAUDIOLOGIA	
Reis e Costa (2010), n = 95; Silva e Amadei (2016), n = 39	Avaliam QV, em portadores de Lupus Eritematoso Sistêmico, e controles. Percepção de QV de mulheres adultas com LES em atividade intensa (80,5) pior do que naquelas com doença sem atividade (86,1). Significância estatística nos domínios SRPB (17,5), relações sociais (15,6) e ambiente (14,5). Relação inversa entre atividade da doença e percepção de QV.
REUMATOLOGIA	
Rebouças <i>et al</i> (2016), n = 20	Avaliam QV (68,75%) e seus domínios em deficientes auditivos. Melhor escore dos domínios foi o psicológico (71,69%). Boa avaliação geral e pior nos domínios físico (55,21%) e ambiente (48,48%). Chama atenção para essas questões na autonomia desses indivíduos.
ENFERMAGEM	
Oliveira, Morais e Sarian (2010), n = 76	Avaliam QV (13,0) e seus domínios em reconstrução mamária pós mastectomia (diferentes tempos). Maiores pontuações nos domínios SRPB (17,8) e relações sociais (15,4) na reconstrução imediata.
GINECOLOGIA	

FIGURA 2 – Autores, ano de publicação, total de participantes e resumo de artigos com aplicação do WHOQOL-100.

Fonte: autoria própria.

4 | DISCUSSÃO

A possibilidade de medir a saúde e não somente a doença ou o óbito, indicadores mais frequentemente utilizados tanto no campo da clínica como na saúde coletiva, trouxe um crescente interesse no estudo deste conceito, em diversas áreas que objetivam desvendar os fatores relacionados com as dimensões positivas e negativas da qualidade de vida. Este é um tema de suma importância para a promoção da saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1998). Entretanto, quando se trata de qualidade de vida o conceito deve se tornar mais amplo, considerando-se tanto os aspectos objetivos como os subjetivos do tema. Nesse sentido, em 2002, a área de Promoção da Saúde, da própria OMS redefiniu a saúde como “o adequado estado de bem estar físico, psíquico, social e espiritual que possibilite às pessoas ter e realizar aspirações e satisfazer suas necessidades” (WHO, 1998).

Este conceito de saúde está intimamente relacionado ao conceito de Qualidade de Vida. Segundo Nahas (2003), a QV é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Os parâmetros socioambientais relacionados à QV são: moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho, educação, opções de lazer e meio ambiente; e os parâmetros individuais são: hereditariedade e estilo de vida. Observa-se, nos estudos, que o domínio ambiente é o que apresenta menores valores, o que influencia a qualidade de vida em geral. Este achado se relaciona ao estudo de Ribeiro e Ribeiro (2013), que indicam o domínio ambiental como o pior avaliado na qualidade de vida nas cidades, a partir de dados do censo demográfico. O instrumento WHOQOL-100, ao englobar esses fatores, mensura a QV em sua complexidade, permitindo um olhar mais ampliado e integral para o cuidado.

Segundo Fleck (2000, p.35), as características psicométricas do instrumento são boas e a consistência interna, validade e discriminação são adequadas para “doentes e normais”, afirmações corroboradas pelos estudos analisados, que encontram valores estatisticamente significativos diferindo pacientes e controles (ROCHA e FLECK, 2011; SILVA, LINDAU e GIACHETI, 2015) e situações pré e pós tratamento (BORGES *et al*, 2013). Em portadores de doença de Huntington, o domínio nível de independência foi pior avaliado para doentes em comparação a controles (SILVA, LINDAU e GIACHETI, 2015). A consistência dos resultados dos artigos corrobora a aplicabilidade do instrumento a diferentes centros e culturas, afirmado a possibilidade de avaliar a QV de forma transcultural e original, como proposto pelo grupo que elaborou o WHOQOL.

Observa-se, igualmente, relação entre o cenário epidemiológico e a aplicação do instrumento, sendo as doenças crônicas e os idosos e seus cuidadores os principais grupos de aplicação do instrumento, o que condiz com a transição epidemiológica e

demográfica do país. Os resultados mostram a importância das demais dimensões da vida, além da biológica, para a qualidade de vida (REIS, COSTA, 2010; REBOUÇAS, *et al*, 2016).

Estudos que analisam dor e doenças crônicas apontam a importância dos domínios físico, e, igualmente, psicológico e nível de independência, como aponta Brasil (2008), para a qualidade de vida. Para este autor, a intervenção profissional em portadores de dor crônica em tratamento deve considerar não apenas o nível de dor e a saúde física, mas, igualmente, as condições emocionais no desempenho das atividades diárias, fator essencial para a melhora da qualidade de vida.

Chama a atenção diferentes formas de análise dos resultados, alguns estudos apresentando pontuação (como OLIVEIRA, MORAIS e SARIAN, 2010), outros apresentando a frequência de repostas por domínio (MARTINS *et al*, 2009), o que dificulta a comparação. Os artigos que avaliaram a qualidade de vida de idosos usaram apenas as 39 primeiras perguntas do WHOQOL-100. Esse, no entanto, não é um ponto fraco, mas forte do instrumento: sua flexibilidade permite a adaptação a diferentes cenários e objetivos de pesquisa.

Os profissionais de saúde foram outro público alvo significativo de aplicação do questionário. As baixas pontuações para o domínio ambiente (FERNANDES *et al*, 2010 e 2012; FOGAÇA *et al*, 2009, 2010 e MELLO e SOUZA, 2013) se relacionam ao estudo de Costa e Silva (2007), que apontam a influência do número de vínculos empregatícios e do stress no ambiente de trabalho de profissionais de saúde para a QV. O mais baixo escore médio do domínio ambiente foi representado pelas facetas segurança física e proteção, recursos financeiros e participação/oportunidades de recreação e lazer.

Os estudos analisados apresentam interessante agregação de instrumentos, que reafirmam e validam os resultados do WHOQOL (REIS e COSTA, 2010; REBOUÇAS *et al*, 2016; ROCHA e FLECK, 2011) e analisam as diferenças entre gêneros e outras caracterizações demográficas e sociais. Os demais artigos encontrados dentre os 38 que não utilizaram o WHOQOL-100 foram identificados na pesquisa, pois usam algum dos instrumentos dele derivados, em sua maioria o WHOQOL-breve e referenciam, no texto, o instrumento original, WHOQOL-100. Dado o caráter amplo e genérico do instrumento WHOQOL-100, estudos que possuem objetivos mais centrados optaram, então, por utilizar as variações do questionário (WHOQOL old ou dirigido a portadores do HIV) ou por combiná-los para que assim a pesquisa obtenha resultados mais dirigidos à população alvo; ressaltando-se que essa flexibilidade e desdobramentos eram esperados pelo grupo que desenvolveu o instrumento. (WHO, s/d)

5 | CONCLUSÃO

A produção acadêmica brasileira tem utilizado o instrumento WHOQOL da OMS para avaliar a qualidade de vida de portadores de condições crônicas de saúde; idosos,

cuidadores e profissionais de saúde. Os resultados validam o uso do instrumento, demonstrando capacidade discriminatória, seja entre pacientes e controles, seja entre situação pré e pós tratamento; e uma tendência à pior avaliação do domínio ambiente, que aponta para a importância do olhar ampliado sobre a saúde e o cuidado e reforça a dimensão integral da saúde, que deve ser considerada nos planos de cuidado.

REFERÊNCIAS

- BECKER, Roze Mary Ribas *et al.* **Interação entre qualidade do meio ambiente, estresse e a variação do gene APOE na determinação da suscetibilidade à fibromialgia.** Rev Bras Reumatol 2010;50(6):617-30.
- BORGES, M. de C., *et al.* **Avaliação da qualidade de vida e do tratamento fisioterapêutico em pacientes com cervicalgia crônica.** Fisioter Mov. 2013 set/dez;26(4):página 873-81.
- BRASIL V. V., *et al.* **Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura.** Rev. Eletr. Enf. n. 10, v. 2, p. 94-383, 2008.
- COSTA M. S, SILVA, M. J, **Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde.** Rev Enferm Rio de Janeiro, n. 15, v. 2, p. 236-41, 2007.
- DALLALANA, T. M., & BATISTA, M. G. R. **Qualidade de vida do cuidador durante internação da pessoa cuidada em Unidade de Urgência/Emergência: alguns fatores associados.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(11), 4587–4594, 2014.
- FERNANDES, J. S., *et al.* **A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):404-12.
- FERNANDES, J. S., *et al.* **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas.** Texto & Contexto - Enfermagem, 19(3), 434–442, 2010.
- FLECK, Marcelo P. de A ; *et al.* **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Rev Bras Psiquiatr, 21 (1), 1999.
- FLECK, Marcelo P. de A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):33-38, 2000.
- FLECK, Marcelo P. de A.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. **Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module.** Rev Saúde Pública 2006;40(5):785-91.
- FOGAÇA, M. de C., Carvalho, W. B. de, & Nogueira-Martins, L. A. **Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44(3), 708–712, 2010.
- FOGAÇA, M. de C., *et al.* **Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais.** Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):299-305.
- MARTINS, Josiane de Jesus *et al.* **Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares.** Acta Paul Enferm. 2009;22(3):265-71.
- MELLO, M. H. de, & SOUZA, J. C. **Qualidade de Vida dos Médicos Ortopedistas do Mato Grosso**

do Sul. Rev Bras Ortop. 2013;48(1):92-99.

MERGENER, M, et al. **Influência da interação entre qualidade ambiental e o SNP T102C do gene HTR2A sobre a suscetibilidade à fibromialgia.** Rev Bras Reumatol 2011;51(6):587-602.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.

OLIVEIRA, R. R. de, MORAIS, S. S., & SARIAN, L. O. **Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 32(12), 602–608, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): **Acerca de la OMS.** Disponível em: <<http://www.who.int/about/es/>>. Acesso em: 10 de Set. 2017.

PASKULIN, L. M. G., et al. **Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida.** Acta Paul Enferm 2010;23(1):101-7

REBOUÇAS, C. B. de A., et al. **Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 jan-fev;69(1):72-8.

REIS, Maria Gorete dos; COSTA, Izaias Pereira da. **Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil.** Rev Bras Reumatol 2010;50(4):408-22.

RIBEIRO, LC de Q., e RIBEIRO, M.G. **IBEU: índice de bem-estar urbano.** Rio de Janeiro: Letra Capital (2013).

ROCHA, N. S. da, & FLECK, M. P. da A. **Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 38(1), 19–23, 2011.

SILVA, C. S. da, LINDAU, T. A., & Giacheti, C. M. **Comportamento, competência social e qualidade de vida na Doença de Huntington.** Revista CEFAC, 17(6), 1792–1801, 2015.

WHO, World Health Organization. **Health promotion glossary.** Health Promotion International (Vol. 1). Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/> Consulta em 02/04/2015>. Acesso em: 10 de Set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL: **Measuring Quality Of Life.** s/d. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index10.html>>. Acesso em: 10 de Set. 2017.

ZIKA VÍRUS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo

Universidade Estadual de Goiás, Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas, Docente do Curso de Farmácia, Anápolis – Goiás.

Carlos Filipe Camilo Cotrim

Universidade Estadual de Goiás, Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas, Discente do PPG Recursos Naturais do Cerrado, Anápolis – Goiás.

Thiago Henrique Silva

Universidade Estadual de Goiás, Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas, Discente do Curso de Farmácia, Anápolis – Goiás.

Fernanda Patrícia Araújo Silva

Universidade Estadual de Goiás, Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas, Discente do Curso de Farmácia, Anápolis – Goiás.

Flávio Monteiro Ayres

Universidade Estadual de Goiás, Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás, Docente do Curso de Fisioterapia, Goiânia – Goiás.

Andreia Juliana Rodrigues Caldeira

Universidade Estadual de Goiás, Câmpus Anápolis de Ciências Exatas e Tecnológicas, Docente do Curso de Farmácia, Anápolis – Goiás.

principalmente no Brasil, país que apresentou o maior número de casos positivos da doença. O objetivo principal do presente estudo foi caracterizar as principais tendências das publicações científicas sobre os diferentes aspectos da doença. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da base de dados do sítio Scopus utilizando a palavra-chave “Zika vírus”. Foram levantados dados em todas as áreas do conhecimento, compreendendo trabalhos publicados até dezembro de 2015. Foram encontrados 237 artigos entre os anos de 2010 a 2015, ao longo dos anos as publicações de artigos científicos sobre Zika vírus aumentaram, sendo (75,1%) artigos originais/pesquisa e (24,9%) artigos de revisão. A área do conhecimento que engloba a maioria dos artigos é Medicina, com 121 artigos. Os autores que mais publicaram foram Musso D. e Cao-Lormeau V.M.A., ambos com 9 publicações. Os Estados Unidos obtiveram uma posição notória com 50 artigos publicados. Dentre os periódicos que mais publicaram sobre o tema a revista *Plos Neglected Tropical Diseases* (11 artigos) se destacou. A instituição de Ensino ou Pesquisa com maior número de publicações foi *Institut Louis Malardé* com 9 publicações. Os artigos estudados apresentaram aspectos inovadores da doença, como sua relação com outras patologias e suas diferentes formas de transmissão. Esse estudo permitiu visualizar o

RESUMO: O Zika vírus é um arbovírus do gênero *Flavivírus*, família Flaviviridae, com extrema importância para a saúde pública,

crescimento da produção científica sobre o tema e espera-se que o mesmo sirva de orientação auxiliar para investimento em futuras pesquisas associadas ao Zika vírus.

PALAVRAS-CHAVE: Zika vírus, Produção científica, Microcefalia.

ABSTRACT: The Zika virus is an arbovirus of the genus *Flavivirus*, family Flaviviridae of extreme importance for public health, mainly in Brazil, country that presented the highest number of positive cases of the disease. The main objective of this study was to characterize the main trends of scientific publications on various aspects of the disease. The bibliographic survey was carried out through the database of the Scopus site using the keyword "Zika virus". Data were collected in all areas of knowledge, including papers published up to December 2015. Found 237 articles between the years 2010-2015, over the years the publication of scientific articles on Zika virus increased, and (75.1%) original /research articles and (24.9%) of review articles. The area of knowledge that encompasses most of the articles is Medicine, with 121 articles. Authors who have published more were Musso D. and Cao-Lormeau V.M.A., both with 9 publications. The United States obtained a remarkable position with 50 published articles. Among the journals that published on the subject was the magazine Plos Neglected Tropical Diseases (11 articles). The education institution or research with more publications was Institut Louis Malardé with 9 publications. The studied articles presented innovative aspects of the disease, such as its relationship with other pathologies and different forms of transmission. This study allowed to see the growth of scientific literature on the subject and it is hoped that it will serve as guidance to assist investment in future research associated with the Zika virus.

KEYWORDS: Zika vírus, Cientific production, Microcephaly.

1 | INTRODUÇÃO

O Zika vírus é um Flavivírus que foi isolado pela primeira vez na floresta Zika em Uganda na África, no ano de 1947, de um macaco da espécie *Rhesus* (ZANLUCA et al., 2015). Antes dessa doença se estabelecer nas Américas, tinham-se relatos esporádicos somente nos continentes Asiático e Africano; mas após o ano de 2007 foram registrados surtos nas ilhas da Micronésia, Polinésia Francesa e Nova Caledônia (KASHIMA; SLAVOV; COVAS, 2016). A hipótese provável para a chegada desse vírus no Brasil é a de que ele tenha vindo com algum turista durante a Copa do Mundo de Futebol no ano de 2014 ou durante o Mundial de Canoagem, realizado nesse mesmo ano (GOORHUIS et al., 2016).

O Zika vírus é transmitido, principalmente, pela picada do mosquito *Aedes aegypti* apresentando como principais sintomas mal-estar, calafrios, febre, dor de cabeça, dor muscular, artralgia e dor periorbital, podendo ser confundida periodicamente com outras enfermidades. Esse fato juntamente com o fato de às vezes os pacientes apresentarem sintomas brandos e não procurarem atendimento médico, somados com uma saúde pública precária levam à uma subnotificação dos casos contribuindo para

um panorama falho da situação do Zika vírus no Brasil (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). No Brasil, em 2016, foram notificados cerca de 91.387 prováveis casos da doença, dos quais 31.616 casos foram confirmados positivos para a doença (BRASIL, 2016a).

A avaliação do conhecimento permite à sociedade avaliar como o saber vem se desenvolvendo e como eles auxiliam a resolução de problemas comuns daquela comunidade (VANTI, 2002). Uma área na ciência que vem crescendo nas últimas décadas e tornando-se cada vez mais forte, juntamente com os avanços em publicações, pesquisas e métodos científicos é a Cienciometria (MUGNAINI; JANNUZZI; QUONIAM, 2004). Ela se caracteriza pelo conjunto de métodos quantitativos empregados para estudar as atividades científicas, enfocando a produção ou a comunicação destas (BUFREM; PRATES, 2005). A análise da produção científica em uma determinada área gera instrumentos para nortear diretrizes, programas para investimentos tecnológicos, científicos e em saúde (HOLBROOK, 1992).

Desta feita, o presente trabalho tem como propósito analisar a produção científica sobre o tema Zika vírus por se tratar de uma doença emergente que representa um desafio adicional para os sistemas de saúde pública. Além de apresentar associação com outras inúmeras doenças, seja por similaridade dos sintomas (Dengue e Chikungunya) ou pelas complicações causadas por essa doença (Microcefalia e Síndrome de *Guillain-Barré*), gerando custos ominosos para um sistema público de saúde que já se encontra sobrecarregado.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é uma descrição quantitativa, com fonte de dados documentais envolvendo o tema Zika vírus. O levantamento da produção científica foi feito a partir de publicações científicas envolvendo o tema na base de dados do sítio *Scopus*, que abrange uma enorme produção científica mundial.

A plataforma de dados *Scopus* é atualmente uma das fontes mais abrangentes e confiáveis de literatura técnica e científica revisada por pares e indexada que pertence à Editora Elsevier. Trata-se de uma base de dados com várias ferramentas de busca que permitem uma visão ampla de tudo que está sendo publicado cientificamente sobre um determinado tema, onde os pesquisadores têm uma quantidade de informações suficientes para basear seus projetos, desde a pesquisa básica, aplicada e até mesmo a inovação tecnológica.

A busca de artigos científicos foi realizada durante os meses de março e abril de 2016. Para o estudo, foram utilizadas as palavras chaves “Zika vírus” e pela opção “*all fields*”, que considerou publicações do ano de 2010 a 2015 e em todas as áreas de conhecimento disponíveis. Após a seleção dos artigos foi realizada a leitura dos *abstracts* dos mesmos e as seguintes informações foram levantadas: ano da publicação, nome dos autores do trabalho, tipo de documento publicado (artigo

ou revisão), área do conhecimento do periódico, nome do periódico, país do primeiro autor, idiomas onde foram realizados os estudos.

Os dados foram organizados e tabulados de acordo com cada variável de pesquisa, anteriormente mencionados. Logo após, foram analisados por meio de estatística descritiva com a intenção de delinear um panorama científico dessas informações.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Revisão bibliográfica

3.1.1 *Zika Vírus- Um breve histórico*

O Zika vírus é um arbovírus do gênero *Flavivírus*, família Flaviviridae que está estreitamente relacionado a outros vírus dessa família de extrema importância para a saúde pública como a Dengue, a Febre Amarela e o vírus do Nilo Oriental. O Zika vírus foi isolado pela primeira vez em 1947, a partir de macacos do gênero *Rhesus* utilizados como sentinelas para detecção de febre amarela, na floresta Zika, em Uganda na África (ZANLUCA et al., 2015).

Até o presente momento, são descritas duas linhagens do Zika vírus: uma africana e outra asiática. Na África Oriental, o Zika vírus é provavelmente mantido em ciclo silvestre; por outro lado, na África Ocidental e na Ásia, além de o vírus ter sido isolado em macacos há uma provável circulação em várias espécies de animais vertebrados, incluindo mamíferos de grande porte e roedores. A linhagem do vírus que circula atualmente está relacionada com amostras isoladas a partir de pacientes que adquiriram a doença na Polinésia Francesa, ambos pertencentes à linhagem asiática (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

A primeira evidência de infecção humana pelo Zika vírus se remete ao ano de 1952, a partir de amostras de soro humano do Leste da África permanecendo relativamente desconhecido e adormecido até o ano de 2007, quando ocorreu um surto dessa doença na ilha de Yap e em outras ilhas próximas dos Estados Federados da Micronésia, sendo precipitadamente relacionado ao vírus da dengue pela proximidade dos sinais e sintomas das doenças (KASHIMA; SLAVOV; COVAS, 2016). Foram registrados surtos significativos, também, nas ilhas da Polinésia Francesa, Nova Caledônia e Ilha de Páscoa. Casos de febre pelo vírus Zika foram descritos no Canadá, Alemanha, Itália, Japão, Estados Unidos, Austrália e Chile (GOORHUIS et al., 2016).

3.1.2 *Transmissão do Zika vírus*

A transmissão do Zika vírus é consequência da picada de mosquitos do gênero

Aedes aegypti, sendo esses artrópodes originários da África e imensamente distribuídos em regiões tropicais, subtropicais e temperadas, atingindo um enorme contingente de pessoas (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

O vírus Zika, aparentemente, pode ser transmitido sexualmente. Após o relato de caso onde, um cientista que tinha visitado o Senegal e após o seu retorno aos Estados Unidos manteve relações sexuais com sua esposa antes do surgimento dos sintomas da doença; a mulher nunca tinha deixado os Estados Unidos e tornou-se sintomática após o retorno do marido (MARCONDES; XIMENES, 2016). A possibilidade de transmissão sexual era ainda mais apoiada por um estudo que mostrou altas cargas de RNA (Ácido Ribonucleico) do Zika vírus e o vírus replicativo no sêmen de um paciente com hematospermia, que havia desenvolvido duas semanas após a cura clínica e remoção de vírus do sangue. Esta observação sugere que a transmissão sexual do Zika vírus potencialmente pode ocorrer depois da recuperação a partir da infecção (MUSSO et al., 2015).

A transmissão via transfusão sanguínea já foi relatada. O isolamento de Zika vírus de 3% dos doadores de sangue assintomáticos na Polinésia Francesa já tinha levantado o potencial para esta forma de transmissão (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). A transmissão por via neonatal também já foi descrita. Menos frequentes, apesar de possíveis, ainda não se tem a dimensão da importância epidemiológica destes mecanismos de transmissão (sexual, perinatal e hemotransfusão) (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

3.1.3 Sinais e sintomas da doença

O período de incubação da doença varia de três a doze dias após a picada pelo mosquito. A infecção pelo Zika vírus é uma doença febril aguda, autolimitada, que, via de regra, não se associa a complicações graves, sem registro de mortes, e que leva a uma baixa taxa de hospitalização. Quando sintomática, a infecção causa febre baixa, exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. Em geral, o desaparecimento dos sintomas ocorre entre três e sete dias após seu início. No entanto, em alguns pacientes a artralgia pode ser persistente (MARCONDES; XIMENES, 2016).

3.1.4 Diagnóstico da doença

Até a conclusão do presente trabalho, não há testes comerciais sorológicos que permitam a detecção do vírus, sendo assim, o diagnóstico da infecção é realizado por meio de RT-PCR (Amplificação por reação em cadeia da polimerase, antecedida de transcriptase reversa) baseando-se principalmente na detecção de RNA (Ácido Ribonucleico) viral a partir de espécimes clínicos, obtendo in vitro várias cópias de um

determinado segmento de DNA (Ácido Desoxirribonucleico) (GOORHUIS et al., 2016). Essa técnica vem sendo utilizada como alternativa de alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico rápido de doenças infecciosas (OGUSKU; SALEM, 2004).

Na maioria das vezes, embora incomuns e inespecíficas, leucopenia, linfocitose e plaquetopenia são possíveis e detectáveis em hemogramas (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015). Sorologias, como a realizada pela técnica ELISA (do inglês “Enzyme Linked Immunono Sorbent Assay”), podem ser positivas após a fase sintomática da doença, adquirindo importância enquanto diagnóstico retrospectivo para fins epidemiológicos, já que são encontradas imunoglobulinas IgG e IgM a partir do terceiro dia de infecção por fluidos corporais como a urina e a saliva (MARCONDES; XIMENES, 2015).

A dificuldade do diagnóstico se dá pela ocorrência de epidemias do Zika vírus em locais onde ocorre a circulação do vírus da dengue, possibilitando a reação cruzada dos testes sorológicos por outros flavivírus; além da proximidade dos sintomas das duas doenças e da dificuldade em avaliá-los e distingui-los. Uma formação precária dos profissionais da saúde e a falta de informação podem dificultar ainda mais o diagnóstico definitivo (PINTO JÚNIOR et al., 2015; ZANLUCA et al., 2015).

3.1.5 Tratamento da doença

O tratamento é sintomático, ou seja, são tratados os sintomas para que sejam diminuídos o desconforto causado ao paciente pois não existem vacinas, tampouco um medicamento específico para o tratamento da infecção pelo vírus Zika. Não é recomendado o uso de fármacos salicilatos e nem de anti-inflamatórios não esteroidais para evitar a indução de possíveis efeitos adversos como hemorragias, hepatopatias, alergias e nefropatias (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

Nas erupções pruriginosas, deve-se evitar banhos quentes, excesso de sabão e hidratar a pele corretamente; os anti-histamínicos podem ser uma alternativa, já que podem atuar tanto na causa do prurido quanto na sedação que provocam (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

3.1.6 Zika Vírus: um panorama na saúde brasileira

O mundo globalizado trouxe como consequência a maior interação entre as diversas nações do planeta com evidente benefício econômico e social. O aumento da locomoção entre os mais variados pontos do globo terrestre tornou-se realidade devido à eficiência e evolução dos meios de transportes (VASCONCELOS, 2015).

Uma das consequências ominosas é que os agentes infecciosos também se espalharam com esse fenômeno. Tanto doenças conhecidas como novas doenças disseminaram-se com a mesma eficiência da globalização, como é o caso do Zika vírus (VASCONCELOS, 2015). A hipótese provável para a chegada desse vírus no Brasil é a de que ele tenha vindo com algum turista durante a realização da Copa

do Mundo de Futebol no ano de 2014 ou durante o Mundial de Canoagem, realizado nesse mesmo ano na cidade do Rio de Janeiro (GOORHUIS et al., 2016).

A circulação dessa nova doença foi reconhecida quase que simultaneamente nos estados da Bahia e de São Paulo sete meses após a realização da Copa do Mundo de Futebol nesses estados. Posteriormente, foi confirmada sua circulação nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Alagoas, Maranhão e Pará, abrangendo quase que todas as regiões do território nacional brasileiro (VASCONCELOS, 2015).

A descoberta dessa doença acrescenta um vírus potencialmente nocivo a uma lista de vários outros vírus que são amplamente transmitidos pelo *Aedes aegypti* no Brasil. Assim, a presença do vetor em todas as regiões favorece a disseminação de outras doenças transmitidas por este (MARCONDES; XIMENES, 2015). Ao contrário de ações anteriores no combate ao mosquito *Aedes aegypti*, onde foi possível até erradicá-lo do território nacional, após a década de 80 não houve grandes êxitos nas ações aplicadas para sua eliminação (BRAGA; VALLE, 2007).

A propagação do Zika vírus representa um desafio adicional para os sistemas de saúde pública, especialmente por causa do risco para a transmissão simultânea de Dengue e Chikungunya pelo mesmo vetor, sendo importante ressaltar o controle vetorial e o reconhecimento precoce das áreas infestadas para minimizar o impacto na população (VASCONCELOS, 2015).

Além disso, o acometimento do sistema neurológico por essa doença torna ainda mais preocupante o controle epidemiológico da doença, visto que houve inúmeros relatos de microcefalia em bebês de mães que foram infectadas pelo Zika vírus. A Síndrome de *Guillain-Barré* também está sendo associada a alguns casos pouco após o desenvolvimento do quadro clínico da infecção pelo vírus (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

O diagnóstico conclusivo para a infecção pelo vírus, RT-PCR, possui um custo bastante elevado sendo dispendioso para a saúde pública. Além disso, os sintomas apresentados podem ser confundidos periodicamente com outras enfermidades (Dengue e Chikungunya). Esses fatos somados com uma saúde pública precária e profissionais pouco treinados levam à uma subnotificação dos casos contribuindo para um panorama falho da situação do Zika vírus no Brasil (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

3.1.7 Zika vírus e sua relação com Microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré

O Zika vírus, fez inúmeras vítimas no Brasil, principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste, deixando o país em estado de alerta. As complicações ocasionadas pela doença ainda não são bem descritas, mas estão sendo relacionadas à microcefalia e a Síndrome de *Guillain-Barré*, levando o Ministério da Saúde a decretar estado de emergência nacional devido ao surto de microcefalia no estado de Pernambuco (REIS, 2015).

A microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24

horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o Perímetro Cefálico apresente medida menor que menos dois (-2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. A identificação da microcefalia se dá principalmente pela medição do Perímetro Cefálico, procedimento comum no acompanhamento clínico do recém-nascido, visando à identificação de doenças neurológicas (BRASIL, 2016b).

A microcefalia pode ser associada a inúmeros fatores como: desnutrição materna, abuso de drogas e infecções durante a gestação, ou ainda, síndromes metabólicas e agressões ambientais. Embora as investigações não sejam conclusivas, a principal suspeita da causa do surto é a infecção materna pelo Zika vírus (REIS, 2015).

Recentes estudos descrevem lesões graves do cérebro fetal associada à infecção pelo Zika vírus com a transmissão vertical. Relatam ainda, severo acometimento do Sistema Nervoso Central, grave restrição do crescimento intrauterino, calcificações na placenta e uma baixa relação peso placentário-fetal indicando danos à placenta pelo vírus; não foram detectadas alterações em nenhum outro órgão do feto além do cérebro, sugerindo forte neurotropismo do vírus (MLAKAR et al., 2016).

As pesquisas sobre a microcefalia e a sua relação com o vírus Zika devem continuar para esclarecer questões como a transmissão desse agente e a sua atuação no organismo humano podem afetar o feto. A testagem para Zika vírus foi uma medida adotada e indicada pelo Ministério da Saúde no protocolo de atendimento dos casos de microcefalia no Brasil. Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016c).

Existe ainda a relação do Zika vírus com a Síndrome de *Guillain-Barré*, em casos graves, podendo ocorrer o acometimento do Sistema Nervoso Central. Em uma epidemia ocorrida na Micronésia, foram registrados 40 casos da Síndrome de *Guillain-Barré*, sendo que em um período anterior de um ano, havia registros de apenas de 5 casos na região. O mesmo fato foi confirmado na Polinésia Francesa e no Brasil (GOORHUIS et al., 2016).

A Síndrome de *Guillain-Barré* pode ser definida como uma polineuropatia aguda de rápida progressão caracterizada por desmielinização dos nervos ou dano axonal primário (LASTRA; HEREDERO, 2002). A Síndrome de *Guillain-Barré* pode ser relacionada a uma resposta imunológica que o organismo realiza em função de agentes infecciosos e caracteriza-se por comprometimento periférico ascendente, progressivo e geralmente simétrico, na qual as manifestações motoras predominam sobre as sensoriais. Caracteristicamente, há perda de força dos membros inferiores, perda do controle esfíncteriano, comprometimento de pares cranianos e diminuição dos reflexos tendinosos profundos. O paciente geralmente tem fraqueza muscular, a qual costuma ser proeminente nas pernas, dor à palpação e espontânea nos músculos é comum nos estágios iniciais (BENETI; SILVA, 2006).

O diagnóstico da Síndrome de *Guillain-Barré* baseia-se, além das manifestações clínicas, na clássica dissociação proteíno-citológica no líquido cefalorraquidiano, onde ocorre elevação da proteinorraquia acompanhada por poucas células mononucleares (BRASIL, 2009). O tratamento específico da Síndrome de *Guillain-Barré* visa primordialmente acelerar o processo de recuperação, diminuindo as complicações associadas à fase aguda e os déficits neurológicos residuais à longo prazo. Assim, pacientes com Síndrome de *Guillain-Barré* necessitam ser inicialmente admitidos no hospital para observação rigorosa, precisando ser monitorados em Unidade de Terapia Intensiva já que o quadro clínico pode avançar para uma insuficiência respiratória, podendo levar à morte (PINTO JÚNIOR et al., 2015).

3.2 Analise cienciométrica

Foram encontrados 467 artigos científicos publicados sobre Zika vírus entre os anos de 2000 a 2015. Verificou-se que o número de publicações aumentou de maneira significativa ao longo do tempo, chegando a um número máximo de 112 artigos no ano de 2015 (figura 1). O aumento expressivo pode ser relacionado, coincidentemente, com os surtos da doença no Brasil e na América Latina. Entre os anos de 2014 e 2015, o Zika vírus espalhou-se explosivamente por toda a extensão do continente americano causando surtos. O Brasil é o país com o maior número de casos positivos de Zika vírus na América Latina (SLAVOV et al., 2016). O crescimento progressivo do conhecimento científico, não somente nesta área pesquisada, está relacionado positivamente com o aumento do número dos artigos, o qual é utilizado como medida para quantificar o progresso e evolução da ciência, e também para avaliar a produtividade e o impacto da atividade de pesquisa (VERBEEK et al., 2002). O aumento do número de publicações também pode ser explicado pela maior disponibilidade das publicações, pesquisas e projetos na internet (HEY; TANSLEY; TOLLE, 2009).

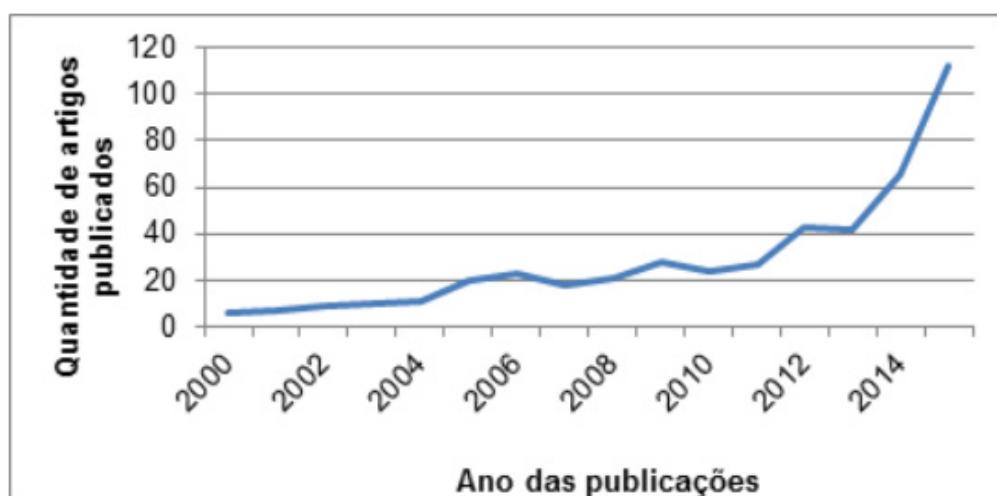


Figura 1 - Quantidade de artigos publicados sobre Zika vírus durante o período de 2000 a 2015.

A busca pelos artigos científicos para a realização deste trabalho teve como foco apenas artigos originais/pesquisa e de revisão durante os anos de 2010 a 2015, devido ao grande número de artigos publicados e a enorme abrangência do assunto, totalizando 237 artigos. A grande maioria dos artigos publicados sobre Zika vírus foram por artigos originais, um total de 178 (75,1%), são artigos que se baseiam em trabalhos experimentais, orientados por metas e estratégias, que buscam obter novos conhecimentos e respostas sobre os fundamentos dos fenômenos e fatos observáveis. Dentre os artigos restantes, 59 (24,9%) no total, são artigos de revisão (figura 2). Este menor número de artigos se deve ao fato de que ele envolve uma vasta busca sobre o assunto, que englobe trabalhos de vários autores, que sua escrita consome muito tempo e que sua organização seja, talvez, bastante monótona. Outra explicação seria que os próprios cientistas acreditam que a revisão bibliográfica não traz prestígio, nem é considerado um trabalho de alto nível (MOREIRA, 2008). É comprovado que a frequência destes trabalhos, em diferentes áreas de conhecimento é bem menor do que os estudos experimentais ou descritivos (CARNEIRO; NABOUT; BINI, 2008).

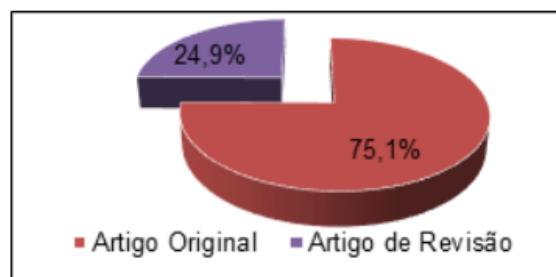


Figura 2 - Porcentagem de artigos publicados sobre Zika vírus entre os anos de 2010 a 2015.

A grande área de conhecimento que engloba boa parcela dos artigos sobre o tema é a Medicina com 121 artigos, os quais evidenciam a patologia, sinais e sintomas, tratamento e a relação do Zika vírus com a Microcefalia e a Síndrome de *Guillain-Barré*. Em seguida está a Imunologia e a Microbiologia, com 60 artigos, tratando dos aspectos imunológicos do vírus causador da doença no organismo e dos aspectos de transmissão da doença. Logo após vem a Bioquímica, Genética e Biologia Molecular com 41 artigos, tratando principalmente das formas e técnicas de diagnóstico da doença. Por último podemos encontrar a Agricultura e Ciências Biológicas com 15 artigos publicados nessa área do conhecimento (figura 3).

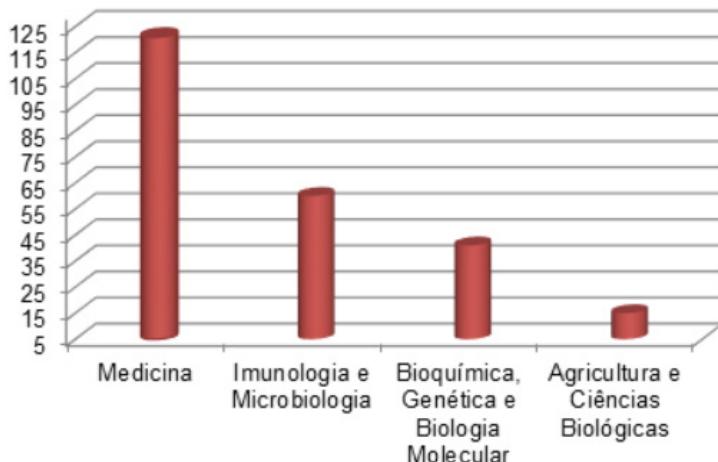


Figura 3 - Distribuição de artigos entre as diferentes áreas de conhecimento, os quais se enquadram o Zika vírus.

Os autores que mais publicaram sobre o assunto foram Musso D. e Cao-Lormeau V.M.A., com 9 publicações cada. O autor Sall A.A.L. publicou 8 artigos, Faye O. publicou 7 artigos, Weaver S.C. publicou 6 artigos, Diallo M. publicou 6 artigos. Os autores Teissier A., Faye O., Roche C. publicaram 5 artigos cada um (figura 4). A divulgação dos resultados de uma pesquisa tem como objetivo principal tornar público as novas descobertas científicas, além de guardar a propriedade intelectual e alcançar a fama dos autores, portanto, um número maior de publicações garante ao pesquisador uma vantagem em relação aos demais. Esse número também reflete em sua área específica de trabalho, à medida que a publicação é a expressão de uma pessoa ou de um grupo trabalhando em conjunto frente uma pesquisa (OKUBO, 1997).

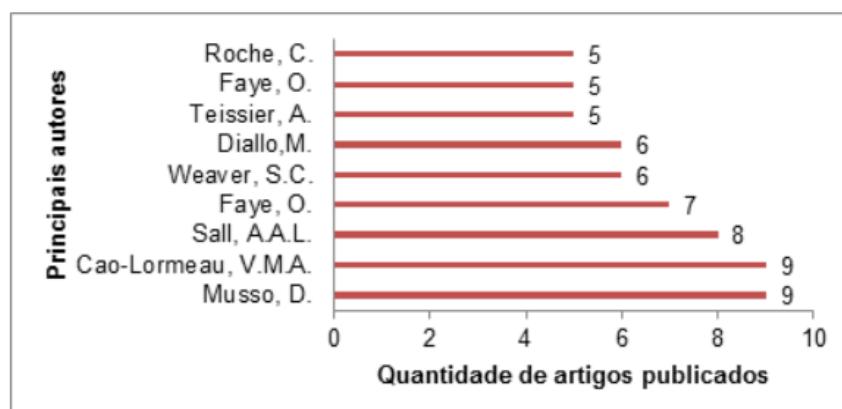


Figura 4 - Autores que publicaram mais de 5 artigos sobre o tema Zika vírus.

Entre os países que mais publicaram, estão os Estados Unidos, que alcançou o primeiro lugar com 50 artigos, seguido da França com 23 artigos; logo após temos a Austrália, o Reino Unido e a Alemanha com 14 artigos publicados cada. A China e a Itália publicaram 11 artigos, a Polinésia Francesa publicou 10 artigos, o Senegal 9 e o Brasil 8 artigos (figura 5). O grande número de publicações de autores dos Estados Unidos reflete na infraestrutura e no investimento que o país faz em pesquisas científicas.

Atualmente, a atividade científica é altamente concentrada em países industrializados, países ainda em desenvolvimento encontram dificuldades em realizar trabalhos em áreas específicas, pois necessitam de equipamentos e de tecnologia avançada (CARNEIRO; NABOUT; BINI, 2008).

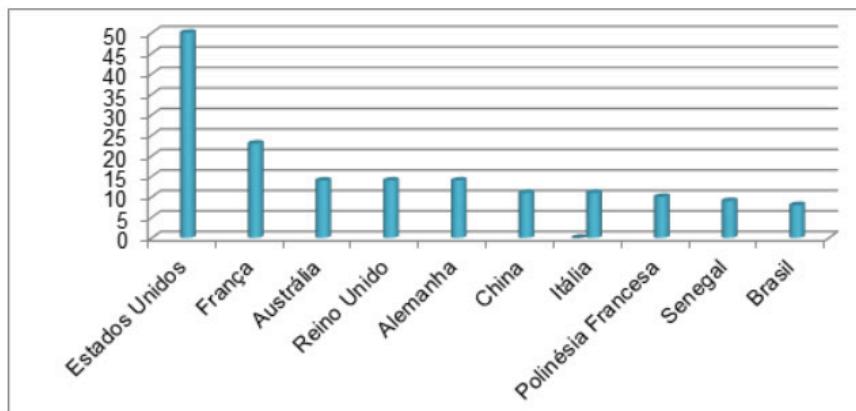


Figura 5 - Países que obtiveram uma produção científica mais significativa sobre o tema Zika vírus.

Pode-se relacionar, também, a produção científica dos países com os surtos da doença Zika nos países que obtiveram uma produção científica mais significativa. Com o advento da Copa do Mundo e do Mundial de Canoagem, realizados em diferentes cidades brasileiras, e um aumento exponencial no número de turistas estrangeiros em nosso país, o Zika vírus se propagou no Brasil rapidamente fazendo com que a produção científica brasileira se destacasse. A comunidade científica brasileira cresceu consideravelmente durante as duas últimas décadas, o que reflete na quantidade de publicações, mas ainda está muito atrás dos países desenvolvidos em todas as áreas do conhecimento científico (LETA; CHAIMOVICH, 2002).

Dentre os periódicos que se destacaram na publicação de artigos científicos envolvendo Zika vírus está o periódico *Plos Neglected Tropical Diseases* com 11 artigos, seguida por *Plos One* com 9 artigos, o periódico *Eurosurveillance* publicou 8 artigos, a revista *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* publicou 6 artigos, o jornal *Emerging Infectious Diseases* publicou 6 e o *Journal of Virology* publicou 5 artigos (figura 6). A publicação de um trabalho em um periódico científico serve de critério, dentre outros, para avaliar sua relevância em seu campo de conhecimento (VANTI, 2002, MACIAS-CHAPULA, 1998). A revista *Plos Neglected Tropical Diseases*, a qual possui mais publicações, é especialista no assunto e norteia buscas na maioria das vezes esclarecedoras, considerando que esta revista apresenta informações relevantes sobre a patologia, o que reflete a qualidade no conteúdo que apresenta.

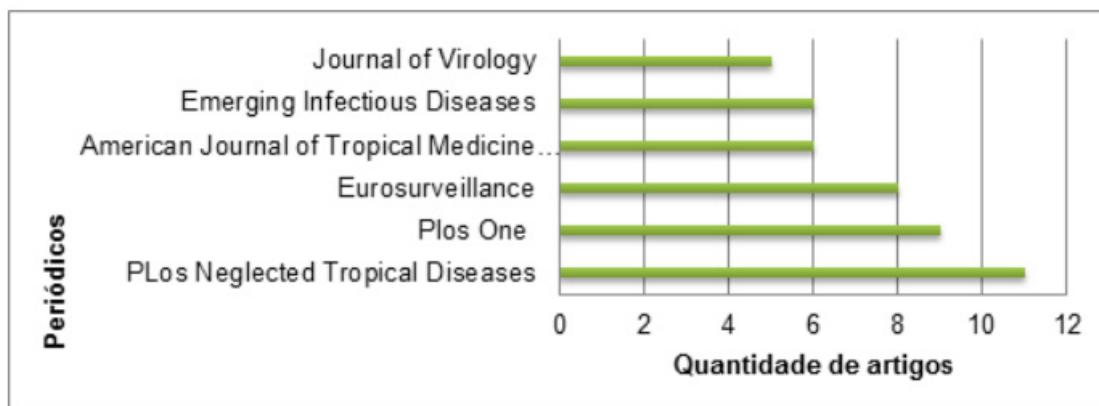


Figura 6 - Periódicos que mais publicaram artigos envolvendo o tema Zika vírus.

As instituições de Ensino ou Pesquisa que tiveram maior número de publicações foram *Institut Louis Malardé* com 9 publicações; *Center for Disease Control and Prevention* e *Institut Pasteur de Dakar* publicaram, ambas, 8 artigos. As instituições *Institut Pasteur de Paris*, *UT Medical Branch at Galveston* e *Organisation Mondiale de La Sante* publicaram 6 artigos cada uma. As instituições *Universite de La Reunion*, *Centre National de La Recherche Scientifique*, *China Agricultural University* e a Fundação Oswaldo Cruz publicaram 4 artigos cada uma (figura 7).

O aumento de publicações deve ser entendido como consequência, além do crescimento propriamente da produção acadêmica, da ampliação da cobertura do número de revistas indexadas pela base bibliográfica e tendência inevitável e esperada, de modo a garantir sua validade ao longo do tempo. Os indicadores cienciométricos podem ser úteis para avaliar resultados tangíveis do investimento em pesquisa – como a publicação de artigos científicos e patentes registradas – e responder parcialmente a questionamentos acerca do impacto das pesquisas na comunidade científica – através de medidas como fator de impacto. Naturalmente, ao interpretá-los, deve-se cuidar para não tomar o indicador como o adequado, tomando as medidas cienciométricas como o retrato único, mais confiável e incontestável do grau de desenvolvimento científico ou da importância de grupos de pesquisas específicos (OKUBO, 1997).

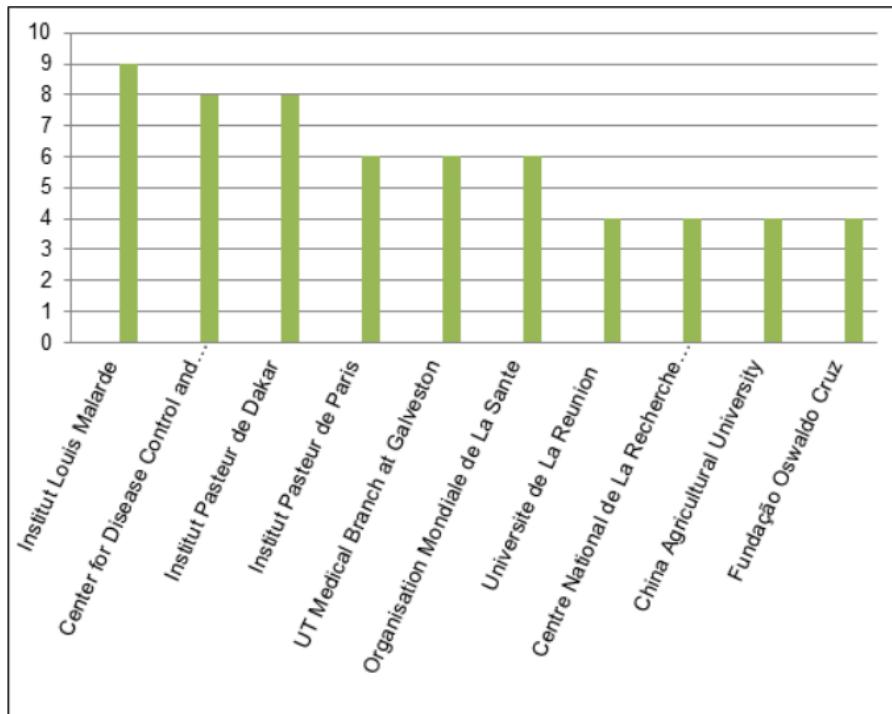


Figura 7 - Instituições de Ensino ou Pesquisa na qual os autores possuem vínculo e que apresentam maior número de publicações sobre Zika vírus

4 | CONCLUSÃO

Nos últimos 15 anos em consequência do avanço da ciência, as publicações científicas sobre Zika vírus cresceram progressivamente ao longo dos anos, obtendo um número máximo de 112 artigos no ano de 2015. A maior parte dessas publicações foram de artigos de pesquisa (75,1%). Esses artigos científicos estão incluídos principalmente na área da Medicina, onde conta com mais informações a seu respeito, visto que o Zika vírus trata-se de uma patologia relativamente nova, mas que está em aumento exponencial por todo o globo terrestre e é responsável por consequências mórbidas, principalmente em bebês.

Musso, Didier foi o autor que mais publicou artigos relacionados ao assunto, com 9 publicações, contribuindo de forma efetiva para o entendimento de todos os aspectos relacionados a doença. Os Estados Unidos é o país que mais tem artigos publicados, reflexo dos numerosos investimentos governamentais e da alta tecnologia disponibilizada para realização das pesquisas.

O periódico que mais publicou artigos foi a revista *Plos Neglected Tropical Diseases*, que é especializada no assunto. A maioria dos estudos apresentou aspectos sobre a doença, principalmente os relacionados à Microcefalia e à Síndrome de Guillain-Barré, apresentando grande importância para a sociedade em geral.

Através das ferramentas da cienciometria foi possível caracterizar as principais tendências das publicações científicas envolvendo o Zika vírus, tornando esses indicadores úteis para a avaliação dos resultados tangíveis do investimento em pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BENETI, M. G.; SILVA, D. L. D.; Síndrome de Guillain-Barré. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 27, n. 1, p. 57-69, 2006.
- BRAGA, I. A.; VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré Portaria SAS/MS nº 1171, de 19 de novembro de 2015. Revoga a Portaria nº 497/SAS/MS, de 24 de dezembro de 2009**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/protocolo-sindrome-guillain-barre-livro.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2016.
- BRASIL, P., et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 24, p. 2321-2334, 2016c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília, 2016b. Disponível em: Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em 05 de março de 2016.
- BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Saúde divulga primeiro balanço com casos de Zika no país**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/23390-saude-divulga-primeiro-balanco-com-casos-de-zika-no-pais>>. Acesso em 26 de abril de 2016.
- BUFREM, L.; PRATES, Y. O saber científico registrado em práticas de mensuração da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 9-25, 2005.
- CARNEIRO, F. M.; NABOUT, J. C.; BINI, L. M. Trends in the scientific literature on phytoplankton. **Limnology**, v. 9, n. 2, p. 153-158, 2008.
- GOORHUIS, A.; VON EIJE, K. J.; DOUMA, R. A.; RIJNBERG, N.; VAN VUGT, M.; STIJNIS, C.; GROBUSCH, M. P. Zika virus and the risk of imported infection in returned travelers: implications for clinical care. **Travel medicine and infectious disease**, v. 14, n. 1, p. 13-15, 2016.
- HEY, T.; TANSLEY, S.; TOLLE, K. M. **The fourth paradigm: data-intensive scientific discovery**. Redmond, WA: Microsoft research, 2009.
- HOLBROOK, J. A. D. Why measure science?. **Science and public policy**, v. 19, n. 5, p. 262-266, 1992.
- KASHIMA, S.; SLAVOV, S. N.; COVAS, D. T. Zika virus and its implication in transfusion safety. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, v. 38, n. 1, p. 90-91, 2016.
- LASTRA, A. F.; HEREDERO, J. B. Rehabilitación: Protocolo de Manejo de Guillain-Barré. **Revista Eletrônica Perineuro Neurofisiologia Clínica**, 2002.
- LETA, J.; CHAIMOVICH, H. Recognition and international collaboration: the Brazilian case. **Scientometrics**, v. 53, n. 3, p. 325-335, 2002.
- LUZ, K. G.; SANTOS, G. I. V.; VIEIRA, R. M. Febre pelo vírus Zika. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 785-788, 2015.
- MACIAS-CHAPULA, C. A. O papel da informetria e da cienciometria e sua perspectiva nacional e internacional. **Ciência da informação**, v. 27, n. 2, 1998.

MARCONDES, C. B.; XIMENES, M. F. F. M. Zika virus in Brazil and the danger of infestation by *Aedes* (Stegomyia) mosquitoes. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 49, n. 1, p. 4-10, 2016.

MLAKAR, J.; et al. Zika virus associated with microcephaly. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 10, p. 951-958, 2016.

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. **Janus**, v. 1, n. 1, 2008.

MUGNAINI, R.; JANNUZZI, P.; QUONIAM, L. Indicadores bibliométricos da produção científica brasileira: uma análise a partir da base Pascal. **Ciência da informação**, v. 33, n. 2, 2004.

MUSSO, D.; ROCHE, C.; ROBIN, E.; NHAN, T.; TEISSIER, A.; CAO-LORMEAU, V. M. Potential sexual transmission of Zika virus. **Emerging infectious diseases**, v. 21, n. 2, p. 359, 2015.

OGUSKU, M. M.; SALEM, J. I. Análise de diferentes primers utilizados na PCR visando ao diagnóstico da tuberculose no Estado do Amazonas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 4, p. 343-9, 2004.

OKUBO, Y. **Bibliometric indicators and analysis of research systems: methods and examples**, 1997.

PINTO JÚNIOR, V. L.; LUZ, K.; PARREIRA, R.; FERRINHO, P. **Vírus Zika: Revisão para Clínicos**, 2015.

REIS, R. P. **Aumento dos casos de microcefalia no Brasil**, 2015.

SLAVOV, S. N.; OTAGUIRI, K. K.; KASHIMA, S.; COVAS, D. T. Overview of Zika virus (ZIKV) infection in regards to the Brazilian epidemic. **Brazilian journal of medical and biological research**, v. 49, n. 5, 2016.

VANTI, N. A. P. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. **Ciência da informação**, v. 31, n. 2, p. 152-162, 2002.

VASCONCELOS, P. F. C. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 9-10, 2015.

VERBEEK, A.; DEBACKERE, K.; LUWEL, M.; ZIMMERMANN, E. Measuring progress and evolution in science and technology—I: The multiple uses of bibliometric indicators. **International Journal of management reviews**, v. 4, n. 2, p. 179-211, 2002.

ZANLUCA, C.; MELO, V. C. A.; MOSSIMANN, A. L. P.; SANTOS, G. I. V.; SANTOS, C. N. D.; LUZ, K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PESSOAL EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Laura Maria de Almeida dos Reis

RESUMO: O conhecimento atual demonstra-nos a existência de uma relação entre identidade pessoal, profissional e competências profissionais. Ao longo do ensino clínico os estudantes de enfermagem são confrontados com uma diversidade de vivências, as quais contribuem de forma significativa para o desenvolvimento pessoal e de um autoconceito profissional. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de desenvolvimento identitário de estudantes de Enfermagem, tendo como referência a perspetiva de James Marcia. Este é um estudo longitudinal quantitativo desenvolvido numa turma do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem Portuguesa que se encontrava a realizar o primeiro ensino clínico. A população estudada era constituída por 69 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos. Como instrumento de colheita de dados os autores utilizaram o “Ego Identity Process Questionnaire” (EIPQ). Aplicaram o questionário, a todos os estudantes, no início do 2º ano do Curso (antes do primeiro contacto com a realidade clínica) e no final do mesmo (após 20 semanas de ensino clínico). Os dados obtidos foram sujeitos a análise discriminante. Como resultados verificaram

que aproximadamente 50% dos estudantes alteraram o seu estatuto de identidade após as 20 semanas de ensino clínico. Concluíram que os contextos clínicos onde os estudantes desenvolveram a sua prática, bem como a relação supervisiva estabelecida quer por professores, quer por enfermeiros da prática, foram influenciadores do desenvolvimento da identidade pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Educação clínica, estatutos de identidade, identidade pessoal.

ABSTRACT: Current knowledge shows an existent relationship between personal and professional identity and professional skills. During clinical placement, nursing students are faced with a variety of daily experiences, giving a significant contribution to personal development and professional self-concept. This study focused on the analysis of the identity process development of nursing students, based on James Marcia study. This is a longitudinal quantitative study. This study was applied on a 2nd year class of the Undergraduate Nursing Course, at a Portuguese Nursing School, that was undertaking its first clinical placement. The target population covered 69 students aged between 18 and 30. Data were collected using “Ego Identity Process Questionnaire” (EIPQ). This questionnaire was administered to all Course students, beginning of the 2nd year

(prior to first contact with clinical practice), and at the end of it (after 20 weeks of clinical placement). Data were then submitted to a discriminant analysis. Approximately 50% of the students changed their identity status after 20 weeks of clinical placement. Findings indicate that the clinical settings where students have developed their practice, as well as the supervising relation established either by teachers or practice nurses, have influenced personal identity development.

KEYWORDS – clinical education, identity status, professional identity.

1 | INTRODUÇÃO

A formação desenvolvida através da prática destina-se a preparar indivíduos de acordo com a atual realidade socioprofissional, onde os sujeitos, independentemente da singularidade de cada um, desenvolvem competências profissionais. Abre espaços a processos de socialização secundária e a trajetórias identitárias definidoras de uma identidade pessoal e profissional.

A formação caracteriza-se pela integração dos espaços de trabalho e de formação em contexto escolar e por uma lógica interativa de construção e mobilização de saberes, com a implicação dos indivíduos no seu todo. O sistema de formação que intervém na situação educativa do indivíduo interfere no desenvolvimento das identidades ao longo do seu percurso de vida, como pessoa e como profissional (Abreu, 2007; Baldwin, A., Mills, J., Birks, M., & Budden, L. 2014).

Estando os atores sociais em constante interação com os contextos, e com os outros pares, a experiência clínica torna-se criadora de uma cultura profissional. É através do contacto com os contextos profissionais que os indivíduos constroem as suas trajetórias, nas quais se configuram as suas identidades. O contexto clínico constitui-se assim como um importante espaço favorável à compreensão da realidade profissional permitindo a elaboração e desenvolvimento de uma identidade pessoal e profissional (Severinsson, E., & Sand, A. 2010; Serra, 2011; Oner Altıok, O. & Ustun, B. 2013).

O contexto da prática é o lugar essencial para os estudantes se colocarem à prova e de definição da sua identidade. Neste sentido não é apenas um importante lugar de produção de saberes, mas também de reconhecimento dos mesmos, reconhecimento que é essencial no desenvolvimento da identidade dos sujeitos (Silva, 2005; Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. 2013; Okura, M., Uza, M., Izumi, H., Ohno, M., Arai, H., & Saeki, K. 2013).

Em comparação com o trabalho em sala de aula, a aprendizagem em contexto clínico é condicionada por fatores que se caracterizam por maior imprevisibilidade e obriga frequentemente o estudante a confrontar-se com situações únicas e ímpares (Abreu, 2007; Abreu, W., & Interpelar, S., 2015). A identidade dos estudantes torna-se assim construída e vivida a partir de um conjunto de dimensões que ocorrem no decurso das vivências clínicas (Ironside, P., McNelis, A. M., & Ebright, P., 2014)

Do ponto de vista da formação, os espaços clínicos sedimentam aprendizagens efetivas anteriores e permitem transformar aprendizagens mecânicas em aprendizagens significativas. É através do contacto direto com a realidade, muitas vezes sem mediação imediata de outros membros da equipa pedagógica, ou em registo puramente informal (Abreu, 2007) e privilegiando-se a aprendizagem pela experiência, que os estudantes através da prática desenvolvem um referencial identitário próprio, aprendendo a tomar consciência de si. Este é o espaço de eleição para o estudante redefinir a sua identidade através do contacto consigo próprio e com o outro (Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H., 2012).

Erikson (1968) conceptualiza a identidade de uma forma interdisciplinar em que a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo. Situa o desenvolvimento do indivíduo num contexto social dando ênfase ao facto de ocorrer na interação com os pais, a família, as instituições sociais e uma cultura num momento histórico particular. Apoiado na perspetiva deste autor, James Marcia (1966, 1967, 1976, 1980, 1983, 1986, 1989, 2001, 2002; Arseth, A., Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. 2009; Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, 2010; Kroger, J. & Marcia, J. E. 2011), definiu quatro modos de estar perante a tarefa da identidade: identidade difusa, outorgada, moratória e identidade construída.

A identidade difusa refere-se aos indivíduos que não tem qualquer investimento, nem passaram por qualquer período de exploração, ou se algumas questões foram levantadas não tiveram capacidade de as resolver e por isso as abandonaram. Nos indivíduos em identidade outorgada existe compromisso, no entanto, ele é habitualmente resultante dos projetos de outras figuras significativas ou de autoridade. Os sujeitos que estão a viver um período de exploração de alternativas para tomar decisões são considerados em moratória. Por sua vez, os indivíduos que passaram por um período de exploração e realizaram investimentos relativamente firmes, construindo a sua identidade pessoal são considerados por Márcia com uma identidade construída.

2 | METODOLOGIA

Enquadrado numa pesquisa mais ampla, este estudo tem como objetivo analisar o processo de desenvolvimento identitário de estudantes de Enfermagem ao longo do primeiro ensino clínico. Para o desenvolvimento do mesmo, a autora, utilizou a metodologia quantitativa. Recorreu à análise discriminante para identificar os fatores que mais interferiram com o desenvolvimento da identidade.

Grupo de Estudo: desenvolveu o estudo numa turma do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem Portuguesa. Este curso tem a duração de quatro anos. Em função do plano de estudo de cada escola, pode desenvolver-se através de um currículo em dois blocos (dois anos de

teoria precedidos de dois anos de prática clínica) ou de um currículo de alternância. Na escola onde desenvolveu o estudo, o plano de estudo está organizado de forma a que a aprendizagem dos estudantes seja progressivamente integradora de saberes interligando a componente teórica com a componente prática. Assim, os ensinos clínicos estão distribuídos entre o 2º e o 4º ano. Esta distribuição dos ensinos clínicos ao longo do curso tem como objetivo, aproximar a componente teórica à prática profissional, facilitando ao estudante a integração e mobilização dos conhecimentos adquiridos em sala de aula. No 2º ano, após um semestre em contexto de sala de aula, os estudantes fazem vinte semanas de ensino clínico repartidas por um serviço de medicina e um de cirurgia. A escolha do primeiro contexto clínico é aleatória e obedece aos seguintes critérios: cerca de metade dos estudantes da turma iniciam o seu primeiro contacto com a prática clínica pelo serviço de medicina e os restantes pelo serviço de cirurgia. Cada grupo de medicina e de cirurgia é distribuído por vários contextos.

A população estudada era constituída por 69 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos. Cerca de 96% dos mesmos tinham idades entre os 19 e os 22 anos. O grupo de estudo pertencia maioritariamente ao género feminino, sendo apenas, 13% indivíduos do género masculino.

Instrumento de Colheita de Dados: Para estudar o processo de desenvolvimento da identidade foi utilizado o “Ego Identity Process Questionnaire” (EIPQ) de Balistreri, Busch-Rosnagel e Geisinger (1995) validado para a população Portuguesa por Abreu, M. (2005). Este instrumento é composto por 32 questões relacionadas com as dimensões exploração e investimento, sendo que 20 destas afirmações são positivas e 12 negativas. Estas afirmações assentam em oito áreas: ocupação, política, religião, valores, amizades, papéis de género, família e encontros. Metade das questões (16) medem a dimensão exploração e as restantes (16) a dimensão investimento. Cada item é classificado numa escala tipo Likert de seis pontos variando entre concordo plenamente a discordo totalmente.

O questionário foi aplicado a todos os estudantes em estudo no início do 2º ano letivo (antes do primeiro contacto com a realidade clínica) e no final do mesmo (após as 20 semanas de ensino clínico). Foi colocada no questionário uma questão no sentido de identificar se estes eram efetivamente os primeiros ensinos clínicos que os estudantes se encontravam a realizar. Para determinar os estatutos da identidade, foram realizados os mesmos procedimentos que os autores consultados (Balistreri, Busch-Rosnagel e Geisinger 1995, M. Abreu 2005 e Luyckx, Goossens, Beyers & Soenens, 2006). Foi utilizado um score médio da dimensão exploração de 65,91 para o primeiro momento e 65,01 para o segundo. O score médio da dimensão investimento foi respetivamente 62,82 para o primeiro momento e 63,84 para o segundo. A análise dos dados foi efetuada através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

3 | RESULTADOS

O modelo de acompanhamento dos estudantes durante o primeiro e o segundo ensino clínico pressupõe a supervisão por um professor da Escola em colaboração com dois assistentes da prática clínica. O contacto do professor com os estudantes é em tempo parcial, sendo que este mesmo docente supervisiona vários campos de estágio. Por sua vez, por cada campo de estágio existem dois assistentes que, em conjunto, fazem uma cobertura do ensino clínico a tempo integral. Os assistentes são enfermeiros da prática clínica que exercem funções de orientação dos estudantes num horário pós-laboral. São habitualmente enfermeiros da instituição e respetivo serviço onde os estudantes realizam o ensino clínico.

O número de horas que o professor permanece em contexto clínico está dependente da fase do ensino clínico. Apesar de lhe estarem atribuídas um total de 18h semanais para o total de campos de estágio que supervisiona, no início de cada ensino clínico, o docente vai diariamente a cada um dos serviços. Com o decorrer do mesmo, a sua presença torna-se menos frequente. O rácio de estudantes por campo de estágio é variável, podendo atingir o máximo de oito.

Apresentamos de seguida os resultados obtidos no EIPQ antes da primeira experiência clínica e vinte semanas após as mesmas.

ANTES DOS EC			FIM DOS EC		
ESTATUTO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM	ESTATUTO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Identidade Construída	14	20.3%	Id. Const.	4	5.8%
			Moratória	2	2.9%
			Outorgada	7	10.1%
			Id. Difusa	1	1.4%
Moratória	23	33.3%	Id. Const.	3	4.3%
			Moratória	16	23.2%
			Outorgada	1	1.4%
			Id. Difusa	3	4.3%
Outorgada	18	26.1%	Id. Const.	3	4.3%
			Moratória	2	2.9%
			Outorgada	11	15.9%
			Id. Difusa	2	2.9%
Identidade Difusa	14	20.3%	Id. Const.	2	2.9%
			Moratória	4	5.8%
			Outorgada	4	5.8%
			Id. Difusa	4	5.8%
TOTAL	69	100%	TOTAL	69	100%

QUADRO 1 – Alteração dos Estatutos da Identidade ao longo do Ensino Clínico

Neste estudo verifica-se que dos 14 indivíduos (20.3% do total da amostra) que no início do ano letivo se encontravam no estatuto de identidade construída somente

quatro (5.8% do total da amostra) mantiveram o referido estatuto. Por sua vez, 50,0% dos indivíduos que inicialmente se situavam no estatuto de identidade construída, após 20 semanas de contacto com a realidade hospitalar, transitaram para identidade outorgada.

No que se refere aos 14 estudantes (20.3% do total da amostra) que antes do primeiro contacto com a prática clínica se encontravam no estatuto de identidade difusa também, somente, quatro (5.8% do total da amostra) mantiveram o respetivo estatuto identitário. Os restantes passaram a identidade construída (2,9% do total da amostra), moratória (5,8% do total da amostra) e identidade outorgada (5,8% do total da amostra).

Em relação aos 18 indivíduos (26.1% do total da amostra) que inicialmente se encontravam no estatuto de identidade outorgada, onze (15.9% do total da amostra) mantiveram o referido estatuto.

Quanto aos 23 estudantes que inicialmente se encontravam em moratória (33.3% do total da amostra), 16 (23,2% do total da amostra) mantiveram-se no mesmo estatuto de identidade.

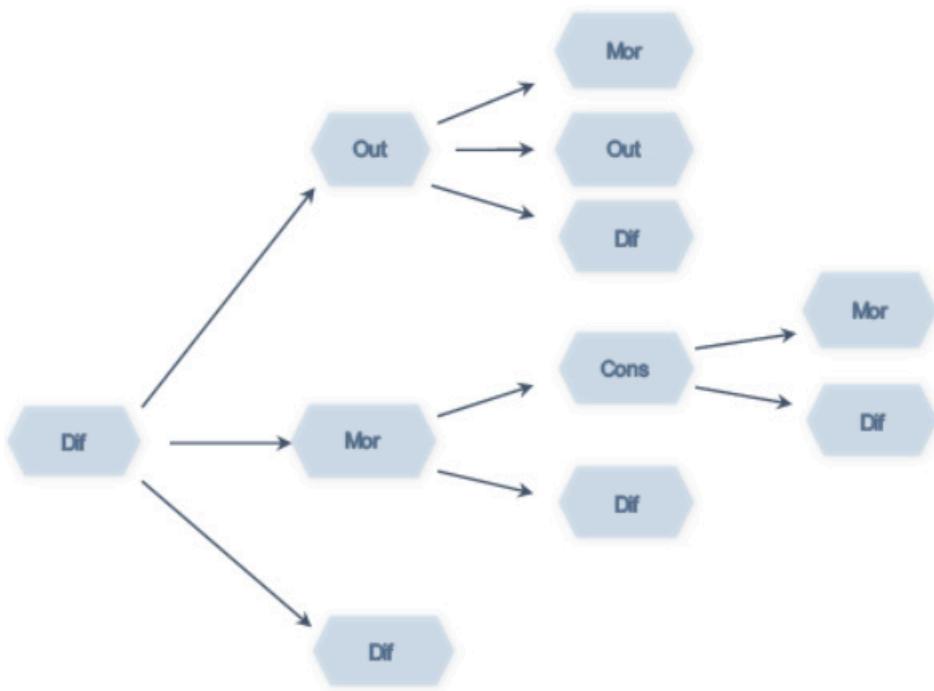
Face aos resultados apresentados verifica-se que cerca de metade da população (49,3%), após 20 semanas de aprendizagem em contexto hospitalar, alterou o estatuto de identidade.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram-nos que apesar de existirem mudanças em todos os estatutos de identidade, estas foram mais evidentes nos estatutos de identidade construída e no de identidade difusa.

Nos dois primeiros artigos de James Marcia, realizados em 1966 e 1967, o autor defende não ser possível, um indivíduo com identidade construída transitar para identidade outorgada, na medida em que já vivenciou a dimensão exploração. No entanto, Marcia num estudo de follow-up (6 anos) por si realizado em 1976 verificou que indivíduos classificados inicialmente no estatuto identidade construída passaram a identidade outorgada. Apoiando-se na definição de identidade construída alienada descrita por Orlofsky em 1973, o autor considerou que as decisões e investimentos realizados por estes indivíduos tinham sido prematuros.

Por sua vez, e de acordo com o representado na figura 1, um indivíduo no estatuto identidade difusa pode permanecer no mesmo estatuto, ou a qualquer momento investir na primeira situação que lhe surja, sem exploração de alternativas e passar para o estatuto de identidade outorgada, ou então explorar alternativas, vivendo assim um período de crise e exploração.



FÍGURA 1 – Alternativas de desenvolvimento ao longo dos Estatutos da Identidade

Fonte: Adaptado de Costa, E. (1086:24)

Estas duas situações referidas são, como vimos, muitos visíveis neste estudo, na medida em que nos indivíduos em identidade construída e nos de identidade difusa apenas 28,6% manteve o estatuto identitário inicial.

Por sua vez, também um indivíduo no estatuto de identidade outorgada pode por em causa os seus investimentos e iniciar um processo de exploração. A este propósito Schwartz et al (2015) defendem que o ambiente universitário proporciona importantes recursos para o desenvolvimento de um sentido de identidade. Os jovens são expostos a um conjunto de vivências, influências sociais e escolhas de estilos de vida.

Apoiados nas perspetivas apresentadas, a autora deste de estudo considera que o número elevado de estudantes que se manteve em identidade outorgada, bem como, o facto de indivíduos com identidade construída transitarem para outorgada está relacionado com as relações estabelecidas nos respetivos contextos, não só com os supervisores clínicos como também com toda a equipa multidisciplinar.

Em relação ao facto de indivíduos no estatuto de identidade outorgada transitarem para identidade difusa, que como apresentado no quadro 1, acontece com dois estudantes, Waterman et al (2013) também apresenta uma justificação. Os autores consideram que esta situação surge quando os investimentos efetuados deixam de ter significado para o indivíduo.

De salientar que neste estudo apresentado mais de 50,0% dos estudantes manteve, ao longo das vinte semanas de ensino clínico, o estatuto de identidade outorgada. Por sua vez, em 27,8% dos indivíduos que inicialmente se encontravam em identidade outorgada, a experiência clínica favoreceu o desenvolvimento da dimensão exploração.

Quanto aos indivíduos em moratória Márcia (1966, 1967, 1976, 1980, 1983, 1986, 1989, 2001, 2002, Arseth, A., Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. 2009, Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. 2010, Kroger, J. & Marcia, J. E. 2011) considera que os caminhos são mais claros. Os indivíduos neste estatuto podem fazer escolhas firmes e investir na implementação, passando assim, para o estatuto de identidade construída ou, então, não considerarem qualquer alternativa significativa e regredirem ao estatuto de identidade difusa. Permanecer em moratória é altamente improvável embora que teoricamente possível. Os resultados obtidos nesta investigação não estão de acordo com esta perspetiva. Tal como vimos anteriormente, cerca de dois terços dos estudantes mantiveram-se ao longo das vinte semanas de ensino clínico em moratória. Estes factos remetem-nos para a reflexão sobre as especificidades dos contextos clínicos, bem como a influência da relação supervisiva.

Inscrevendo-se a enfermagem no quadro das profissões de relação, o seu currículo comprehende necessariamente uma forte componente de orientação não só na área da relação interpessoal, mas também da relação intrapessoal, fundamentalmente nos períodos de práticas clínicas, devido ao confronto real com os utentes. Nos ensinos clínicos de medicina e cirurgia é habitual os estudantes considerarem o trabalho emocionalmente realizado num contínuo de experiências intensas relacionadas com o ciclo de vida humana, destacando-se como momento de maior dificuldade ao nível da gestão de emoções, as vivências de dor intensa, sofrimento físico/psíquico e morte. O lidar com a morte e a irreversibilidade dos sintomas é especificamente uma área que marca significativamente os estudantes de enfermagem. Desta forma, a experiência de um primeiro ensino clínico, agravada pelas características dos doentes das especialidades em causa, determina que os indivíduos se confrontem com a imagem que tem de si próprios, e com a dos outros, organizando alterações bastante significativas nas suas dinâmicas identitárias.

Paralelamente, sendo o apoio supervisivo fulcral para o desenvolvimento pessoal e profissional, de acordo com alguns autores entre os quais Borges (2010), Fonseca (2006), Sá-Chaves (2000), nem sempre é o mais adequado, na medida em que os modelos em uso são ainda muito dispares. Como refere Fonseca (2006) “*A supervisão na formação, nos nossos dias, não se apresenta com uma única e consensual definição de conceção*” (2006: 16). Por sua vez, Sá-Chaves (2000: 124-125) acrescenta que as “*perspetivas de supervisão (...) vão desde as intensões mais rígidas de inspeção e direção até às mais flexíveis e facilitadoras de aconselhamento*” (2006: 16).

Face ao apresentado, a autora do estudo defende que o desenvolvimento da identidade pessoal destes estudantes foi influenciado, por um lado, pelos contextos clínicos, por outro, resultante dos atores intervenientes no processo de relação estabelecido. Considera como intervenientes neste processo, os supervisores, os enfermeiros do contexto da prática, a equipa multidisciplinar, os utentes e o grupo de pares. Aliado a estes fatores há ainda a ter em conta a imagem que cada indivíduo possuía sobre si e os contributos do meio para o desenvolvimento de uma autoestima

positiva.

Considera que este primeiro contacto com a realidade hospitalar (através dos ensinos clínicos de cirurgia e medicina) foi demasiadamente (des) e (re) estruturante para o desenvolvimento da identidade dos estudantes. Conclui que a aprendizagem ao longo destes dois primeiros ensinos clínicos promoveu nos estudantes o desenvolvimento de um conjunto de dimensões favoráveis ao (re) questionamento do EU.

5 | CONCLUSÕES

Sendo a enfermagem uma profissão que privilegia a relação, este estudo fornece contributos sobre a importância do papel do supervisor clínico como mediador do processo de aprendizagem, as metodologias de aprendizagem por este adotadas, a qualidade das relações supervisivas, a relevância do suporte emocional oferecido aos estudantes capaz de promover uma autoestima positiva face à profissão, e ainda a influência dos contextos sobre o desenvolvimento pessoal e profissional.

Conclui-se que, quer os contextos onde se desenvolvem as práticas, quer os supervisores clínicos (professores e enfermeiros da prática clínica) são influenciadores do desenvolvimento identitário dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. **Identidades das grávidas Adolescentes: Integração do Sistema Familiar e das Perspetivas individuais de desenvolvimento.** Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto. Portugal, 2005.

ABREU, W. **Formação e aprendizagem em contexto clínico.** Coimbra: Formasau, 2007.

ABREU, W., & INTERPELER, S. **Effective Mentorship to Improve Clinical Decision Making and a Positive Identity: A comparative study in Turkey and Portugal.** International Journal of Information and Education Technology, 5 (1), 42-46, 2015. doi: 10.7763/IJIET.2015.V5.473

ARSETH, A., KROGER, J., MARTINUSSEN, M., & MARCIA, J. E. **Meta-Analytic Studies of Identity Status and the Relational Issues of Attachment and Intimacy.** Identity: An International Journal of Theory and Research, 9, 1-32, 2009. doi: 10.1080/15283480802579532.

BALISTRERI, BUSCH-ROSSNAGEL & GEISINGER. **Development and preliminary validation of the Ego Identity Process Questionnaire.** Journal of Adolescence, 18, 179-192, 1995.

BALDWIN, A., MILLS, J., BIRKS, M., & BUDDEN, L. **Role modeling in undergraduate nursing education: An integrative literature review.** Nurse Education Today, 34(6), 18-26, 2014. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.007

COSTA, E. **Estatutos dos Estudantes Universitários.** Tese de provas de aptidão científica e capacidade pedagógica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto. Universidade de Porto. Porto. Portugal, 1986.

ERIKSON, Erik. **Identity: Youth and crisis.** New York. Norton, 1968.

IRONSIDE, P., MCNELIS, A. M., & EBRIGHT, P. **Clinical education in nursing: Rethinking learning in practice settings.** Nurs Out look, 62, 185-191, 2014.

JOHNSON, M., COWIN, L. S., WILSON, I., & YOUNG, H. **Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges.** International Nursing Review, 59(4), 562-569, 2012. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x

LUYCKX, GOOSSENS, BEYERS & SOENENS. **Brief report: The ego identity process questionnaire: Factor structure, reliability, and convergent validity in Dutch-speaking late adolescents.** Journal of Adolescence, 29, 153-159, 2006.

MARCA, J. E. **Development and validation of ego identity status.** In: Journal of Personality and Social Psychology, 3, 551 – 558, 1966.

MARCA, J. E. **Ego identity status: relationship to change in self-esteem, general maladjustment and authoritarianism.** Journal of Personality, 35, 118-133, 1967.

MARCA, J. E. **Identity six years after: a follow-up study.** Journal of Youth and Adolescence, 5, 145-160, 1976.

MARCA, J. E. **Identity in adolescence.** In: ADELSON, J.; WILEY & SONS (Eds) – Handbook of Adolescence Psychology, pp 159-187, 1980. New York. Wiley Sons, 1980.

MARCA, J. E. **Some Directions for the Investigation of Ego Development in Early Adolescence.** In: Journal of Early Adolescence, 3, 215-223, 1983.

MARCA, J. E. **Clinical implications of the identity status approach within psychosocial development theory.** In: Cadernos de Consulta de Psicológica, 2, 23-24, 1986.

MARCA, J. E. **Identity and Intervention.** In: Journal of Adolescence, 12, 401-410, 1989.

MARCA, J. E. **A Commentary on Seth Schwartz's. Review of Identity Theorand Research.** In: Identity: An International Journal of Theory and Research, 1, 59–65 Copyright, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2001.

MARCA, J. E. **Identity and Psychosocial. Development in Adulthood.** In: Identity: An International Journal of Theory and Research, 2(1), 7–28 Copyright, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2002.

NUMMINEN, O., MERETOJA, R., ISOAHO, H., & LEINO-KILPI, H. **Professional competence of practising nurses.** Journal Of Clinical Nursing, 22(9/10), 1411-1423, 2013. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04334.x

ONER ALTIOK, O. & USTUN, B. **The Stress Sources of Nursing Students.** Educational Sciences: Theory & Practice, 13(2), 760-766, 2013.

OKURA, M., UZA, M., IZUMI, H., OHNO, M., ARAI, H., & SAEKI, K. **Factors that affect the process of professional identity formation in public health nurses.** Open Journal Of Nursing, 3(1), 8-15, 2013. doi:10.4236/ojn.2013.31002.

KROGER, J. & MARCA, J. E. **The Identity Statuses: Origins, Meanings, and Interpretations.** In: S.J. Schwartz, Luyckx, K. & Vignoles. V. L. (eds.), *Handbook of Identity Theory and Research*, 31-53, Hardcover, Springer Science. Doi: 10.1007/978-1-4419-7988-9_2, 2011.

KROGER, J., MARTINUSSEN, M., & MARCA, J. E. **Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis.** Journal Of Adolescence, 33(5), 683-698, 2010.

doi:10.1016/j.adolescence.2009.11.002.

SERRA, M. **Aprender a Ser Enfermeiro. A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem.** Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal, 2011.

SEVERINSSON, E., & SAND, A. **Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses.** Journal Of Nursing Management, 18(6), 669-677, 2010.
doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01146.x

SCHWARTZ, S., HARDY, S., ZAMBOANGA, B., MECA, A., WATERMAN, A., SIMONA, P., ... & FORTHUN, L. **Identity in young adulthood: Links with mental health and risky behavior.** Journal of Applied Developmental Psychology, 36, 39–52, 2015.

SILVA, A. M. C. **Formação e Construção de Identidades: um estudo de caso centrado na equipa multidisciplinar.** Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga, 2005.

WATERMAN, A., SCHWARTZ, S., HARDY, S., KIM, S. Y., LEE, R., ARMENTA, B., ... & AGOCHA, V. **Good Choices, Poor Choices: Relationship Between the Quality of Identity Commitments and Psychosocial Functioning.** Emerging Adulthood, Society for the Study of Emerging Adulthood and SAGE Publications, 00(0), 1-12, 2013. doi: 10.1177/2167696813484004.

ESTUDO DO PERFIL MATERNO NA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Mácio Augusto de Albuquerque

UFCG

Tarsyla Medeiros de Albuquerque

UNESP

Alfredo Victor de Albuquerque Araújo

UFPB

Bruno Leão Caminha

UFPB

Marta Lúcia de Albuquerque

UFCG

RESUMO: O monitoramento do risco da morte infantil e seus fatores associados, em particular àqueles relativos à atenção à saúde, oferece subsídios relevantes para a compreensão desse fenômeno e para a orientação das políticas públicas e das ações setoriais. Para a microrregião de João Pessoa (PB), nenhum trabalho dessa natureza foi identificado nas bases de dados. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil socioeconômico e cultural das mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo. Foram analisados todos os partos no período de 01/01/2014 a 31/12/2015, em um serviço de maternidade pública. Foram incluídos 87 casos de óbito neonatal precoce e tardio. 19,54% tinham idade entre 20-23 anos. Quanto a raça, 88,5% se declararam pardas. 52 pacientes

se encontravam em união estável ou união consensual. 75 pacientes foram procedentes de região urbana. Em relação à escolaridade, 55,17% tinham o ensino médio completo. 63,21% das mães eram multíparas e 24,14% tiveram história de aborto prévio. 4 mulheres tiveram filhos prematuros previamente e 5 mulheres perderam seus filhos após o parto. 69 mulheres não apresentavam doença prévia à gestação. Dentre as doenças previas encontradas, podemos citar hipertensão arterial sistêmica como principal. 45 mulheres afirmaram fazer uso de medicamentos durante a gestação. 87,04% revelaram que as mães realizaram pré-natal, entretanto apenas 31,48% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas no pré-natal. Em todos os prontuários analisados, a informação sobre o desejo da gravidez foi ignorada. Quanto a causa da morte do RN, 28 (32,2%) obtiveram óbito por choque séptico.. O perfil encontrado nas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado foi compatível parcialmente com os achados epidemiológicos que relacionam a mortalidade neonatal com baixas condições socioeconômicas e com o baixo acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade neonatal, Saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal (óbitos entre 0 e 27 dias de vida) é um importante indicador de saúde de uma população e corresponde a aproximadamente 2/3 dos óbitos infantis; categoriza-se em precoce, que é aquela que ocorre até o sétimo dia incompleto de vida, e tardia, que ocorre entre o sétimo e 28º dia incompleto de vida (ARAÚJO et al., 2000 e NASCIMENTO et al., 2012).

A mortalidade neonatal é considerada um indicador da qualidade de saúde e de vida da população, porque o baixo nível socioeconômico, o acesso a serviços de saúde e de saneamento, o nível de escolaridade da população, a renda per capita e o nível de desigualdade de renda estão fortemente ligados aos altos índices de óbitos em neonatos. Este segmento etário da população é naturalmente mais vulnerável às condições adversas de vida (SOUZA; LEITE FILHO, 2008).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil vem sofrendo uma queda desde o final da década de 1980, graças às intervenções ambientais, melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado, melhoria nutricional, entre outros. Apesar do declínio, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em razão da existência de desigualdades regionais e interurbanas de sua ocorrência, e sua redução é ainda um desafio para os serviços de saúde e à sociedade como um todo, sendo necessárias ações de saúde, especialmente, voltadas à atenção básica, que se iniciam no pré-natal, e que alcancem também a assistência no âmbito hospitalar (SANTANA et al., 2011).

É pela relação que se estabelece entre o baixo desenvolvimento socioeconômico e as elevadas taxas de óbitos infantis, que regiões como o Nordeste brasileiro assumem posição de destaque. Isso porque a mortalidade infantil no Brasil é consideravelmente mais grave nas regiões e nos setores mais desfavorecidos do país (SIMÕES, 2002). Destaca-se ainda que as mortes infantis podem ser completamente evitadas na atualidade, através de programas preventivos na área de saúde pública, mediante uma maior oferta dos serviços de saúde, de saneamento básico, de educação e de distribuição de renda. Outras regiões do Brasil que souberam identificar e enfrentar tais problemáticas tiveram queda significativa no índice de mortalidade infantil.

Vários estudos descreveram os determinantes associados à morte neonatal precoce, como prematuridade, baixo peso ao nascer e intercorrências na gestação e parto, porém estes fatores se articulam de forma complexa, sendo influenciados pelas características biológicas materna e do recém-nascido, condições sociais e da atenção ofertada pelos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2012). Características maternas como baixa escolaridade, idade gestacional até 36 semanas, relato de realização de menos de seis consultas de pré-natal, gestação múltipla, parto vaginal, além do baixo peso ao nascer do recém-nascido estiveram associadas com a mortalidade neonatal precoce. A assistência pré-natal e pós-natal deve se organizar para prevenir alguns

desses fatores e reduzir as iniquidades originadas nas diferenças sociais. (SOARES E MENEZES, 2010).

Os determinantes da mortalidade infantil são amplamente estudados, no entanto, seu conhecimento tem produzido pouco impacto na sua redução em diferentes regiões do País, principalmente nas populações mais pobres. (SOARES E MENEZES, 2010)

A maioria dos estudos brasileiros analisa os padrões de distribuição da mortalidade infantil segundo duas preocupações centrais: (a) identificar áreas constituídas de grupos populacionais sob alto risco de morte infantil e (b) correlacionar os riscos de mortalidade infantil com variáveis socioeconômicas e de assistência à saúde, medidas enquanto variáveis de um agregado (BARROS, 2011). Estes estudos se enquadram perfeitamente na proposta de utilização das ferramentas da estatística, da Epidemiologia e dos Sistemas de Informação em Saúde, na elucidação das correlações de adoecimento e de morte nas microrregiões.

A tendência atual é a de utilização dos dados de nascidos vivos e de mortalidade para o planejamento e para a avaliação das ações de saúde da criança no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a partir deles podem ser calculados vários indicadores de saúde, entre os quais os coeficientes de mortalidade-infantil e materna (SILVA et al., 2011). E demonstrando, desta forma, os principais pontos onde se faz necessário intervir mais efetivamente. Adquiriram importância também, pela viabilidade em termos de tempo e de dinheiro, se bem documentados, os dados podem representar o perfil de toda a população.

O presente estudo analisará descritivamente as variáveis relativas ao óbito neonatal, verificará questões de qualidade das informações do SIM, bem como realizará uma análise descritiva de fatores que contribuíram para os óbitos neonatais ocorridos na cidade de João Pessoa, no Instituto Cândida Vargas (ICV), nos anos de 2013 e 2014. Esses resultados poderão orientar/reorientar ações e políticas públicas de saúde, visando reduzir a ocorrência de óbitos neonatais evitáveis na microrregião de João Pessoa.

O monitoramento do risco da morte infantil e de seus fatores associados, em particular àqueles relativos à atenção à saúde, oferece subsídios relevantes para a compreensão desse fenômeno e para a orientação das políticas públicas e das ações setoriais. É possível identificar uma extensa produção científica a respeito do tema mortalidade neonatal e dos seus fatores associados no mundo e no Brasil, nas bases de dados bibliográficas. No entanto, para a microrregião de João Pessoa (PB), nenhum trabalho dessa natureza foi identificado nessas bases de dados, bem como com relação ao Instituto Cândida Vargas (ICV).

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram analisar o perfil socioeconômico e cultural das mães dos recém nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado; avaliar o acesso

e o uso aos serviços de saúde pelas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado; observar as principais comorbidades ou intercorrências presentes nas mães desses recém-nascidos estudados; identificar os principais fatores de risco e causas da mortalidade neonatal geral e por causas evitáveis, a fim de monitorá-las e propor estratégias de redução destes óbitos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho utilizado nesse estudo foi transversal, ecológico, retrospectivo e descritivo. O Estudo foi realizado no serviço de referência Instituto Cândida Vargas, João Pessoa, Paraíba, com o suporte do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. A duração do estudo foi de um ano, tendo sido iniciado em agosto de 2015 e concluído em julho de 2016.

Os sujeitos desse estudo foram os pacientes de todos os partos realizados no Instituto Cândida Vargas (ICV) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, na cidade de João Pessoa. Foram incluídos no estudo os casos de óbito neonatal precoce e tardio ocorridos na referida maternidade, excluindo-se aqueles que obtiveram alta ou que foram a óbito após o 27º dia de vida. Para coleta de dados e de informações, utilizamos dados primários do Instituto Cândida Vargas (ICV) já existentes, esses dados foram retirados dos prontuários das mães que realizaram seus partos e dos bebês, que foram investigados em relação aos óbitos neonatais precoces e tardios. As variáveis primárias analisadas foram data do óbito, data de nascimento e diagnóstico etiológico do recém-nascido. Já as variáveis secundárias foram idade, sexo, etnia, escolaridade materna, renda familiar, idade, doenças prévias, gestacional no momento do parto, tipo de parto, número de consultas no pré-natal, exames realizados, intercorrências durante a gestação, peso ao nascer, alimentação ofertada, uso de medicações, necessidade de cuidados intensivos.

Foram selecionados os prontuários dos pacientes recém-nascidos que evoluíram para óbito até o 27º dia de vida, caracterizando a mortalidade neonatal. Esses prontuários foram submetidos à análise, em busca de identificar e agrupar as variáveis de interesse para o estudo e, a partir disso, elas foram reunidas em um banco de dados, para análise estatística posterior, segundo o modelo descrito em seguida. A análise estatística teve início com a aplicação de um teste de normalidade, cuja hipótese foi testada através do teste de normalidade denominado Shapiro Wilk (BONETT;SEIERB, 2002), tendo sido escolhido o modelo que foi aplicado somente após a verificação da normalidade dos testes estatísticos apropriados para a análise. Para realizar estas análises foram utilizados os programas computacionais R, SPSS, entre outros.

Tendo em vista que a escolha do método de análise espacial depende do tipo de distribuição a que os dados pertencem, deve-se aplicar um teste de aderência para verificar esta suposição. O teste de Shapiro-Wilk testa a hipótese nula (H_0) de que a amostra y e $y_{1, 2, \dots, n}$ provém de uma população com distribuição normal. Para tanto é

calculada a estatística W , dada por (SHAPIRO; WILK, 1965):

$$W = \frac{\sum_{i=1}^n (\alpha_i y_{(i)})}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}$$

onde $y_{(i)}$ é a i -ésima observação; \bar{y} é a média amostral; e cada α_i é obtido com base na média, variância e covariância de uma amostra de tamanho n de uma população normal. A hipótese nula pode ser verificada com base no p -valor: caso este seja menor que a significância adotada (geralmente 5%), rejeita-se H_0 . O teste tem maior poder de eficiência para pequenos tamanhos de amostra. Quando uma variável é normalmente distribuída, sua distribuição é completamente caracterizada por sua média e por seu desvio padrão.

Esse trabalho obedeceu às premissas publicadas na resolução 453/2012 do conselho nacional de saúde, seguindo à risca os princípios básicos da bioética – autonomia (através do consentimento livre e esclarecido), beneficência (através do compromisso com o máximo de benefícios), não-maleficência (através da garantia que os danos previsíveis serão evitados) e justiça e eqüidade (através da relevância social e de saúde pública deste trabalho).

RESULTADOS

O estudo foi inicialmente planejado para analisar os óbitos neonatais dos anos de 2014 e 2015, entretanto, houve a disponibilização dos dados do ano de 2015, dessa forma, optamos por observar os prontuários dos pacientes que vieram a óbito antes do primeiro mês de vida dos anos de 2014 e 2015, a fim de trazer mais atualidade aos nossos resultados.

Foram analisados 87 prontuários dos anos supracitados. Neles foi observado que 19,54% das pacientes tinham idade entre 20-23 anos; 16,09% entre 32 e 35 anos; 12,69% entre 29-32 anos; 10,34% para cada grupo de 23-26 e 35-38 anos; 8,05% para cada grupo de 14-17, 17-20 e 26-29 anos; 6,9% para o grupo de 38-41 anos.

Quanto a raça, 88,5% se declararam pardas, 4,59% disseram ser negras, 4,59% tiveram esse dado ignorado e 2,3% se declararam brancas. Já em relação ao estado civil, 52 pacientes se encontravam em união estável ou união consensual, 18 eram casadas, 14 solteiras e, em 3 prontuários, esse dado foi ignorado.

Em relação à procedência, 75 pacientes vieram de região urbana e 12 vieram da zona rural. Em relação à escolaridade, 55,17% tinham o ensino médio completo, 14,94% tinham o ensino fundamental completo, 10,34% tinham o ensino fundamental completo, 9,19% tinham o ensino superior incompleto, 8,04% não eram alfabetizadas, 1,14% tinham o ensino superior incompleto e 1,14% tinham o ensino médio incompleto, conforme vemos na Figura 3:

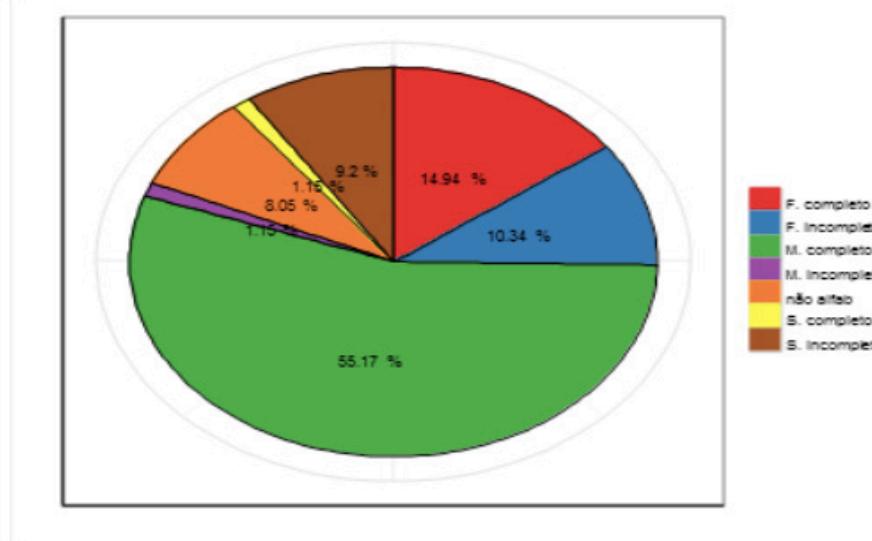


Figura 3 – Grau de escolaridade das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Tratando-se de paridade, 63,21% das mães eram multíparas e 36,78% eram primíparas. 24,14% tiveram história de aborto prévio. Quanto à realização de partos cesarianos prévios, 54 mulheres nunca haviam passado por um parto cesáreo, 14 tinham feito 1 parto cesariano, 5 mulheres tinham feito 2 cesáreas, 1 mulher tinha realizado 3 cesárias e, em 13 mulheres, esse dado foi ignorado. Já em relação a partos normais, 48 mulheres nunca tiveram filhos pela via vaginal, 17 mulheres tiveram seus filhos através do parto normal, 2 tiveram 2 filhos por via baixa, 3 mulheres tiveram 3 filhos por via baixa e 4 mulheres tiveram 4 ou mais partos normais e, em 13 mulheres, esse dado foi ignorado.

Dentre os prontuários analisados, 39 mulheres não tiveram partos prematuros, 4 mulheres tiveram filhos prematuros previamente e, em 44 mulheres, esse dado foi ignorado. 5 mulheres perderam seus filhos após o parto previamente, 54 mulheres não perderam nenhum filho após o parto e, em 28 mulheres, esse dado foi ignorado.

Em relação a comorbidades, 69 mulheres não apresentavam doença prévia à gestação, 14 mulheres possuíam comorbidades prévias e, em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. Dentre as doenças prévias encontradas, podemos citar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatia, hipertireoidismo e síndrome dos ovários policísticos. 45 mulheres tiveram alguma intercorrência durante a gestação, 38 mulheres tiveram uma gestação sem intercorrências e, em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. A intercorrência mais prevalente foi infecção do trato urinário, mas também estiveram presentes doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), anemia, colelitíase, pielonefrite, infecção manifesta pelo HPV, rubéola, toxoplasmose, hiperparatiroidismo, descolamento prematuro de placenta.

Quando ao uso de medicamentos, 45 mulheres afirmaram fazer uso de medicamentos durante a gestação, 38 disseram não ter usado nenhum medicamento e,

em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. Os medicamentos utilizados foram amoxicilina, ácido fólico, sulfato ferroso, buscopam, cefalexina, cefalotina, ceftriaxona, chá de quebra pedra, misoprostol, hidralazina, metildopa, hioscina, metformina, caverdilol, sulfato de magnésio, anlodipina, pindolol, ranitidina, nifedipina, rovamicina, nistatina e ultrageston.

Em relação aos vícios, em 46 prontuários foram descritos que as pacientes não possuíam o hábito de fumar, 4 mulheres afirmaram que fumavam e, em 37 prontuários, esse dado foi ignorado. Esses dados estão ilustrados na Figura 4:

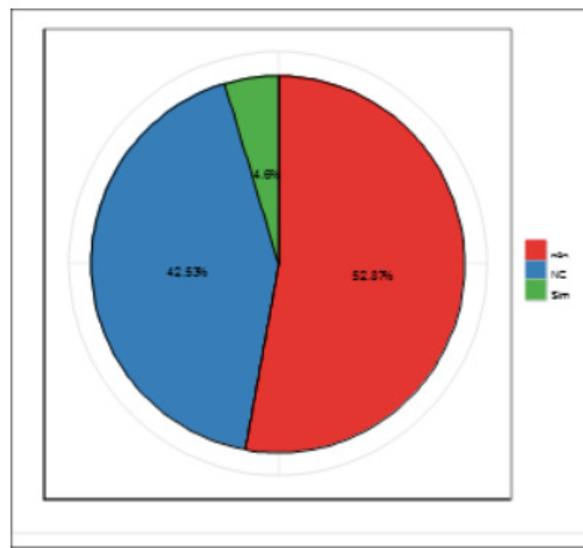


Figura 4 – Hábito de fumar durante a gestação das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Em relação ao uso de álcool, 1 gestante afirmou ter utilizado bebidas alcóolicas, 48 disseram que não tinham o hábito de beber e, em 38 prontuários, esse dado foi ignorado, conforme vemos na Figura 5:

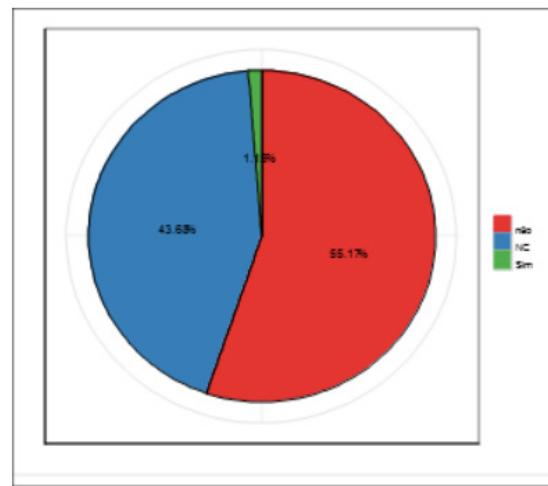


Figura 5 – Consumo de bebidas alcóolicas durante a gestação das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Em 1 prontuário foi registrado o uso de drogas ilícitas, 48 prontuários mostraram

ausência do uso de drogas e, em 38 prontuários, esse dado foi ignorado, conforme vemos na Figura 6:

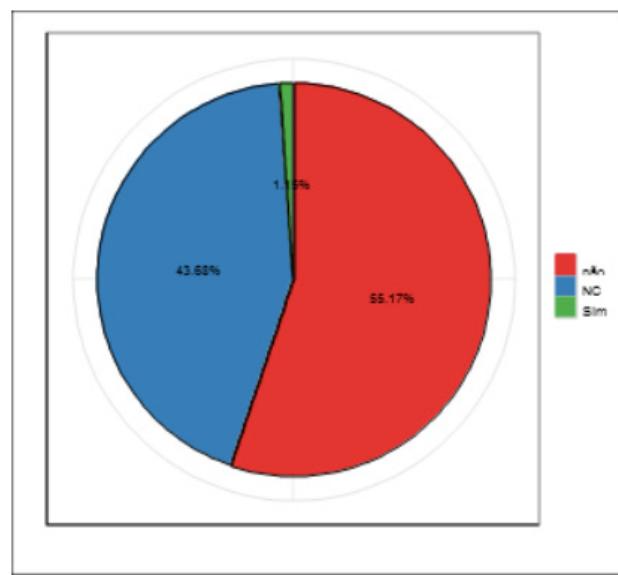


Figura 6 – Uso de drogas ilícitas das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Dos prontuários analisados, 87,04% revelaram que as mães realizaram pré-natal, 7,41% não realizaram e, em 5,56% esse dado foi ignorado. Apenas 31,48% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas no pré-natal. Em todos os prontuários analisados, a informação sobre o desejo e o planejamento da gravidez foi ignorada. Esses dados estão demonstrados na Figura 7:

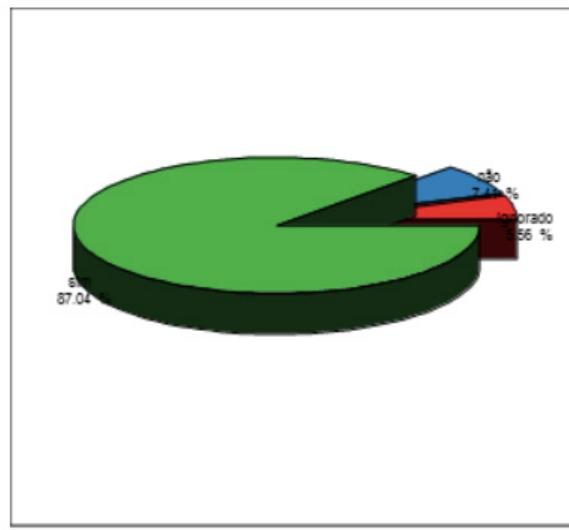


Figura 7 – Realização de pré-natal das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Dos pré-natais, 44,4% foram classificados como de baixo risco, 5,55% como de alto risco e, em 50% dos casos, esse dado foi ignorado.

Quanto a causa da morte do RN, 28 (32,2%) obtiveram óbito por choque séptico, 16 (18,4%) por insuficiência respiratória, 11 (12,6%) por hemorragia pulmonar, 10 (11,5%)

por prematuridade extrema, 4 (4,6%) por anóxia neonatal, 4 (4,6%) por malformações múltiplas, 3 (3,4%) por choque cardiogênico, 2 (2,3%) por insuficiência renal aguda, 1 (1,1%) por cardiopatia congênita, 1 (1,1%) por ictiose lamelar congênita, 1 (1,1%) por acidose metabólica grave e 6 (6,9%) não tiveram causa da morte identificada ou ignorada.

DISCUSSÃO

Em nosso trabalho, observamos que a idade das pacientes variou muito e não houve concentração nos extremos da vida reprodutiva, como é frequentemente encontrado como fator biológico de risco, refletindo a importância de outros fatores na ocorrência desses óbitos. Todavia, a gravidez na adolescência e no fim da vida reprodutiva não expressa apenas um risco biológico, mas também geralmente são fruto de gravidezes não planejadas e não desejadas, com dificuldade de aceitação familiar.

Quanto a raça das pacientes, 88,5% das mães eram pardas, sendo uma maioria absoluta nesse estudo, o que está de acordo com o achado na literatura revisada, haja vista que a mortalidade neonatal associa-se a raça negra de parda, na tentativa de compreender o contexto social da questão racial bastante marcante em nosso país. A associação entre raça e mortalidade infantil é estudada em países como os Estados Unidos, cujas taxas elevadas de mortalidade neonatal entre os recém-nascidos negros resultam de excesso de nascimentos prematuros e restrição de crescimento fetal, no entanto, muitas das diferenças raciais e étnicas permanecem inexplicadas biologicamente. Acrescenta-se a possibilidade de ocorrência nessa casuística de viés de aferição, tendo em vista a dificuldade da mensuração dessa variável, principalmente em sociedades multiraciais. (NASCIMENTO *et al.*, 2014)

A maioria das pacientes se declararam em união estável ou solteiras, com apenas 18 casadas. Na literatura, geralmente encontra-se um maior número de mulheres solteiras, quando se analisa mães de neonatos que evoluíram para óbito, isso estaria relacionado a ausência de suporte econômico, social e emocional durante a gravidez, configurando um fator de risco para morte neonatal. A definição de união estável dificulta a análise desse apoio oferecido, pois não se estabelece duração para o relacionamento, apenas a intenção de constituir família, o que pode trazer grande subjetividade a esse achado.

A procedência das pacientes analisadas nesse estudo foram majoritariamente procedentes da zona urbana, de áreas próximas à região metropolitana de João Pessoa, bem como da própria cidade.

Esse fator pode contribuir com a mortalidade neonatal, visto que o tempo ≥ 30 minutos gasto durante o deslocamento da gestante em trabalho de parto de casa para o hospital, que se manteve associado ao óbito neonatal nessa casuística. Esse determinante pode indicar a possibilidade de peregrinação das gestantes em busca

de atendimento obstétrico no momento do parto, indicando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e comporta-se como fator decisivo dos desfechos negativos maternos e do recém-nascido. Quando a gestante e/ou o feto são considerados de risco, o problema torna-se mais grave, pois o acesso a maternidades de maior complexidade com leitos obstétricos especializados, bem como a disponibilidade de UTI neonatal são fatores que retardam o atendimento à gestante no momento do parto. (NASCIMENTO *et al.*, 2014)

No presente estudo, foi observado que a maioria das mães haviam concluído o ensino médio, o que contrasta com o encontrado na maioria dos estudos realizados em serviços públicos de maternidade. Como dito em Schoeps *et al.* 2007, a associação entre as mortes neonatais e o nascimento em famílias chefiadas por “analfabetos funcionais” costumam expressar baixa escolaridade materna, porque muitos trabalhos mostraram associação entre ambos. Não houve associação entre escolaridade materna e renda per capita materna. Contudo, a escolaridade dos chefes da família podem descrever a inserção social dessa população. A associação entre a escolaridade materna e a mortalidade neonatal foi encontrada em estudos que utilizam dados secundários (SIM, SINASC e prontuários hospitalares) e geralmente é uma das únicas variáveis de dimensão social exploradas.

Nessa análise, observamos que a maioria das mães dos neonatos que evoluíram para óbito eram multíparas, com apenas 36,78% de primíparas. O número de filhos nascidos vivos é uma variável indicativa da distribuição dos filhos segundo sua ordem de nascimento e a idade da mãe no momento do nascimento, associando-se ao nível socioeconômico da mãe e à mortalidade infantil. Alguns estudos mostram estreita relação entre múltiplas gestações e a mortalidade neonatal (CARVALHO; GOMES, 2005; FERRARI *et al.*, 2006).

Em relação às vias de partos anteriores, não conseguimos compará-las como fator de risco para óbito neonatal na gravidez atual, influindo apenas na escolha obstétrica da via de parto, entretanto, quando é analisada a via de parto da gestação atual verifica-se que, no estudo de coorte de Ortiz e Oushiro, 2008, a probabilidade de morte entre os nascidos de parto cesáreo foi 0,7 vez menor do que entre os de parto vaginal. Embora a probabilidade de morte diminua com a idade, essa diferença se reduz para 0,6 durante o período neonatal precoce; no período neonatal tardio o risco de morte é igual para ambas as categorias. A mortalidade neonatal mais elevada entre as crianças nascidas de parto vaginal, em comparação com o parto cesáreo, está relacionada ao fato de que essas últimas apresentarem baixo peso e/ou serem prematuras (CÉSAR *et al.*, 2000; FERRARI *et al.*, 2006). Ao mesmo tempo, outros estudos têm mostrado que nessa relação também têm forte influência a má qualidade da assistência ao parto normal, a elevada incidência de cesarianas, especialmente em gestações de baixo risco, e a realização de parto normal nas gestantes de alto risco (GIGLIO *et al.*, 2005).

A minoria das pacientes havia apresentado partos prematuros prévios e perda

de um filho após o parto, nesses casos, esse fatores podem ter influído na mortalidade neonatal. Victora *et al.* 1988, não encontraram relação entre a história de abortamento ou de natimortalidade prévia e a mortalidade neonatal precoce. Esses autores observaram que, para mortes na primeira semana de vida, os antecedentes mais importantes foram a história prévia de uma morte neonatal ou de um RN de baixo peso. Nascimento *et al.*, 2014 discutiram que a prematuridade pode acarretar problemas imediatos ou tardios ao recém-nascido, tais como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, tocotraumatismos, hemorragias intracranianas, infecções, hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O efeito de problemas na gravidez tem sido amplamente discutido na literatura, sendo os partos prematuros e as perdas fetais e neonatais os mais avaliados. Possivelmente, esse conjunto de variáveis expressa a presença de problemas placentários ou outras condições maternas adversas que afetam o desenvolvimento da gravidez e possam contribuir para a ocorrência de morte neonatal. (SCHOEPS *et al.*, 2007)

Em relação às doenças prévias maternas, a mais encontrada na nossa população foi a hipertensão arterial sistêmica. No que diz respeito ao relacionamento entre desordem hipertensiva e mortalidade infantil, os resultados de alguns trabalhos apontam maiores chances de ocorrência da mortalidade neonatal para filhos de mães com esse problema na gestação. Outra doença muito prevalente foi o diabetes mellitus, com grande impacto na gestação, visto que níveis elevados de açúcar no sangue não controlados aumentam o risco de complicações - como possível aborto - durante a gravidez. Também pode afetar negativamente o desenvolvimento do feto, causando problemas tais como defeitos de nascimento ou parto prematuro. Muitas vezes, a mulher pode não saber que está grávida, até poucas semanas depois de que o bebê é concebido. Este é o momento em que os órgãos do bebê estão se formando. Altos níveis de açúcar no sangue durante estas primeiras semanas cruciais podem prejudicar coração, cérebro e coluna vertebral do bebê.

Das doenças presentes na gestação, a grande maioria dos casos foi de infecção do trato urinário, seguida pela DHEG. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal. ITU em gravidez se associa a um maior índice de prematuridade, baixo peso e mortalidade perinatal, além de maior morbidade materna. As alterações mecânicas e fisiológicas da gravidez que contribuem para ITU incluem: a) dilatação pélvica e hidroureter (vide comentários acima); b) aumento do tamanho renal (1 cm) c) modificação da posição da bexiga que se torna um órgão abdominal e não pélvico; d) aumento da capacidade vesical devido à redução do tônus vesical hormôniomediado; e) relaxamento da musculatura lisa da bexiga e ureter progesterona-mediados. (HEILBERG e SCHOR, 2003)

Quanto ao uso de medicamentos, nossos achados estão de acordo com o estudo de Osório de Castro *et al.*, 2004. que afirmaram uma média de 2,08 medicamentos

prescritos no parto e 2,3 usados durante a gestação, sendo os mais prescritos anestésicos, antibióticos, ocitocina e analgésicos, com diferenças significativas entre estratos, e os mais referidos sulfato ferroso, vitaminas, escopolamina e paracetamol. Para interromper a gravidez, 49,7% relatam o uso de chás e 9,2% de misoprostol.

No quesito consumo de álcool, cigarro ou drogas durante a gestação, os dois grandes resultados foi a negativa do uso de tais agentes e a ausência de informação sobre esses comportamentos, o que prejudicou grandemente a análise desta questão na pesquisa. Através da literatura revisada pudemos constatar que o consumo de algumas drogas ilícitas (maconha, cocaína e opióides), de álcool e tabaco durante a gestação pode trazer muitos malefícios não somente a quem a utiliza, mas também a outro ser ainda em desenvolvimento. Há, no entanto, uma necessidade crescente de novos estudos sobre a amplitude dos fatores que podem influenciar nos seus resultados como, por exemplo, o nível sócio econômico e a falta de informações sobre o tipo, tempo de exposição e quantidade consumida da droga.

Na nossa análise, houve uma grande maioria de pacientes que realizaram o pré-natal, todavia uma minoria delas concluíram 6 ou mais consultas, como é recomendado pelo Ministério da Saúde, o que está de acordo com a associação entre baixo comparecimento nessas consultas e incidência de complicações posteriores. Conforme Kramer *et al.* 2001 discutiram que a ausência ou baixa frequência de consultas pré-natais têm sido apontadas como fatores de risco para morte neonatal precoce , morte perinatal e de baixo peso ao nascimento. No entanto, este resultado não é confirmado pelos ensaios clínicos em países desenvolvidos , sugerindo que este dado possa indicar a presença de gestação indesejada Esse facto pode também ser melhor expressa nos nossos resultados na análise de que, em áreas mais pobres, o pequeno número de consultas pode ser reflexo de menor orientação e de exclusão social. O número de consultas de pré-natal é um indicador muito utilizado para avaliar as condições de atendimento às gestantes, pois as consultas em número adequado possibilitariam detectar riscos que incidem na morbimortalidade materna e infantil, além de reduzir a ocorrência de prematuridade e de mortalidade perinatal. (ORTIZ E OUSHIRO, 2008)

A ausência de informações sobre o desejo e planejamento da gravidez foi predominante em nossa pesquisa, pois nenhum dos prontuários trouxeram essa informação. Esse fato está de acordo com o discutido por Schoeps *et al.* 2007: gravidezes indesejadas são muito difíceis de avaliar, mesmo quando se aborda essa questão com outros familiares da paciente.

Em relação à causa de óbito neonatal, observou-se neste estudo que a prematuridade e suas complicações (doença da membrana hialina e desconforto respiratório do RN) são as causas mais prevalentes de óbito neonatal, seguidas das infecções, que levaram ao choque séptico, malformações congênitas e anóxia/asfixia neonatal. Este resultado corrobora com os outros estudos já realizados no território nacional, os quais demonstraram que a prematuridade é a principal causa de óbito

neonatal, seguida pelas infecções, malformações e asfixia/hipóxia. Essas causas têm maior contribuição no excesso de risco de morte neonatal no Brasil e indicam problemas na assistência relacionados ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto, e ao recém-nascido, resultado típico de países em processo de desenvolvimento. (FRANÇA e LANSKY, 2009)

Um grande desafio para a nossa pesquisa foi a obtenção dos dados completos nos prontuários, uma vez que se constatou uma grande deficiência no preenchimento dos mesmos através da ausência de muitas informações, o que dificultou a conclusão de alguns quesitos analisados.

CONCLUSÃO

Ao analisar todos os parâmetros avaliados, fica clara a dificuldade de traçar um perfil único para as pacientes cujos seus filhos evoluíram para óbito durante o período neonatal, uma vez que cada um desses fatores desempenha seu papel em combinações diversas e, muitas vezes, de forma independente. É evidente, entretanto, a fundamental importância da questão social nesse desfecho. As pacientes de baixa renda, com menor escolaridade, sem apoio familiar e com dificuldade de acesso integral aos serviços de saúde são demonstradas na literatura como de maior risco para a mortalidade neonatal.

O perfil encontrado nas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado foi compatível apenas parcialmente com os achados epidemiológicos que relacionam a mortalidade neonatal com a desigualdade social, com baixas condições socioeconômicas e com o baixo acesso aos serviços de saúde, bem como com uma assistência pré-natal deficiente, mesmo assim, é necessário reforçar a necessidade de implementar políticas eficientes, visando a melhora dessa realidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 76, p. 200-6, 2000.
- ARAÚJO B.F.; BOZZETTI M. C.; TANAKA A. A; Early neonatal mortality in Caxias do Sul: a cohort study. **J Pediatria**, v.76, 200-206, 2000.
- BARROS, F. C. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 12, p.1-9, 2011.
- BONETT, D.G.; SEIERB, E. A test of normality with high uniform power. **Computational Statistics & Data Analysis**, v.40, n.3, p.435-445, 2002.
- CALDEIRA AP, FRANCA E, PERPÉTUO IHO, GOULART EMA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev Saúde Pública**, v.39, p. 67-74, 2005.

CÉSAR, C.C.; RIBEIRO, P.M.; ABREU, D.M.X. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, p. 177196, 2000.

CARVALHO, M.; GOMES, M.A. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, n. 81, p. 111-118, 2005.

FERRARI LSL, BRITO ASJ, CARVALHO ABR, GONZÁLES MRC. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p.10631071, 2006.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: **Organização Pan-americana da Saúde**: p. 83-112, 2009.

GIGLIO, MRP; LAMOUNIER, JA; MORAIS NETO, OL; CÉSAR, CC. Low birth weight in a cohort of newborns in Goiânia-Brazil in 2000. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 27, p.130-136,2005.

HEILBERG I.P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, p. 109-16, 2003.

KRAMER, M.S., SÉGUIN, L., LYDON, J., GOULET, L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? **Paediatr Perinat Epidemiol**. v. 14, p. 194-210, 2001.

LAURENTI R, MELLO JORGE MHP, LEBRÃO ML, GOTLIEB SLD. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU; 2005.

NASCIMENTO, LUIZ FERNANDO COSTA; ALMEIDA, MILENA CRISTINA DA SILVA;

GOMES, CAMILA DE MORAES SANTOS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 303-309, 2014.

NASCIMENTO R. M; LEITE A. J; ALMEIDA N.M; ALMEIDA P. C; SILVA C. F. Determinants of neonatal mortality: a case-control study in Fortaleza, Ceará state, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 28, p. 559-572, 2012.

ORTIZ, L.P.; OUSHIRO, D.A. Perfil da mortalidade neonatal no estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 19-29, 2008.

OSÓRIO-DE-CASTRO CGS, PEPE VLE, LUIZA VL, COSENDEY MAE, FREITAS AM,

MIRANDA FF. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad Saúde Pública**. V.20 p. 73-82, 2004.

SCHOEPS, D., ALMEIDA, M. F. D., ALENCAR, G. P., FRANÇA JR, I., NOVAES, H. M. D., SIQUEIRA, A. A. F. D., RODRIGUES, L. C. Risk factors for early neonatal mortality. **Revista de saude publica**, v.41, p. 1013-1022, 2007.

SHAPIRO, S. S.; WILK, M. B. An Analysis of Variance Test for Normality. **Biometrika**, v. 52, n. 3/4, p. 591 – 611, 1965.

SILVA, A. A. M. D., RIBEIRO, V. S., BORBA JÚNIOR, A. F., COIMBRA, L. C., SILVA, R. A. D.

Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998.

SIMÕES, C. C. da S. Perfis de saúde e de mortalidade no brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: **Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde**, 126 p. 2002.

SOUZA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 42, n. 5, out. 2008.

SOARES, E.S.; MENEZES, G.M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 19(1):51-60, 2010.

SANTANA, I. P., SANTOS, J. M. D., COSTA, J. R. D., OLIVEIRA, R. R. D., ORLANDI, M. H. F., MATHIAS, T. A. D. F. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm.** v.24, p.556-562, 2011.

VICTORA, C.G., BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec; 1988.

FATORES ASSOCIADOS À VARIAÇÃO DO PICO DE FLUXO GERADO DURANTE A TÉCNICA DE HIPERINSUFLAÇÃO MANUAL BRUSCA

Luan Rodrigues da Silva

Hospital Presbiteriano Dr. Gordon

Rio Verde - GO

Ana Paula Felix Arantes

Secretaria Municipal de Saúde

Rio Verde – GO

Fernando Guimarães Cruvinel

Universidade de Rio Verde

Rio Verde - GO

Giulliano Gardenghi

Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo

São Paulo – SP

Renato Canevari Dutra da Silva

Universidade de Rio Verde

Rio Verde - GO

fluxo gerada durante a técnica fisioterapêutica de hiperinsuflação manual brusca em um modelo experimental em função de gênero e de classificação entre fisioterapeutas graduados e acadêmicos de Fisioterapia. **Métodos:** O estudo analítico e exploratório incluiu 115 participantes, os quais foram orientados a realizar a técnica da hiperinsuflação manual brusca com o AMBU conectado ao dispositivo de medida do pico de por três vezes. Os dados foram analisados descritivamente, de acordo com o gênero e a grau de instrução, teste de Shapiro-Wilk, teste t e coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis PFE médio, estatura e idade.

Resultados: A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (74%) e acadêmicos de Fisioterapia (75%), com media de 22,71+5,75 anos de idade, 116,74+8,36 cm de estatura e 322,03+45,78 l/min de pico de fluxo. Houve diferença significativa entre os gêneros para o PFE médio ($P = 0,000$), para a Idade ($P = 0,002$) e para a estatura ($P = 0,000$) e entre o grau de instrução para o PFE médio ($P = 0,001$) e para a Idade ($P = 0,000$). **Conclusões:** Fatores como sexo masculino, grau de instrução e idade foram fatores influenciaram positivamente o pico de fluxo expiratório médio gerado pela técnica de hiperinsuflação manual.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperinsuflação manual, reanimador manual, pico de fluxo.

RESUMO: A hiperinsuflação manual é uma das técnicas de fisioterapia respiratória mais utilizada em pacientes críticos e consiste na administração de um volume gasoso superior do que o realizado pelo paciente através de um balão auto-inflável (AMBU). Esta técnica foi desenvolvida com o objetivo de remoção de secreção brônquica e reexpansão de áreas pulmonares atelectasiadas, melhorando assim a complacência pulmonar e oxigenação em pacientes ventilados mecanicamente.

Objetivo: Evidenciar a variação do pico de

ABSTRACT: Manual hyperinflation is one of the most used respiratory physiotherapy techniques in critically ill patients and consists of administering a higher volume of gaseous fluid than the patient performed using a self-inflating balloon (AMBU). This technique was developed with the objective of removing bronchial secretion and reexpansion of atelectasis lung areas, thus improving pulmonary compliance and oxygenation in mechanically ventilated patients. **Objective:** To demonstrate the peak flow variation generated during the physiotherapeutic technique of abrupt manual hyperinflation in an experimental model according to gender and classification among physiotherapists and physicists. **Methods:** The analytical and exploratory study included 115 participants, who were instructed to carry out the technique of abrupt manual hyperinflation with the AMBU connected to the device of measuring the peak of three times. Data were analyzed descriptively, according to gender and educational level, Shapiro-Wilk test, t-test and Pearson's correlation coefficient between the mean PEF, height and age variables. **Results:** The sample consisted of women (74%) and physiotherapists (75%), with a mean of 22.71 ± 5.75 years of age, 116.74 ± 8.36 cm of height and $322,03 \pm 45.78$ l / min peak flow. There was a significant difference between the genders for mean PEF ($P = 0.000$), for age ($P = 0.002$) and for height ($P = 0.000$) and between the average PEF ($P = 0.001$) and for the age ($P = 0.000$). **Conclusions:** Factors such as male gender, educational level and age were positively influenced by the mean peak expiratory flow generated by the manual hyperinflation technique.

KEYWORDS: Manual hyperinflation, manual resuscitation, peak flow.

1 | INTRODUÇÃO

A hiperinsuflação manual (HM) é uma das técnicas de fisioterapia respiratória mais utilizada em pacientes críticos e consiste na administração de um volume gasoso superior do que o realizado pelo paciente (NUNES et al., 2013). Foi desenvolvida para possível remoção de secreção e reexpansão de áreas com atelectasias, melhorando assim a complacência pulmonar e oxigenação em pacientes ventilados mecanicamente. Apesar de ser uma técnica com carência de evidências científicas que confirmem o seu benefício sobre os desfechos clínicos, a HM é bastante utilizada em UTI como técnica de fisioterapia respiratória. Esta técnica é amplamente aceita como eficaz e, no Brasil, é bastante utilizada para remoção de secreção retida (ORTIZ et al., 2013). É indicada para pacientes que apresentam acúmulo de secreções traqueobrônquicas. A HM potencializa as forças de recolhimento elástico pulmonar, promovendo um aumento do pico de fluxo expiratório e favorece o deslocamento da secreção acumulada nas vias aéreas (SARMENTO, 2007). É freqüentemente utilizada por médicos intensivistas e por fisioterapeutas na assistência de pacientes em UTI com o objetivo de realizar insuflação pulmonar passiva e aumentar o pico de fluxo expiratório e, consequentemente, melhorar a complacência, aumentar o volume de secreções mobilizadas e prevenir pneumonias associadas à ventilação mecânica

(SANTOS et al., 2010).

A técnica de hiperinsuflação manual busca pode ser realizada de diversas formas, tais como: aplicação de seis compressões rítmicas (fragmentação em duas etapas breves e rápidas da compressão manual) do reanimador manual seguida da liberação. Segunda forma consiste na hiperinsuflação manual em tempos com oclusão da válvula expiratória. Trata-se da oclusão manual da válvula expiratória do AMBU, três compressões manuais máximas e lentas do reanimador seguidas da liberação da válvula expiratória. Terceira forma é associada à manobra de higiene brônquica tais como compressões torácicas ou vibro compressões expiratória. Independente da forma em que a técnica é realizada, o que propicia os efeitos é o fluxo de ar gerado tanto para expandir os pulmões quanto para deslocar secreções pulmonares, ou seja, a de um pico de fluxo (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, 2013).

O Pico de fluxo expiratório (PFE) consiste no fluxo máximo alcançado durante uma expiração realizada com força máxima e iniciando de um nível máximo de insuflação pulmonar. Em sujeitos saudáveis, o PFE depende da estatura e condições antropométricas do paciente, propriedades elásticas do pulmão, musculatura expiratória, tipo de reanimador utilizado e experiência do profissional que realiza a técnica (BRITTO, et al., 2009). O PFE pode ser aferido através de um medidor do pico de fluxo. Existem dispositivos comerciais específicos que medem o máximo de fluxo de ar gerado em um ciclo ventilatório espontâneo. Os valores de pico de fluxo de ar exalado dependem das condições antropométricas dos indivíduos e basicamente dependem da condição do parênquima pulmonar, estatura e idade. (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, 2013). A mensuração do pico de fluxo expiratório máximo (*peak flow*) ou *peak expiratory flow* (PEF) tem como principal objetivo avaliar o grau de obstrução brônquica em diversas doenças pulmonares, bem como a reversibilidade do broncoespasmo após o uso de drogas broncodilatadoras por via sistêmica (SARMENTO et al., 2006).

Uma das dificuldades está em garantir o pico de fluxo gerado durante a realização das técnicas em função da variação antropométrica dos profissionais que utilizam desse recurso terapêutico (ORTIZ et al., 2013).

Sabe-se que a realização/execução da técnica de HM é influenciada por diversos fatores como o tipo de reanimador manual utilizado e experiência profissional que realiza a técnica. O objetivo deste estudo foi investigar a variação do pico de fluxo gerada durante a técnica fisioterapêutica de hiperinsuflação manual busca bem como escrever o perfil sócio demográfico e antropométrico dos participantes do estudo e verificar como as condições sócio demográfico e antropométricas de quem realiza a técnica da HM interfere no PFE.

2 | MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo analítico e exploratório realizado em um município do sudoeste goiano, na qual é composta por Fisioterapeutas graduados atuantes e acadêmicos de curso de graduação em fisioterapia.

A pesquisa foi realizada entre o no período de 01 de maio de 2015 a 31 de maio de 2015 sendo composta por uma amostra de 115 indivíduos. Foram incluídos no estudo os 116 profissionais e acadêmicos de fisioterapia como os quais foi obtido contato no durante a época de coleta de dados, os quais concordaram com os termos da mesma. Foi excluída uma participante que não conseguiu realizar a técnica de hiperinsuflação manual brusca, conforme foi demonstrado pelo pesquisador no momento da coleta.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário elaborado pelos pesquisadores, no qual constava dados sóciodemográficos (gênero, idade, estatura referida, escolaridade) e a medida do pico de fluxo. Os materiais utilizados foram: um medidor de pico de fluxo modelo PeakFlow Meter, da marca Philips Resironics®; um bocal plástico, da marca Philips Resironics®; um conector reto 22/22mm de diâmetro interno, da marca Impacto Produtos Médicos® e um reanimador manual tamanho adulto, da marca Unitec®.

O pesquisador preencheu o questionário, montou os instrumentos e demonstrou a técnica de HM na qual sugere que o participante fique na posição ortostática, com membros superiores estendidos segurando o AMBU com as duas mãos. Após zerar o marcador do pico de fluxo, o pesquisador solicitava aos participantes que realizassem por três vezes o movimento exigido para a aferição da técnica, sendo que em cada execução era zerado o valor aferido e registrado na planilha de coleta de dados todos os valores gerados pelo movimento de cada participante. Foram registradas as três medidas do pico de fluxo e calculada sua média .

Foram feitas análises descritivas dos dados, de acordo com o gênero (masculino e feminino) e a grau de instrução (acadêmico e profissional). A normalidade dos dados foi verificada utilizando-se o teste de Shapiro-Wilk. Para se testar as diferenças entre gênero e classificação foi empregado o teste t. Também foi analisado o coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis PFE médio, estatura e idade.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniRV através do parecer de número 1.033.547, e todos os participantes consentiram em participar do estudo através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, obedecendo à resolução 466/2012.

3 | RESULTADOS

Os dados obtidos referem-se aos 115 participantes do estudo. De acordo com o gênero a amostra foi composta de 85 mulheres (73,9%) e 30 homens (26,1%). Conforme a classificação entre profissionais e acadêmicos de Fisioterapia, a amostra

foi composta de 29 (25,2%) fisioterapeutas e 86 (74,8%) acadêmicos da Faculdade de Fisioterapia da UniRV.

Os indivíduos em estudo tinham em media $22,71 \pm 5,75$ anos de idade, $116,74 \pm 8,36$ cm de estatura e $322,03 \pm 45,78$ l/min de pico de fluxo expiratório.

Houve diferença significativa entre os gêneros para o PFE médio ($P = 0,000$), para a Idade ($P = 0,002$) e para a estatura ($P = 0,000$). Em todas as variáveis, o sexo masculino foi superior ao feminino.

Houve diferença significativa entre o grau de instrução para o PFE médio ($P = 0,001$) e para a Idade ($P = 0,000$). Nas duas variáveis, o sexo feminino foi inferior ao masculino. Ao se analisar a estatura, não foi encontrada diferença significativa entre nenhum dos graus de instrução.

4 | DISCUSSÃO

A técnica de Hipersinsuflação Manual (HM) realizada com Ambu e suas consequências nas variáveis pulmonares foram avaliadas em diversos estudos preliminares. A HM promoveu uma melhora na complacência pulmonar estática e na eliminação de maior quantidade de secreção (HODGSON et al., 2013).

Ao se analisar o efeito da HM associado à pressão expiratória positiva final PEEP, em pacientes com atelectasias associada à ventilação mecânica, percebeu-se um aumento dos volumes pulmonares e complacência pulmonar estática (SANTOS et al., 2010).

Os efeitos da HM associados à inclinação de cabeça do paciente foram incrementados, uma vez que houve um aumento na eliminação de secreção e da medida do PFE (BERNEY et al., 2004).

O pico de fluxo pode ser variável de acordo com tipo de técnica utilizada pelo profissional assim como gênero, idade, estatura e classificação entre acadêmico ou fisioterapeuta (LIDA, 2005) .

Estudos também demonstraram que o tabagismo foi considerado como um fator que esteve associado a redução dos valores do PFE médio.....

De acordo com os resultados apresentados neste estudo nota-se um maior número de participantes jovens e do sexo feminino. Este fato se deve ao fato do público de acadêmicos da UniRV serem predominantemente de pessoas em sua primeira graduação, recém saídos do ensino médio e, portanto, jovens. E pelo fato de ser mulheres a maior parte dos acadêmicos de Fisioterapia.

Homens têm braços mais longos, pés e mãos maiores do que as mulheres. Talvez por essa justificativa, os participantes do gênero masculino obtiveram maior pico de fluxo ao manusear o AMBU, por ter melhor pega. A mão maior pode permitir melhor acoplamento das mãos ao AMBU e facilitar a compressão manual. O mesmo autor pontua que existe uma diferença significativa da proporção músculos/gordura entre

homens e mulheres. Os homens têm proporcionalmente mais músculos e gordura. Afirma também que as mulheres podem possuir aproximadamente até metade da força dos homens. Desta forma, homens com maior musculatura pode justificar o fato dos sujeitos do gênero masculino obtiverem maior pico de fluxo durante o experimento (LIDA, 2005).

Homens e mulheres diferem na composição corporal e que a gordura representa maior proporção do peso do corpo nas mulheres do que nos homens. A percentagem com que a gordura contribui para o corpo é de 13,5% para o homem adulto e 24,2% para a mulher adulta. (SANTOS & FUJÃO, 2011).

Lida (2005) afirma ainda que para fazer um determinado movimento, diversas combinações de contrações musculares podem ser utilizadas contendo características de velocidade, precisão e movimento. Operadores mais experientes aprendem a usar uma combinação de contrações musculares mais eficientes e ainda economizam gasto energético. Acadêmicos sem ter essa prática podem fazer movimentos menos harmônicos, menos precisos gerando acelerações ou desacelerações bruscas gastando mais energia e tendo menos eficiência no procedimento.

O mesmo autor afirma que um novato, realizando uma tarefa pela primeira vez, sentirá mais dificuldade que uma pessoa experiente. O novato pode fazer movimentos mais deselegantes e cometer mais erros. Com relação a amostra estudada, apenas um sujeito foi excluído do estudo por não conseguir desenvolver a sequência de movimentos rítmicos exigida pela técnica e orientado pelo pesquisador.

Em estudo realizado com uma população de candidatos a cirurgia bariátrica, percebeu-se que os indivíduos do sexo masculino possuem valores menores aos preditos, enquanto não foram observadas diferenças significantes no sexo feminino (SARMENTO et al., 2006).

5 | CONCLUSÃO

A partir das análises realizadas neste estudo, pode concluir-se que o sexo masculino, o grau de instrução e a idade foram fatores que influenciaram positivamente no pico de fluxo expiratório médio gerado pela técnica de hiperinsuflação manual.

REFERÊNCIAS

- NUNES, S.G. et al. **Hiperinsuflação manual: Revisão de evidências técnicas e clínicas.** Rev. Fisioterapia Movimento, v.26, p.423-435, 2013.
- ORTIZ T.A. et al. **Estudo experimental sobre a eficiência e segurança da manobra de hiperinsuflação manual como técnica de remoção de secreção.** Rev. Bras. de Pneumologia, v.39, p.205-213, 2013.
- SARMENTO, G.J.V. **Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica.** Rev. Bras. de Pneumologia, v.33, n. 2, p.142-150, 2007.

SANTOS, et al. **Efeitos da manobra de hiperinsuflação manual associada à pressão positiva expiratória final em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.** Porto Alegre. Rev. Bras. de Terapia intensiva, v.22, n.1, p.40-46, 2010.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. **Hiperinsuflação manual: Circular técnico interno: Qualidade e desenvolvimento organizacional**, p.3, 2013.

BRITTO, R.R. et al. **Recursos manuais e instrumentais em Fisioterapia Respiratória.** Barueri SP: Manole. p.35-40, 2009.

SARMENTO, G.J.V. et al. **Avaliação fisioterapêutica em paciente em terapia intensiva.** In: Fisioterapia em UTI: avaliação e procedimento. São Paulo: Atheneu, 2006.

HODGSON, C. et al. **An investigation of the early effects of manual lung hyperinflation in critically ill patients.** Anaesth Intensive Care, v.28, n.3, p.255-61, 2000. In: NUNES, S.G. et al.. Hiperinsuflação manual: Revisão de evidências técnicas e clínicas. Rev. Fisioterapia Movimento, v.26, p.423-435, 2013.

SANTOS, L. et al. **Efeitos da manobra de hiperinsuflação manual associada à pressão positiva expiratória final em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica.** Rev Bras. Terapia Intensiva, v.22, 2010.

BERNEY, S. et al. **Head-down tilt and manual hyperinflation enhance sputum clearance in patients who are intubated and ventilated.** Aust J Physiother, v.50, n. 1, p.9-14, 2004.

MCCARREN, B., CHOW, C.M. **Manual hyperinflation: a description of the technique.** Aust J Physiother, v.42, n.3, p.203-08, 1996.

LIDA, I. Ergonomia projetos e produções. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

SANTOS, R., FUJÃO, C. Antropometria. In: Fedatto L. **Perfil antropométrico e percepção da imagem corporal em mulheres praticantes de atividade física de uma academia da cidade de Chapecó-SC [monografia].** Chapecó SC. 2011.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza - Ceará

Rita Luana Castro Lima

Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Unifanor Wyden
Fortaleza - Ceará

José Musse Costa Lima Jereissati

Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Carlos
São Carlos - Assunção

Ana Cláudia Fortes Ferreira

Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - Ceará

Viviane Bezerra de Souza

Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú
Sobral - Ceará

Yara de Oliveira Sampaio

Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual do Ceará.
Docente do Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará

Eurenir da Silva Souza

Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia Intensiva
Fortaleza – Ceará

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com um sistema nacional de saúde. É por meio dela que se levam os cuidados de saúde o mais perto possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, dando início a um continuado processo de assistência à saúde. Pelo vínculo e proximidade com os usuários do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária é um espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos. O estudo teve como objetivo compreender as práticas do atendimento, como tática de humanização na Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A coleta de dados dos artigos desenvolveu-se através do uso de ferramentas das bases de dados Scielo, Medline e Lilacs. Para a seleção dos artigos, procedeu-se da leitura do título e do resumo para a apreciação prévia e confirmação de que o manuscrito contemplava informações sobre a temática em estudo. Posteriormente, foi feita a leitura de 30 artigos na íntegra objetivando identificar ideias-chave e orientações direcionadas ao objeto de estudo, o que proporcionou uma amostra final de 10 artigos. Através deste trabalho foi possível compreender como o atendimento pode contribuir na construção de uma assistência à saúde, de maneira mais humanizada, auxiliando na recuperação de usuários e no bem-estar dos

trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde. Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Primary Health Care represents the first contact of individuals, the family and the community with a national health system. It is through it that health care is brought as close as possible to the places where people live and work, initiating a continuous process of health care. Due to the link and proximity to the users of the Unified Health System, Primary Care is a privileged space to know the problems and the health needs of individuals and groups. The aim of the study was to understand care practices as a tactic of humanization in Primary Care. This is a bibliographical research. Data collection of articles was developed through the use of tools from the Scielo, Medline and Lilacs databases. For the selection of the articles, the title and the abstract were read for the previous evaluation and confirmation that the manuscript included information on the subject under study. Subsequently, 30 articles were read in order to identify key ideas and orientations directed to the object of study, which provided a final sample of 10 articles. Through this work it was possible to understand how care can contribute to the construction of a health care, in a more humanized way, helping the recovery of users and the welfare of workers.

KEYWORDS: Delivery of Health Care. Humanization of Assistance. Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista para o povo brasileiro, pois consolida a saúde como um direito do cidadão. Como toda conquista de cidadania, o SUS se constrói nas lutas diárias por condições de vida mais compatíveis com nossa dignidade de seres humanos, sendo que um dos grandes desafios nessa construção cotidiana do SUS é a humanização das relações na atenção à saúde (BRASIL, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) fortalece o direito universal à saúde reconhecido no SUS. Cada cidadão brasileiro tem o direito de ser inserido a uma equipe de Atenção Básica, que se responsabilize pelos problemas e necessidades de saúde, individuais e coletivas (MENDES, 2010).

A criação de espaços intermediários entre Estado e sociedade civil para deliberação sobre questões de interesse público representou um avanço na democracia brasileira e uma possibilidade de atender de forma mais justa os anseios e necessidades de todos os envolvidos (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

Através desse movimento de inclusão e gestão compartilhada, ocorreu a criação da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). A Humanização como política implica em construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção

de saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

A PNH propõe transformações nas relações sociais de trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização, condução e prestação dos serviços à população (BARBOSA; NUNES, 2009).

A APS representa o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com um sistema nacional de saúde. É por meio dela que se levam os cuidados de saúde o mais perto possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, dando início a um continuado processo de assistência à saúde (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

Pelo vínculo e proximidade com os usuários do SUS, a APS é um espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos, e consequentemente para a humanização do SUS.

A humanização da APS requer o redirecionamento da prática clínica e do equacionamento ético dos profissionais, no sentido da valorização dos usuários, profissionais e gestores. Para humanizar a APS, é preciso sensibilidade e compromisso éticos em todos os âmbitos para bem acolher os usuários (BRASIL, 2008).

A PNH propõe transformações nas relações sociais de trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização, condução e prestação dos serviços à população (SANTOS, 2007).

O termo humanização é empregado como uma forma de atenção que valoriza a qualidade do cuidado ao usuário, respeita os direitos, a subjetividade e incorpora dimensões culturais. Implica também na democratização das relações que envolvem o atendimento, a busca de uma comunicação mais habilidosa e fluida, o reconhecimento entrecruzado das expectativas dos profissionais e os dos usuários.

Observa-se que houve um progresso da tecnologia dura ou maquinária, referente a equipamentos, materiais médico-hospitalares, digitalização de imagens, sistemas informatizados, prescrição e prontuário eletrônicos. O avanço desta tecnologia proporcionou resultados muito positivos para os profissionais de saúde e para os usuários, mas também gerou impacto na cultura das organizações de saúde, nos costumes, nas tradições e, portanto, na maneira específica de se trabalhar.

Devido à não criação anterior de políticas que implantassem a humanização nas organizações de saúde, durante este período de ascensão tecnológica, o atendimento, de maneira acolhedora e humanizada ficou distante da necessidade da pessoa enferma, ou seja, a assistência médico-hospitalar foi se tornando impessoal, pelo pouco investimento nas tecnologias leves. Este comportamento, além de impactar na assistência prestada ao usuário, afetou outros elementos dentro da instituição, comprometendo alguns dos seus processos, de maneira muito característica (GODOI, 2004).

Assim, humanização, como respeito à diversidade e à subjetividade, agrega-se aos princípios originais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Embora, segundo Deslandes (2002), constitua o alicerce de um amplo conjunto

de iniciativas, o conceito de humanização ainda carece de uma definição amplamente compartilhável, conformando-se como diretriz de trabalho, como um movimento dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático apoiado em nítidas experiências de sucesso e ferramentas *standard*, pois ainda há a necessidade de construir consensos até em torno do termo. Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcados.

Ressalte-se que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes para a humanização, pois beneficiam o usuário com um acolhimento digno. O ser humano precisa do que é humano, ou seja, de atenção e acolhimento, que o profissional de saúde deve expressar no atendimento ofertado.

O presente estudo traz uma reflexão sobre a humanização no atendimento ofertado ao usuário que chega a unidade de saúde para resolução de suas demandas. Objetivou-se compreender as práticas do atendimento, como tática de humanização, em unidade de atenção primária a saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Esse tipo de pesquisa busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas (BOCCATO, 2006).

Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes (PIZZANI, 2012).

A coleta de dados dos artigos desenvolveu-se através do uso de ferramentas das bases de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo); Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem online); Science Direct e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca nessas diversas bases de dados teve como propósito ampliar o âmbito da pesquisa e minimizar possíveis vieses.

Foi utilizado o cruzamento dos descritores “Assistência à Saúde”, “Delivery of Health Care”; “Humanização da Assistência”, “Humanization of Assistance”; “Atenção Primária à Saúde”, “Primary Health Care”; extraídos do Decs (Descriptor em Ciências da Saúde) do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão foram artigos relacionados à temática disponíveis eletronicamente e de forma gratuita e estarem escritos nos idiomas inglês, espanhol e português. Já os critérios de exclusão foram editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, bem como estudos que não abordavam temática relevante ao objetivo do estudo.

Para a seleção dos artigos, primeiramente, procedeu-se a leitura do título e do

resumo para a apreciação prévia e confirmação de que o manuscrito contemplava informações sobre a temática em estudo.

Posteriormente, foi feita a leitura de 30 artigos na íntegra objetivando identificar ideias-chave e orientações direcionadas ao objeto de estudo, o que proporcionou uma amostra final de 10 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os limites transversais da humanização no sistema de saúde, ainda como uma utopia a Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu no ano de 2004, tendo como princípio norteador a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de assistência e gestão, comprometendo-se com a produção de saúde e de sujeitos, por meio de educação permanente, a construção de autonomia e protagonismo de sujeito e coletivos, e o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional interdisciplinar, atuando em rede de alta conectividade, qualificando o SUS.

Ressalte-se que as atividades atribuídas à hospitalidade são fatores relevantes à humanização, pois beneficiam o usuário com um tratamento digno.

O termo humanização, segundo Deslandes (2002), é empregado como a assistência que valoriza a qualidade do cuidado ao usuário de saúde. Do ponto de vista político, é associado ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e de suas referências culturais. Implica também na democratização das relações que envolvem o atendimento, a busca por um maior diálogo e melhoria da comunicação entre assistentes e assistidos e pelo reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos usuários como sujeitos do processo terapêutico.

Conforme Sampaio (2005), as dimensões básicas para se chegar a uma ideia de humanização é preciso percorrer quatro caminhos:

- a. Primeiro caminho – o humano como superação do animal: o que difere o homem do animal é o conjunto de habilidades físicas e mentais. A palavra-chave neste caminho de evolução é a hominização.
- b. Segundo caminho – o humano como superação do bárbaro: Neste caminho onde a palavra-chave é civilização, fica bem mais difícil definir, valorativamente, uma evolução das formas de organização social.
- c. Terceiro caminho - o humano como superação da coisa: A palavra-chave, neste caminho entre duas pessoas, é subjetividade. O ser humano deve ser visto de maneira holística, respeitando toda a sua integridade e pessoalidade.
- d. Quarto caminho – o humano como superação de alienado: Este caminho é trilhado pelas vias da conscientização, isto é, da autonomia, da liberdade e da construção coletiva de valores e significados. A palavra-chave é a eman-

ciação crítica.

A humanização, portanto, ainda é uma utopia, com um desejo projetado para o futuro. Considerando os limites transversais da humanização no sistema de saúde, ainda como uma utopia a PNH surgiu no ano de 2004, tendo como princípio norteador a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de assistência e gestão, comprometendo-se com a produção de saúde e de sujeitos, por meio de educação permanente, a construção de autonomia e protagonismo de sujeito e coletivos, e o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional interdisciplinar, atuando em rede de alta conectividade, qualificando o SUS.

Embora, segundo Deslandes (2002), constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de “humanização da assistência” ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um apporte teórico-prático, pois ainda há a necessidade de designar o termo humanizar.

Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcados.

A unidade de saúde deixou de ser vista como um local frio e impessoal, a partir da compreensão das necessidades de inovação em seus serviços e das relações interpessoais entre profissional-profissional e profissional-usuário. Observou-se que o público tinha necessidade de um ambiente hospitalero, como estratégia de transformação dos seus serviços e instalações, a fim de propiciar um ambiente menos desgastante aos seus usuários.

Promover conforto com vistas à qualidade de vida em uma unidade de atenção primária a saúde se torna uma questão no mínimo desafiadora, sobretudo, essa a qual se refere, imersa em um ambiente marcadamente tecnológico e em um ambiente, conforme Silva (2006), entendido pelo senso comum e até mesmo entre os acadêmicos como (des)humano. No entanto, esse movimento pode ganhar contornos de uma nova *práxis* para a assistência hospitalar.

A palavra *práxis* é comumente utilizada como sinônimo ou equivalente ao termo prático. Todavia, se recorremos à concepção marxista, observa-se que *práxis* e prática representam conceitos diferentes. Deste modo, *práxis* diz respeito à “atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico a si mesmo” (BOTTONMORE, 2001).

Já o conceito de prática se refere a uma dimensão da *práxis*: a atividade de caráter utilitário-pragmático, vinculadas às necessidades imediatas. Nesse sentido, em nossa vida cotidiana, tomamos as atividades práticas como dadas em si mesmas, sem questionarmos para além das formas como aparecem, aquilo que constitui sua essência.

Segundo Vazquez (1977), “a consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da práxis – como atividade social transformadora – seu objeto; não produz – nem pode produzir (...) uma teoria da práxis”.

Das afirmações, acima depreende-se que práxis, compreendida como prática social transformadora, não se reduz ao mero praticismo, tampouco a pura teorização. Nessa compreensão, a relação teoria e prática são indissociáveis. A compreensão da realidade, sustentada na reflexão teórica, é condição para a prática transformadora, ou seja, a práxis.

A atividade transformadora é, então, atividade informada teoricamente. Nesse sentido, colocam-se em questão posições rotineiramente afirmadas em nível de senso comum, da refutação da teoria e da centralidade da prática, ou seja, de contraposição teoria-prática.

Como bem afirma Vazquez (1977): “entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização dos meios materiais e planos concretos de ação; tudo isso como passagem para indispensável para desenvolver ações reais, efetivas. Nesse sentido uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação”.

Então, possivelmente, pode se constituir um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional. Portanto, a fundamentação teórico-prática, neste campo, necessita, ainda, de exploração e investimento.

Essa transformação se dá pela preocupação da gestão da unidade com a pessoa humana, que necessita de um atendimento humanizado. A preocupação com o bem-estar das pessoas na sua assistência deve ser a intenção maior.

Por este motivo, a humanização envolve fatores que vão além do contentamento esperado pelos usuários. Os mecanismos de humanização revolucionaram a hospitalidade das organizações de saúde, ao ponto de se sentirem bem em um local que outrora era lugar de sofrimento. Nesse processo de transformação destaca-se o trabalho de uma eficiente gestão, que tem como objetivo a melhoria eficaz em todas as dimensões do hospital.

Percebe-se que houve um grande avanço nas organizações de saúde brasileiras. Este avanço se deu pela determinação dos elaboradores das políticas nacionais e dos gestores hospitalares, pois eles acreditaram no pensamento tornado clássico: nada se cria, nada se perde, tudo se transforma.

Para tanto, observa-se o posicionamento de Beltram e Camelo (2007) sobre este aspecto:

Cabe a administração – pela natureza das funções que executa e pelas condições das pessoas atendidas, afetadas pelas patologias mais diversas, o cuidado pelo planejamento, execução e controle das idéias lançadas para qualificar o

atendimento humanizado (organização, regulamentação, vigilância, educação continuada de todos os colaboradores) englobando desde a estrutura física até a responsabilidade sobre o bem-estar do indivíduo.

Estas diretrizes favorecem um bom encaminhamento das atividades da unidade de saúde e proporcionam resultados esperados. Vale ressaltar que a humanização na atenção e na gestão é concebida de modo integrado.

A qualidade dos serviços prestados é um paradigma incessantemente buscado nas organizações, pois é considerado como um dos maiores diferenciais na expectativa dos usuários. A qualidade, conforme Godoi (2004), é intrínseca a tudo o que é produzido, servido ou vivido pelo ser humano. A realidade tem elementos mensuráveis – quantidade – e elementos não mensuráveis – qualidade. Designadamente na área da saúde é imperativo que prevaleça a dimensão da qualidade, uma vez que trata de problemas bastante complexos que afetam a vida humana.

Para que a qualidade seja propagada é necessária à atitude humana. Pela forma como é inserido e pelo modo como é percebido, o ser humano tem cada vez mais se tornado a peça fundamental da organização, no desenvolvimento dos processos, na criatividade de melhorias, na visão ampla do contexto organizacional, no relacionamento.

Nesse contexto um fator importante desenvolvido por pessoas no processo de humanização é a comunicação entre trabalhadores, trabalhadores e usuários, usuários e trabalhadores e/ou multiprofissionais. No entanto, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, sem comunicação não há humanização, a qual depende da capacidade de falar e ouvir, uma vez que para humanizar é preciso valorizar o diálogo (GIORDANI, 2007).

A comunicação é um fator imprescindível para o diálogo. Para tanto, é preciso que haja na interatividade comunicativa a objetividade. Essa objetividade dentro do setor saúde é de grande importância para se alcançar a resolutividade esperada pelos s em todos os processos da organização, e o primeiro se inicia na recepção. É imprescindível investir na qualificação dos profissionais de saúde, pois uma vez capacitados serão capazes de desempenharem suas atividades laborais da melhor maneira possível, impactando na qualidade total.

A qualificação do profissional de saúde é necessária para o desenvolvimento da organização no seu atendimento e para o colaborador em se sentir mais capacitado tecnicamente, devido à sua análise crítica frente aos processos, e assim poder desempenhar sua função da melhor maneira possível.

A Educação Permanente em Saúde, de acordo com Ceccim (2005), constitui tática fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e competente.

A educação continuada para os profissionais deve ser para todos que fazem parte da organização, a fim de capacitá-los e obter maior satisfação por parte dos s, acompanhantes e visitantes. A qualificação proporciona uma adequada postura,

confiança, resolutividade e efetividade dos serviços.

Segundo Silva e Alves (2011):

A postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. As dificuldades existem e são conhecidas, mas a força de vontade de cada um, a qualificação e capacitação profissional, a postura adequada, transmissão de confiança para a população, juntamente com o estabelecimento de vínculos com a mesma, tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde, adequando medidas que possam garantir atendimento a todos de forma humanizada e qualitativa.

Com estas diretrizes, a humanização no atendimento ao usuário, em geral passou a ser trabalhada de maneira mais eficiente, resultado da qualificação dos profissionais que passaram a enxergar outros horizontes e a ter ideias novas, dentre elas a percepção da necessidade de transformar o ambiente hospitalar, torná-lo mais acolhedor e amplo, convertendo as características impessoais em peculiaridades mais agradáveis.

4 | CONCLUSÃO

A humanização do SUS é tarefa que convoca a todos, gestores, trabalhadores e usuários, para a construção de vínculos e trocas solidárias, comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos.

Humanizar a Atenção Primária, e por decorrência o SUS, representa reconhecer o papel desse ponto de atenção. Por sua vez, tal reconhecimento implica fortalecer a Atenção Primária por meio de instrumentos da Gestão e de efetivação do Cuidado. Em outras palavras, é fundamental o estabelecimento de uma governança compartilhada entre os pontos da rede para a obtenção de resultados satisfatórios às necessidades de saúde, em um cuidado humanizado.

É no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da população onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser.

Através deste trabalho foi possível compreender como o atendimento pode contribuir na construção de uma assistência à saúde, de maneira mais humanizada, auxiliando na recuperação de usuários e no bem-estar dos trabalhadores.

Concluiu-se que é de grande relevância compreender a importância do atendimento humanizado. Através dessa compreensão, é possível constituir um novo campo de possibilidades tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional. Portanto, a fundamentação teórico-prática, neste campo, necessita de exploração e investimento, para maior aprofundamento e abordagem de sua proeminência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BARBOSA, S.F.S; NUNES, F.V.O. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface Comun Saúde Educ.** v. 13, n. 1, p. 615-26, 2009.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GIORDANI, A.T. **Humanização da Saúde e do cuidado.** São Paulo: Difusão, 2008.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo.** São Paulo: Ícone, 2004.

GRANJA, G.F; ZOBOLI, E.L.C.P. Humanizaçāo da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde.** V. 36, n. 3, p. 494-501, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciēn Saúde Colet.** v. 15, v. 5, p. 2297-305, 2010.

PIZZANI, L. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, 2012.

SANTOS, S.B.F. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciēn Saúde Colet.** v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SILVA, R.C.L. **O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas.** 2006. 189f. Teses (Doutorado em Saúde pública) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SAMPAIO, J. J. C. et al. Humanização da Atenção à Saúde na Prática Hospitalar Terciária. In: SIEBRA, A.V.; SILVA, E. S. (Org.). **Saberes e práticas na saúde coletiva: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento.** Fortaleza: Ed. UECE, 2014, p. 108-128.

VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VILAÇA, M. E. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PREDITIVOS DE AUMENTO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR NO INTRA E PÓS- OPERATÓRIO DE CANDIDATOS A COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA

Camila Sales Andrade

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa – PB

Zailton Bezerra de Lima Junior

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa - PB

Felipe Siqueira Teixeira

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa - PB

RESUMO: Existem fatores que predizem uma maior permanência hospitalar dos pacientes submetidos a esse procedimento, que serão abordados no presente estudo. Este trabalho tem como objetivo avaliar os fatores preditivos de aumento de permanência hospitalar e sua relação com o tempo de recuperação de pacientes candidatos a colecistectomia videolaparoscópica. Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, pois foram coletados dados dos pacientes internados na enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). A amostragem do estudo foi do tipo conveniência e foi composta por pacientes com colelitíase candidatos a colecistectomia videolaparoscópica. Foi utilizado questionário contendo dezessete questões, englobando os fatores preditivos de aumento de internação

hospitalar. Foram avaliados 77 pacientes dos quais 12 (17,9%) eram do sexo masculino e 55 (82,1%) eram do sexo feminino, tendo como média de idade 38,10 anos ($\pm 12,3$) e o Índice de Massa Corporal médio de 28,37 kg/m² ($\pm 4,86$). Dentre os pacientes participantes da pesquisa, nenhum apresentou intercorrências no intraoperatório. A média de fluido recebido no intra-operatório foi de 383 ml, sendo o menor volume 50 ml e o maior 1500 ml. Da totalidade dos pacientes pesquisados, quatro (5,9%) apresentaram alguma complicação no pós operatório. A média dos dias de internação na enfermaria foi de 2 dias. Apenas 4 (6%) pacientes excederam tal mediana. O presente estudo mostra que foram mínimas as complicações encontradas quando 100% dos procedimentos são realizados eletivamente e quando todos os pacientes avaliados são de baixo risco cirúrgico (ASA 1 ou 2).

PALAVRAS-CHAVE: tempo de internação, fatores preditivos, colecistectomia laparoscópica.

ABSTRACT: There are factors that predict a longer hospital stay for patients undergoing cholecystectomy, which were analyzed in the present study. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study. Data were collected from patients admitted to the Lauro Wanderley University Hospital (HULW) of

the Federal University of Paraíba. Sampling was of convenience type, composed of patients with cholelithiasis candidates for laparoscopic cholecystectomy. A questionnaire containing seventeen questions was used, encompassing the predictive factors of increased hospitalization. A total of 77 patients were evaluated, of which 12 (17.9%) were male and 55 (82.1%) were female, with an average age of 38.10 years (\pm 12.3) and an average Mass Index Body of 28.37 kg / m² (\pm 4.86). Among the patients participating in the study, none of them presented intraoperative complications. The average intraoperative fluid received was 383 ml, the lowest volume was 50 ml and the largest was 1500 ml. Of the total number of patients studied, four (5.9%) presented some postoperative complications. The average length of hospital stay was 2 days. Only 4 (6%) patients exceeded this average. The present study shows that the complications found were minimal when 100% of the procedures are performed electively and when all patients evaluated are of low surgical risk (ASA 1 or 2).

KEYWORDS: length of hospital stay, predictive factors, laparoscopic cholecystectomy.

1 | INTRODUÇÃO

A colecistite é uma das doenças gastrointestinais mais frequentes que requerem hospitalização e geralmente ocorre em indivíduos jovens e saudáveis, com prevalência superior a 10% (SALIM, 2008). Dentre os fatores de risco associados ao surgimento da doença, podemos citar: sexo feminino, obesidade, gravidez, idade avançada, tabagismo, ingestão de alimentos gordurosos, tratamento de reposição hormonal, doença de Crohn, ressecção do íleo terminal, cirurgia gástrica, talassemia, esferocitose hereditária e anemia falciforme.

Além disso, a colecistite pode ser dividida em crônica e em aguda. A crônica é aquela em que há uma inflamação em andamento com episódios recidivantes de cólica biliar ou dor proveniente do ducto cístico. É caracterizada por ataques repetidos, cicatriz e vesícula biliar não funcionante (KNAB, 2014). A colecistite aguda, por sua vez, ocorre devido a uma obstrução do ducto cístico, provocando cólica biliar. Quando o ducto cístico permanece obstruído, a vesícula biliar distende-se e sua parede inflama e torna-se edematosa. No quadro mais frequente, há o deslocamento do cálculo e a inflamação se resolve gradualmente. Em casos mais graves, há a possibilidade de processo provocar isquemia e necrose da parede da vesícula biliar (MAYA, 2009).

A colecistectomia, procedimento cirúrgico de retirada da vesícula biliar então, é o tratamento de escolha para as doenças relacionadas à vesícula biliar. Ela objetiva aliviar os sintomas, tratar e prevenir complicações (SALIM, 2008). A modalidade videolaparoscópica desse procedimento tem como vantagens a maior aceitabilidade pelo paciente, recuperação mais rápida, menor cicatriz, menor tempo de internação hospitalar, retorno mais rápido às atividades, menor desconforto e menor taxa de complicações (IVATURY, 2011).

A colecistectomia, procedimento cirúrgico de retirada da vesícula biliar, está

indicada no tratamento da colelitíase sintomática, colecistite aguda, pancreatite aguda biliar e nas neoplasias da vesícula biliar (SANTOS, 2008). A colecistectomia videolaparoscópica é um procedimento de escolha na maioria dos casos pela sua característica de diminuir a agressão e o trauma cirúrgico, havendo como vantagens uma menor dor no pós-operatório, menor taxa de infecção da ferida pós-operatória, baixas taxas de complicações, menor incidência de aderências, melhor recuperação estética, alta hospitalar precoce e retorno rápido do paciente às atividades diárias pela redução do tempo cirúrgico e de internação. Entretanto, apesar de constituir um procedimento menos invasivo, existem riscos característicos deste procedimento, como embolia gasosa (sendo esta uma complicação de cunho raro, porém fatal na maioria dos casos), pneumotórax, hipotensão arterial aguda, hemorragia e perfuração de vísceras no período intra-operatório e pós-operatório (SALIM, 2008).

Existem fatores preditivos que devem ser avaliados no pré-operatório e no pós-operatório de pacientes indicados para colecistectomia laparoscópica, entre eles estão a idade do paciente, o grau da cirurgia, antecedente patológico de pancreatite biliar e colestase, antecedente de cirurgias prévias (verificar se o paciente apresenta uma passado cirúrgico de aderências), cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), averiguação da presença de leucocitose e comorbidades, e classificação American Society of Anesthesiologists (ASA) do candidato a cirurgia. Deve-se avaliar também as intercorrências no ato operatório como forma de guiar a conduta no pós-operatório e reparar possíveis complicações, como sangramento no intra-operatório com necessidade de hemotransfusão, contaminação de cavidades e necessidade de conversão de cirurgia videolaparoscópica em colecistectomia aberta, utilizando como critérios deste último hemorragia, perfuração intestinal, lesão do ducto biliar comum, dificuldade técnica (adesão, problemas com equipamentos laparoscópicos, difícil visualização por parte do cirurgião, entre outros), extravasamento do conteúdo biliar para compartimento vascular e presença de cálculo no ducto biliar comum (LYASS, 2000).

A importância do conhecimento da idade do paciente como conduta pré cirúrgica está na alta prevalência dessa cirurgia em idosos, com uma incidência de 21,4% em pacientes com idade entre 60 e 69 anos e 27,5% em indivíduos com idade superior a 70 anos (LOUREIRO, 2011).

Deve ser avaliado também o grau de cirurgia que é dividido em cirurgia eletiva e não eletiva, pois um paciente submetido a uma colecistectomia de urgência tem um tempo de internação 127% maior em comparação a pacientes submetidos a operações eletivas (IVATURY, 2011).

As comorbidades, como obesidade e diabetes, devem ser rastreadas, pois a primeira representa fator de risco comprovado para a formação de cálculos nas vias biliares, tendo seu risco aumentado em casos extremos de obesidade, sendo o IMC um importante fator de risco, que indica que o quanto maior for o índice kg/m² mais prolongado é o tempo de internação (IVATURY, 2011). Assim como pacientes com

obesidade, indivíduos com diabetes mellitus devem ser investigados, pois evidenciam maiores chances de apresentar colecistite aguda ou até mesmo colecistite grangrenosa. (18)

O estado do paciente é um forte fator de determinação do tempo de internação, devendo ser analisado para isso o ASA. Assim, pacientes classificados como ASA 3 e ASA 4 apresentam, respectivamente, 51% e 102% de chances de apresentar maior tempo de pós-operatório comparado ao ASA1, não apresentando aumento nem diminuição do tempo de pós-operatório para os pacientes categorizados em ASA2 em contraste com os classificados em ASA1(IVATURY, 2011).

Pesquisas recentes afirmam que a fluidoterapia intraoperatória interfere no tempo de permanência hospitalar, pois quanto maior a administração de fluidos na sala de cirurgia maior o tempo de internação (IVATURY, 2011)

Laboratorialmente, um aumento da taxa de leucócitos é verificada em 85% dos casos, indicando complicações como gangrena, perfuração e colangite em contagens superiores a 20.000 céls/ml (IVATURY, 2011).

Outro fator essencial que deve ser investigado são os antecedentes cirúrgicos do paciente, pois é essencial o conhecimento da presença ou não de aderências, já que estas alteram a anatomia e/ou a função dos órgãos envolvidos, devendo o médico cirurgião ter conhecimento disso para conduzir a cirurgia da melhor forma possível (THOMPSON, 1990).

Estudos mostram que quando realizado dentro de 48 horas da admissão, a colecistectomia laparoscópica em pacientes com pancreatite aguda moderada resulta em uma menor permanência hospitalar (CUSHER, 2014).

Além dos fatores preditivos no pré-operatório, devem ser observadas as intercorrências no intraoperatório, pois são aspectos essenciais na determinação do prognóstico do paciente. Dessa maneira, pacientes submetidos a hemotransfusões apresentam maiores taxas de mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI) e hospitalar, aumentando o risco também de manifestar falência de órgãos, estando as transfusões sanguíneas associadas a infecção nasocomial, possuindo um maior risco de mortalidade em pacientes que foram transfundidos mais de uma vez (JÚNIOR, 2008). Aliado a isso, o controle de infecções (contaminação de cavidades) deve ser um dos objetivos dos cirurgiões, pois apresenta um pior prognóstico e uma conduta diferenciada no pós-operatório.

Após o procedimento cirúrgico, deve-se realizar evoluções diárias do paciente para qualificar sua progressão fisiológica pós-operatória, havendo a necessidade de pesquisar flebite; avaliar a cicatriz cirúrgica, examinando se há algum sinal de infecção; fazer a auscultação respiratória, investigando a possibilidade de apresentar pneumonia ou outro acometimento deste sistema; aferir a temperatura do paciente, analisando a presença de febre como sinal de infecção ou inflamação; pesquisar distúrbios de volemia ou hidroeletrolíticos, investigando a diurese do paciente, assim como a presença de infecção do trato urinário; mensurar a possibilidade de atelectasias;

pesquisar abscessos cavitários, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (PITREZ, 2008).

Dessa forma, avaliar os fatores preditivos determinantes do tempo de internação são de extrema importância para um bom cuidado dos pacientes candidatos a colecistectomia videolaparoscópica, pois proporciona a estes um atendimento mais especializado e com índices de complicações menores.

2 | OBJETIVOS

A pesquisa tem como objetivos identificar, no pré-operatório, quais são os fatores que podem predizer um aumento no tempo de hospitalização dos pacientes candidatos à colecistectomia videolaparoscópica, além de avaliar os fatores preditivos encontrados e a sua relação com o prolongamento da internação, demonstrar o impacto dos fatores preditivos quantificando o acréscimo da permanência hospitalar e avaliar o acréscimo no custo da hospitalização ocasionado pelo aumento da permanência hospitalar.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, pois foram coletados dados dos pacientes internados na enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), onde o estudo foi desenvolvido.

A amostragem do estudo foi do tipo conveniência, composta por pacientes com colelitíase candidatos a colecistectomia videolaparoscópica, internados na enfermaria, abrangendo o maior número possível de pacientes durante o período de realização da pesquisa, seguindo os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

Critérios de inclusão: ser paciente internado na enfermaria cirúrgica do HULW; ter preenchido corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW.

Critérios de exclusão: pacientes com colelitíase não candidatos a colecistectomia; não ter respondido corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; pacientes que se recusarem a participar da pesquisa.

Os pacientes foram abordados na enfermaria cirúrgica do HULW. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, que contém dezessete questões, objetivas e discursivas, englobando as variáveis demográficas gênero, idade e questões referentes ao quadro epidemiológico e clínico da patologia, além de questões que evidenciem os fatores preditivos de aumento de internação hospitalar desses pacientes. Além disso, as informações de aspecto laboratorial foram coletadas, com consentimento dos pacientes, a partir do prontuário.

O questionário foi aplicado pelos graduandos do curso de Medicina da UFPB, durante visitas à enfermaria cirúrgica do HULW na presença do orientador deste projeto de pesquisa e, posteriormente, foram coletados, a partir do prontuário, dados

que os pacientes não sabiam informar.

Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2013, incluindo as variáveis estudadas. Para avaliação estatística, utilizou-se o software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows para inserção, processamento e análise dos dados obtidos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, observando-se todas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos e aprovado em parecer de número 1.208.931. Dessa forma, a pesquisa só foi iniciada mediante aprovação do mesmo. Todos os participantes receberam as seguintes informações sobre o trabalho: objetivos da pesquisa, informações sobre o Protocolo aplicado e sobre a ausência de prejuízos, caso não entrassem na pesquisa. Só participaram da pesquisa os participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, avaliado e aprovado pelo CEP, em duas vias, retendo uma via para si.

4 | RESULTADOS

Foram avaliados 77 pacientes de ambos os sexos, dos quais 10 foram excluídos por terem preenchido o questionário de forma incompleta, sendo obtido um total de 50 pacientes. Dos que compuseram a amostra final, 12 (17,9%) eram do sexo masculino e 55 (82,1%) eram do sexo feminino. A média de idades destes pacientes foi de 38,10 anos ($\pm 12,3$). O Índice de Massa Corporal médio foi de 28,37 ($\pm 4,86$).

Dentre os pacientes participantes da pesquisa, nenhum apresentou intercorrências no intraoperatório. A média de fluido recebido no intra-operatório foi de 383 ml, sendo o menor volume 50 ml e o maior 1500 ml. A tabela 1 mostra a distribuição das frequências do volume de fluido recebido durante as cirurgias.

Volume	Frequência	Porcentagem (%)
50	1	1,5
100	3	4.5
150	6	9.0
200	2	3.0
250	5	7.5
300	15	22.4
380	17	25.4
400	7	10.4
500	7	10.4
1000	1	1.5
1500	3	4.5
Total	67	100.0

Tabela 1 – Distribuição das frequências do volume de fluido administrado no intra-operatório

Da totalidade dos pacientes pesquisados, quatro (5,9%) apresentaram alguma

complicação no pós operatório, sendo que 3 destes pacientes tiveram sangramento da ferida operatória e 1 precisou ser reabordado cirurgicamente para colocação de dreno de Kehr, devido a formação de fistula pós-operatória.

De acordo com a pesquisa a média de internação foi de 1,6 dias, sendo o menor tempo de permanência hospitalar de 1 dia e o maior tempo de 4 dias. Assim, 6% dos pacientes excederam a média de 2 dias, apresentando 2 pacientes que permaneceram por 3 dias e 2 pacientes por 4 dias no hospital.

5 | DISCUSSÃO

Avaliar os fatores preditivos determinantes do tempo de internação é de extrema importância para um bom cuidado dos pacientes candidatos a colecistectomia videolaparoscópica, pois proporciona a estes um atendimento mais especializado e com índices de complicações menores. Assim, esta pesquisa busca avaliar os fatores preditivos intra e pós-operatório de permanência hospitalar, procurando abordar o volume de fluido recebido no intra-operatório, se houve sangramento durante o procedimento ou após, atelectasia, pneumonia, infecção do trato gastrointestinal, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, contaminação de cavidade, infecção de cicatriz cirúrgica, aderências, flebite, febre no pós-operatório, abscesso intracavitário e se realizou hemotransfusão durante a cirurgia.

Dessa maneira, pacientes submetidos a hemotransfusões apresentam maiores taxas de mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI) e hospitalar, aumentando o risco também de manifestar falência de órgãos, estando as transfusões sanguíneas associadas a infecção nasocomial, possuindo um maior risco de mortalidade em pacientes que foram transfundidos mais de uma vez (JÚNIOR, 2008). Contudo, durante a pesquisa não houve nenhum paciente que precisou ser hemotransfundido, sendo um critério que não influenciou nos resultados apesar de ser um fator preditivo de aumento de tempo de internação de acordo com a literatura.

Aliado a isso, o controle de infecções (contaminação de cavidades) deve ser um dos objetivos dos cirurgiões, pois apresenta um pior prognóstico e uma conduta diferenciada no pós-operatório (JÚNIOR, 2008). Assim, esse foi um dos fatores que buscamos na pesquisa apesar de nenhum paciente apresentar essa condição.

A avaliação do grau de cirurgia deve sempre ser analisado como um potencial fator predisponente de aumento de permanência hospitalar. Este é dividido em cirurgia eletiva e não eletiva, pois um paciente submetido a uma colecistectomia de urgência tem um tempo de internação 127% maior em comparação a pacientes submetidos a operações eletivas. Dessa forma, o estado do paciente é um forte fator de determinação do tempo de internação, devendo ser analisado para isso o ASA. Assim, pacientes classificados como ASA 3 e ASA 4 apresentam, respectivamente, 51% e 102% de chances de apresentar maior tempo de pós-operatório comparado ao ASA1, não apresentando aumento nem diminuição do tempo de pós-operatório para os pacientes

categorizados em ASA2 em contraste com os classificados em ASA1 (IVATURY, 2011).

De acordo com o exposto, apesar da análise de vários elementos, foram mínimas as complicações encontradas de acordo com a amostra pesquisada. Isso é decorrente do fato de 100% dos procedimentos cirúrgicos tenham sido realizados eletivamente e todos os pacientes avaliados serem de baixo risco cirúrgico (ASA 1 ou 2).

Pesquisas recentes afirmam que a fluidoterapia intraoperatória interfere no tempo de permanência hospitalar (IVATURY, 2011). Contudo, de acordo com a pesquisa o volume de fluido recebido pelo paciente no intra-operatório provavelmente não interferiu no tempo de permanência hospitalar.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colecistite é uma das doenças gastrointestinais mais frequentes que requerem hospitalização e geralmente ocorre em indivíduos jovens e saudáveis, com prevalência superior a 10%. Dessa forma, se faz necessário a atenção dos gestores de serviço de saúde. O presente estudo mostra foram mínimas as complicações encontradas quando 100% dos procedimentos são realizados eletivamente e todos os pacientes avaliados terem sido de baixo risco cirúrgico (ASA 1 ou 2).

Ademais, deve-se ressaltar a importância do desenvolvimento de novas pesquisas que relacionem fatores apresentados pelos pacientes com o possível aumento na permanência hospitalar dos mesmos, uma vez que há escassez de trabalhos que unam as principais variáveis expostas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, N.Z. et al. **A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy.** *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, vol. 22, n. 9, p. 1928-1934, 2008.
- COTIRLET, A. et al. **Single Incision Laparoscopic Cholecystectomy.** *Chirurgia*, vol. 109, n. 6, p. 769-773, 2014.
- CUSHER, D. et al. **Gallstone Pancreatitis: A Review.** *Surgical Clinics of North America*, vol.94, n.2, p. 257–280, 2014.
- FERRERES, A.R. et al. **Technical Aspects of Cholecystectomy.** *Surgical Clinics of North America*, vol.94, n 2, p.427-454, 2014.
- IVATURY, S.J. et al. **Contributing Factors to Postoperative Length of Stay in Laparoscopic Cholecystectomy.** *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons / Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 15, n. 2, p. 174-8, 2011.
- JÚNIOR, J.M.F. et al. **Transfusão Sangüínea no Intra-Operatório, Complicações e Prognóstico.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, vol. 58, n. 5, p 447-461, 2008.
- SANTOS J.S. et al. **Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase**

biliar e das neoplasias. Revista Medicina (Ribeirão Preto), vol.41, n.4, p. 449-464, 2008.

KNAB, L.M. et al. **Cholecystitis. Surgical Clinics of North America**, vol. 94, n. 2, p. 455-470, 2014.
LOUREIRO, E.R. et al. **Colecistectomia videolaparoscópica em 960 pacientes idosos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol. 38, n. 3, p. 155-159, 2011.

LYASS, Y.S. et al. **Laparoscopic cholecystectomy: What does affect the outcome? A retrospective multifactorial regression analysis**. Surgical Endoscopy, vol. 14, n. 7, p. 661-665, 2000.

MAYA, M.C. et al. **Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, vol. 8, n. 1, p. 52-60, 2009.

MINOSSI, J.G. et al. **Morbimortalidade da colecistectomia em pacientes idosos, operados pelas técnicas laparotômica, minilaparotômica e videolaparoscópica**. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, vol. 20, n. 2, p. 93-96, 2007.

PAAT-AHI, G. et al. **Cholecystectomy and Diagnosis-Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries**. International Journal of Health Policy and Management, vol. 3, n. 7, p. 383-391, 2014.

PITREZ, F.A.B & Sérgio R. PIONER, S.R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada**. 2. ed. Porto Alegre : Artmed, p. 403, 2008.

SALIM, M.T. et al. **Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares**. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, vol. 21, n. 4, p. 153-157, 2008.

RODRIGUES, M.A. et al. **Vantagens e Desvantagens da Colecistectomia por Videolaparoscopia**. Janus: Revista de Pesquisa Científica, vol.5, n.7, p 119-128, 2008.

SHUYING, L. et al. **Preoperative intravenous parecoxib reduces length of stay on ambulatory laparoscopic cholecystectomy**. International Journal of Surgery, vol. 12, n. 5, p. 464-468, 2014.

THOMPSON J.E. et al. **Predictive factors for bactibilia in acute cholecystitis**. Arch Surg, vol.125, n.2, p.261-264,1990.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DA PARAÍBA - UFPB

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTUDO DOS FATORES PREDITIVOS DE AUMENTO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR EM CANDIDATOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Dados gerais, técnicos e laboratoriais:

Prontuário:	Data da coleta: ___ / ___ / ___
1. Sexo:	2. Residência/Procedência:
3. Idade:	4. Peso:
5. Altura:	6. IMC:

7. É portador de alguma(s) dessa(s) comorbidade(s)?	
<input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> dislipidemias <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> esteatose hepática <input type="checkbox"/> cirrose <input type="checkbox"/> doenças gastrointestinais	
8. Já teve pancreatite biliar?	
9. Grau de cirurgia: <input type="checkbox"/> eletiva <input type="checkbox"/> não-eletiva	10. É alérgico? A quê?
11. Já realizou algum procedimento cirúrgico? Qual?	12. Algum familiar de primeiro grau já teve colecistite?
13. Dados laboratoriais (sinais de colesterol e de infecção): Bilirrubina _____ PCR _____ FA _____ GGT _____ TGO _____ TGP _____ Hemograma _____ Leucograma _____ Amilase _____	
14. Colesterol total, frações e triglicerídeos:	15. ASA:
16. Volume de fluido recebido no intra-operatório: _____	
17. Intercorrências no intra ou no pós-operatório (PO)? Qual(is)?	
<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> Contaminação de cavidade <input type="checkbox"/> Infecção de cicatriz cirúrgica <input type="checkbox"/> Aderências <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Conversão VDL → Aberta <input type="checkbox"/> Febre no PO <input type="checkbox"/> Abscesso intracavitário <input type="checkbox"/> Realizou hemotransfusão durante a cirurgia?	

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Amelina de Brito Belchior

Especialização em Unidade de Terapia Intensiva,
Centro Universitário Unista, Sobral-CE; (PG)

Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues

Especialização em Auditoria, gestão e perícias
nos serviços de saúde, Universidade Estadual do
Ceará, Fortaleza-CE/ (PQ)

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de
Fortaleza, Fortaleza-CE; Docente do Centro
Universitário INTA, Sobral-CE;(PQ)

Fabianne Ferreira Costa Róseo

Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de
Fortaleza, Fortaleza-CE; Docente da Faculdade
do Vale do Jaguaribe, Aracati-CE; (PQ)

Lidiane do Nascimento Rodrigues

Doutoranda em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do
Ceará, Fortaleza-CE; (PQ)

Janaina dos Santos Mendes

Mestrado em Terapia Intensiva; (PQ).
janainasmendes22@gmail.com

se de um estudo qualitativo, que contempla a temática por meio de uma revisão integrativa da literatura, organizada a partir de 09 artigos encontrados nas bases de dados BIREME, LILACS e BDENF. A partir da análise foram construídas as seguintes categorias temáticas: Perfil de pacientes no desenvolvimento de LP em UTI e Incidência e Prevalência de LP. Os estudos selecionados mostraram que as LP representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados, por estarem com condições clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados as terapias de maior complexidade. A prevalência de LP nos estudos mostraram-se elevadas, sobretudo na UTI, local onde são admitidos os pacientes mais graves, sendo a incidência mais frequente em pacientes criticamente graves, ocorrendo aproximadamente no 7º dia de internação. As doenças que mais acometem o aparecimento dessas lesões são do sistema respiratório e doenças neurológicas, a idade avançada apresentou-se também como fator de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Unidade de terapia intensiva. Incidência e prevalência.

RESUMO: As lesões por pressão (LP) são problemas para os serviços de saúde, sendo comuns em pacientes acamados por longos períodos e privados de movimentos, ocasionando quadro de compressão tecidual, lesão isquêmica e necrose. O estudo teve como objetivo analisar a incidência e prevalência de LP em pacientes adultos internados em UTI. Trata-

INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Pode apresentar-se em pele íntegra ou como úlcera aberta podendo ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado de pressão intensa e/ou prolongada ou pressão em combinação com cisalhamento. A tolerância dos tecidos moles a pressão e cisalhamento também podem ser afetados pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condição da pele (NPUAP, 2016).

A LP sempre foi um problema para os serviços de saúde, pelas elevadas incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas existentes, levando ao aumento da mortalidade, morbidade e custos delas vindo (SANTOS, et al., 2005). Assim, reforça o grave problema que as mesmas representam no contexto da assistência prestada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Embora a LP seja considerada um indicador de qualidade negativo dos serviços de saúde ainda é um problema subestimado pelos profissionais, e continua a ocorrer com frequência em pacientes internados em UTI (FERNANDES, 2006). Ela prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite (BLANES et al., 2004).

Deve ser considerado um problema de saúde que envolve toda a equipe multiprofissional de uma UTI envolvendo, sobretudo, a equipe de Enfermagem, que oferece cuidados contínuos aos pacientes 24 horas por dia (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010). Para planejar os cuidados e verificar se os que tem estão sendo efetivos é necessário realizar mais estudos sobre o tema, possibilitando ter-se ideia do âmbito dessa doença (MORO et al., 2007).

A razão de se pesquisar sobre a incidência e prevalência de LP foi devido a afinidade da pesquisadora com o tema feridas e a escassez de trabalhos sobre incidência e prevalência de LP em UTI no Brasil.

Esse trabalho objetivou analisar os estudos de incidência e prevalência de Lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que reúne e sintetiza evidências disponíveis em artigos originais produzidos sobre a temática, sendo desenvolvidas nas seguintes etapas: 1. delimitação do tema; 2. elaboração da questão norteadora; 3. estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 4. definição das informações a serem extraídas dos estudos; 5. coleta em bases de dados eletrônicas; 6. análise crítica dos estudos incluídos; 7. interpretação, discussão e apresentação

dos resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca e seleção dos artigos foram realizadas no mês de agosto de 2017, nas seguintes bases eletrônicas na área da saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), BDENF (Base de dados em Enfermagem) via BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line*) via PUBMED. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: úlcera por pressão, incidência, prevalência, Unidade de Terapia Intensiva, com suas variantes em inglês de acordo com a terminologia MeSH. Os descritores foram combinados entre si com o auxílio do operador booleano AND.

A amostra foi definida pelos seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, da área de enfermagem, com texto disponível na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol relacionados a úlcera por pressão. Foram excluídos capítulos de livros, dissertações de mestrado, teses de doutorado, editoriais, cartas ao editor, nota prévia, estudos de reflexão e artigos de revisão.

Para a busca das publicações, inicialmente foi realizada a leitura do título e resumo dos artigos científicos, e, posteriormente, foram lidos na íntegra. Para garantir que todos os dados relevantes fossem extraídos e conviessem como registro, foi realizada a análise de forma descriptiva, com o agrupamento dos artigos com enfoques semelhantes na abordagem da temática e posterior discussão dos achados em duas categorias.

Foram encontrados 113 artigos com termos incidência e prevalência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva, e após selecionar o limite que compreende o título Incidência e prevalência de úlcera por pressão em UTI. Nas bases de dados MEDLINE foram encontrados 02 artigos, LILACS 10 artigos e BDENF 06 artigos, restaram dezoito (18) artigos selecionados inicialmente devido a relação com o tema e desse total apenas nove (09) foram selecionados definitivamente, após utilização dos critérios de exclusão.

Foram respeitados os aspectos éticos referentes às citações necessárias das obras utilizadas, respeitando a autoria das publicações, regulamentado pela Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram listados nove artigos provenientes de periódicos distintos: Revista Escola de Enfermagem da USP, Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Revista Associação Médica Brasileira, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem que apresentaram artigos em cada uma. Quanto à classificação pelo Qualis na área da enfermagem a maioria dos periódicos afere status B1 com quatro artigos, dois artigos, B2, dois artigos, A2 e um artigo A1. Denotando a

qualidade dessas revistas que possuem a qualidade das publicações.

Quanto ao ano de publicação, foram selecionados artigos nos anos de 2007 a 2012. Foi possível observar que houve um maior quantitativo de publicações no ano de 2011 com três artigos. Ao analisar o perfil de pesquisa nos artigos estudados, identificou-se que os seis artigos foram desenvolvidos com abordagem quantitativa e três com abordagem quali-quantitativa.

Para discussão dos estudos analisados, optou-se pela organização dos artigos agrupados em duas categorias: Perfil de pacientes no desenvolvimento de lesão por pressão em UTI e Incidência e Prevalência de LP nos estudos.

Perfil de pacientes no desenvolvimento de lesão por pressão em UTI

De acordo com estudo realizado, dos 40 pacientes internados nas UTIs, 21 (52,5%) eram do sexo masculino e 19 (47,5%) feminino, 34 (85,0%) com idade superior a 60 anos. O tempo de internação variou de 2 a 20 dias, com predominância de 1 a 7 dias (75,0%). Dentre as hipóteses diagnósticas de internação as mais frequentes foram às doenças respiratórias (39,6%), cardíacas (20,8%) e neurológicas identificados no (17,0%) (FERNANDES, et al., 2008).

Um estudo realizado em Fortaleza mostra o perfil de pacientes difere de boa parte dos estudos analisados em relação as doenças pré-existentes no momento da admissão entre elas estão as disfunções neurológicas, com predominância do traumatismo crânio encefálico, 26 (61,9%), seguido pelas cirurgias, 11(26,2%), sobretudo a laparotomia exploratória e a neurocirurgia 36(85,7%), não apresentava doenças pré-existentes, e nos que apresentam comorbidades prevaleceu a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* (ARAÚJO et al., 2011). Em relação a cor predominou a cor branca, 14 (73,68%); o sexo masculino foi encontrado em 11 (57,9%); a média de idade foi de $48,8 \pm 19,8$ anos, com tempo mediano de internação de 14 (4-30) dias (BAVARESCO; MEDEIROS E LUCENA, 2011).

Incidência e Prevalência de LP nos estudos

Observou-se nos estudos a prevalência de 5,9% de portadores de LP, equivalente a 41 pacientes, 63,9% eram idosos. No setor de clínica médica e a UTI houve uma prevalência de 41,5%. Referente à localização das lesões, 73,1% era na região sacral, e o grau mais evidenciado foi o estádio 2, perfazendo um total de 58,5% (Gomes, et al., 2010). A presença de pelo menos uma LP, e por paciente, foi de 35,2% como mostra um estudo realizado em Belo Horizonte em pacientes com 18 anos ou mais em Centros de Terapia Intensiva (CTI), com mais de 24 horas de internação (ARAÚJO, et al., 2011).

O desenvolvimento de LP é complexo e multifatoriais e que estão relacionados como paciente e com o meio externo, sendo a imobilidade o fator de risco de maior importância nos pacientes hospitalizados (FERNANDES; CALIRI, 2008). Nesse contexto um estudo com 155 pacientes mostrou que dezoito apresentavam LP na

admissão e 40 a desenvolveram durante a internação, totalizando 125 LP. A prevalência foi de 37,41% e a incidência de 25,8%. O aparecimento de novas LP ocorreu, em média, no 7º dia de internação dos pacientes internados 79% mantiveram-se estáveis e/ou melhorados (MORO, et al., 2004). Nessa perspectiva fatores como sepses, tempo de internação e alto risco elevado na classificação da escala de Braden são fatores potencialmente associados à formação dessas lesões em pacientes acamados (ARAÚJO, et al., 2011).

Estudos mostram que dezenove (25,67%) pacientes desenvolveram LP em algum momento da internação, as LP aparecem no período compreendido entre o 2º e o 26º dia de internação. No entanto, em outro estudo, sobre o tempo de surgimento da LP em 60,9% dos pacientes ocorreu até o sétimo dia de internação denotando seu aparecimento com poucos dias de internação, o que justifica a implantação de medidas preventivas ainda na admissão do paciente na UTI (LOURO, et al., 2007).

Um estudo realizado em 2 UTI de um mesmo hospital mostraram que a incidência de LP na UTI 1 foi de 9 (64,3%) e na UTI 2 de 11 (42,3%), não havendo diferença estatística significativa entre essas unidades pesquisadas, sendo, portanto, observada uma incidência geral de 50,0% nas duas UTI. As localizações mais frequentes de LP foram a região sacral com 10 (40,0%), em seguida o calcâneo com 9 (36,0%) e orelhas com 2 (8,0%) (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011).

Imobilidade é um dos fatores vistos nos estudos, responsáveis pelo aparecimento de LP. Verificou-se que os pacientes que apresentavam LP eram os que tinham mais dias de imobilidade. Contudo, os pacientes admitidos com LP apresentaram índices de gravidade mais elevados que os admitidos sem LP (MORO, et al., 2004).

CONCLUSÃO

As LP representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados que são aqueles que têm condições clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados às terapias de maior complexidade. A prevalência de LP nos estudos mostra-se elevadas, sobretudo na UTI, local onde são admitidos os pacientes mais graves (ROGENSKI E KURCGANT, 2012).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. de. et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, pág. 381-5. Janeiro, jul/set . 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>. Acesso em: 08 jul. 201

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R. H.; LUCENA, A. de F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) v. 32, n. 4: 703-10. Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2017.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 182-187, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BRASIL. Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm Acesso em: 29 jul. 2018.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva**. 2006. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/DOUT-LUCIANA_MAGNAN_FERNANDES.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M.H.L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 973-978, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.

GOMES, F.S.L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2017.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** Vol. 19 Nº 3, Julho-Setembro, 2007. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340064059v19n3a12.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MATOS, L.S.; DUARTE, N.L.V.; MINETTO, R. de C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.719-26, 31 dez. 2010. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

MENDES, K. Dal S.; SILVEIRA, R.C. de C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2017.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 53, n. 4, p. 300-304, Aug. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (Org.). **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 02 dez. 2016.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. **Acta Paul Enferm**. 2012; 25(1):24-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a05.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

SANTOS, V.L.C. de G. et al. Adaptação transcultural do pressureulcerscale for healing (push) para a

língua portuguesa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 305-313, June 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2017.

SOUZA, Bruno. Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson. **Rev Bras Ter Intensiva**. V. 25 n. 2: 106-114. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbt/v25n2/v25n2a08.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CAPÍTULO 30

MORTALIDADE INFANTIL NA MICRO REGIÃO DE CAMPINA GRANDE, PB NO PERÍODO DE 2013 E 2014

Mácio Augusto de Albuquerque

UFCG

Tarsyla Medeiros de Albuquerque

UNESP

Alfredo Victor de Albuquerque Araújo

UFPB

Bruno Leão Caminha

UFPB

Marta Lúcia de Albuquerque

UFCG

RESUMO: Objetivou se conhecer as causas e variáveis associados à mortalidade infantil neonatal relacionadas com o óbito infantil de uma maternidade na microrregião de Campina Grande PB, no ano de 2014, de acordo com as informações obtidas no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) PB. Foram feitos estudo descritivo envolvendo 5976 RN acompanhados até a alta. Foram analisadas variáveis maternas, do RN e variáveis da gestação, da procedência, do peso ao nascer, do parto, dos atendimentos e causas de óbitos. Foi feita uma análise descritiva dos dados, podendo assim observar diversos fatores associados à mortalidade neonatal. A partir dos resultados obtidos foi possível verificar quanto às patologias apresentadas durante a gestação, as mais prevalentes foram infecção do trato urinário (18%) e pré-eclâmpsia (14,5%),

patologias frequentemente relacionadas à prematuridade. Dentre as causas de óbito, as mais frequentes foram prematuridade extrema ($IG < 28$ semanas) com 37 casos (31,2%); malformações congênitas múltiplas incompatíveis com a vida: 19 casos (16,2%), sendo 05 casos de anencefalia (26,3%); sepse neonatal tardia: 16 casos (13,6%) e sepse neonatal precoce (menos de 48 horas de vida): 11 casos (9,4%). Quarenta e seis (46) recém-nascidos tinham idade gestacional inferior a 28 semanas (prematuridade extrema). Quanto à procedência materna, 90 (77%) das mães eram procedentes de outros municípios, enquanto que apenas 27 (23%) eram do município de Campina Grande. Estes resultados servem como intermédio para demonstrar ao poder público, que há uma necessidade de se investir e ampliar os recursos na saúde pública, principalmente em setores de atendimento à gestante e a qualificação profissional, como forma de reduzir a mortalidade infantil, visando a igualdade e a melhora no sistema público de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: bioestatística, mortalidade infantil, saúde pública.

1 | INTRODUÇÃO

Mortalidade infantil é caracterizada pela morte de uma criança no seu primeiro ano de

vida, esta pode ser dividida em dois componentes, mortalidade infantil neonatal (óbitos entre 0 a 27 dias de vida) e mortalidade infantil pós-neonatal (óbitos entre 28 e 364 dias de vida). Entre o período neonatal pode-se considerar duas divisões, neonatal precoce, que são os óbitos entre zero e o sétimo dia incompleto de vida, e neonatal tardio, que são aqueles entre o sétimo e o vigésimo oitavo dia incompleto de vida.

A Taxa de Mortalidade Infantil – TMI, segundo a Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSA – é o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado. Esse indicador estima o risco de uma criança nascida viva morrer antes de completar seu primeiro ano de vida (SARDINHA, 2014).

A TMI é considerada o principal indicador que determina as condições de vida e de saúde em uma determinada população. Segundo o Ministério da Saúde (2003), as taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas quando são maiores que 50 óbitos por mil nascidos vivos, médias quando são entre 20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos e baixas, quando são menores que 20 óbitos por mil nascidos vivos. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a TMI nos países não deve ser superior que 10 óbitos para cada mil nascidos vivos.

Segundo França *et al* (2012), a TMI está diretamente associada a fatores socioeconômicos determinantes das condições de vida e a fatores associados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e qualidade da atenção de saúde individual e políticas públicas da saúde.

Alguns autores têm apontado que a morte infantil no Brasil é um evento em sua grande maioria previsível. Mortes previsíveis são aquelas mortes que poderiam ser evitadas com tecnologias adequadas e de atenção à saúde de uma população. Isso significa que esse conceito é variável no tempo e no espaço, de acordo com as tecnologias disponíveis. A morte previsível pode também ser vista como um evento sentinela porque sua ocorrência deveria ser capaz de acionar mecanismos de investigação e busca de explicações para o ocorrido, pois pode indicar problemas na atenção à saúde e outros setores que necessitam de aprimoramento (SARDINHA, 2014).

A mortalidade infantil é considerada evitável, na maioria dos casos, isto, deve-se ao intermédio de políticas e investimentos na saúde pública de uma determinada população, com distribuição igualitária, contudo, quando tal investimento é escasso, acaba ocasionando na morte de diversas crianças, que poderiam ser evitadas. Isso porque a Taxa de Mortalidade Infantil está ligada ao nível de desenvolvimento de uma dada região.

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestão, no parto e também ao feto e ao bebê. Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães.

A TMI é usada internacionalmente pela UNICEF, como sendo um importante indicador de saúde de uma população. Devido a sua importância, a ONU elegeu a mortalidade na infância (mortes entre crianças menores de 5 anos de idade sendo o seu componente de maior magnitude ou da morte em menores de 1 ano) como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Nesse contexto, 189 países pactuaram como meta a redução desse risco precoce de morte em dois terços entre 1990 e 2015 (SARDINHA, 2014).

Pesquisas realizadas durante o período 1970-2000 por diversos órgãos como IBGE e Ministério da Saúde, apontam questões sobre os determinantes da redução da mortalidade infantil no Brasil. Há diferentes fatores socioeconômicos determinantes na diminuição da taxa de mortalidade infantil que varia de acordo com a região geográfica e o tempo (PAIXÃO; FERREIRA, 2012).

A Taxa de Mortalidade Infantil vem decrescendo no Brasil e no Mundo durante os anos, entretanto no Brasil, esse decréscimo não é uniformemente distribuído.

Simões (2003), mostra que essa redução desigual acentuou-se ao longo dos anos, pois se antes da década de quarenta as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte mostravam tendências declinantes, as regiões Sul e Nordeste apresentavam ainda níveis instáveis. A taxa de redução de mortalidade infantil até a década de sessenta manteve-se a menos de 10% a cada década, para média brasileira; e as maiores reduções só começaram a partir da década de setenta quando a diferença para a década de oitenta foi de 28% para média nacional. No entanto a velocidade de redução da taxa de mortalidade infantil da região Nordeste foi mais lenta com maiores ganhos apenas na última década.

Um estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito da taxa de mortalidade infantil no Brasil nos anos de 2000 a 2015, revela que no início do estudo a taxa de mortalidade infantil era de 29,02 para cada mil nascidos vivos; em 2007 baixou para 19,98 e chega em 2015 com 13,82 para cada mil nascidos vivos; ou seja,ouve no período estudado um decréscimo contínuo e significativo na taxa de mortalidade infantil no país.

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM 2013, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. O principal indicador da meta A é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este ODM. O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

Por outro lado, vale destacar que a redução na TMI no Brasil nas últimas duas décadas foi acompanhada de relevante redução das desigualdades regionais

para esse indicador. Observou-se redução da TMI em todas as cinco regiões, com destaque ao ótimo desempenho das regiões Norte e Nordeste, onde as piores TMI eram observadas no período de análise (SARDINHA, 2014).

Trata-se de um estudo observacional e de caso, realizado na cidade de Campina Grande PB, no ano de 2014, com o objetivo de determinar se existe relação ou diferença entre os óbitos ocorridos em pacientes provenientes da cidade de Campina Grande e os óbitos dos pacientes provenientes de outras microrregiões de saúde, a fim de refletir o impacto das redes de saúde locais para a população. Identificar os principais fatores de risco para mortalidade infantil geral e por causas evitáveis. Conhecer as causas da mortalidade infantil por causas evitáveis, a fim de monitorá-las e propor estratégias de redução destes óbitos. Definir modelos estatísticos na aplicação dos dados. E de modo geral realizar um diagnóstico da mortalidade neonatal no Município de Campina Grande, no período de 01 de janeiro 2014 a dezembro de 2014, no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), a fim de classificar os óbitos e a origem da criança do período estudado.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A morte infantil corresponde à morte de uma criança nascida viva antes de completar o primeiro ano de vida. Atualmente, o Brasil apresenta predomínio das mortes infantis que ocorrem no período neonatal (morte de nascidos vivos até 28 dias de vida) em relação àquelas do período pós-neonatal (mortes de nascidos vivos de 29 até 364 dias de vida). Entre 2000 e 2010, a proporção de mortes no período neonatal ampliou de 63,9% para 69,4% do total de mortes infantis, respectivamente; enquanto que nesse mesmo período a proporção de mortes no período pós-neonatal declinou de 36,1% para 30,6%, respectivamente (SARDINHA, 2014).

Observa-se aumento da contribuição dos óbitos neonatais (0-27 dias) em todas as regiões do país, representando entre 67% a 70% do total de óbitos infantis em 2008-2010. Destaca-se a mortalidade neonatal precoce (0-6 dias), correspondendo a mais de 50% dos óbitos infantis em 2008-2010 e, de forma mais expressiva, na Região Nordeste. Interessante observar que ocorre maior homogeneidade na distribuição proporcional da mortalidade pós-neonatal nos anos recentes, representando de 30% a 33% dos óbitos infantis em todas as regiões do país (FRANÇA *et al*, 2011). Ainda segundo os autores, o risco de morte infantil devido às malformações congênitas diminuiu pouco nos períodos analisados, mas este grupamento passou a ter uma importância relativa muito maior em 2010. As infecções perinatais, ao contrário, tiveram uma taxa cerca de duas vezes menor em 2010, mas permaneceram com distribuição proporcional semelhante. Entre as infecções perinatais, predomina a septicemia neonatal, responsável por 72% dos óbitos deste grupamento em 2010. Em relação à asfixia/hipoxia, apesar da importância relativa ser semelhante nos dois períodos, houve uma diminuição expressiva do risco de morte por essa causa em

2010, ao contrário dos óbitos relacionados a fatores maternos, que passaram a ter mais relevância.

Segundo Poles e Parada (1998), a idade materna tem sido apontada como fator de risco para a mortalidade infantil, pois a gestação nos extremos da vida reprodutiva: abaixo de 20 e acima de 35 anos, pode trazer risco tanto para mãe quanto para o bebê. De acordo com os autores, a escolaridade também é um dos fatores que influenciam na mortalidade infantil e concluem afirmando que, o aumento da escolaridade da população, em especial das mulheres, é uma das formas mais eficientes de evitar o risco de mortalidade infantil, pois, de maneira geral, as mulheres com mais tempo de estudo são mais capazes de regular sua fecundidade e mais sensíveis às campanhas de educação em saúde, aderindo mais facilmente a programas de puericultura.

Já em seus estudos realizados no Estado da Paraíba, Paixão e Ferreira (2012), destacaram que, os resultados estimados por MQO *Pooled* indicaram que as variáveis renda, e gasto com saúde e saneamento não forma significativas. As demais foram estatisticamente significativas ao nível de 10%. As variáveis: coleta de lixo, renda média e gasto com saúde e saneamento não apresentam sinal esperado. O principal fator para reduzir a taxa de mortalidade infantil, segundo a estimação por POLS, em módulo, é a taxa de analfabetismo e a taxa de fecundidade, pois estes apresentam maior elasticidade. Em sequência tem-se índice de gini, coleta de lixo e cobertura da rede geral de abastecimento de água. Pelo modelo, ao ser eliminado o analfabetismo – ampliando o serviço de educação básica – e a mulher tendo menos filhos, a esperança de diminuir a taxa de mortalidade infantil será maior.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o Brasil apresentou uma redução expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período de 1990 a 2012, passando de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6/1.000 NVs em 2012, significando uma redução de aproximadamente 70% neste período. Esta queda ocorreu em todas as regiões brasileiras, com destaque para o Nordeste, cuja taxa situava-se muito acima das demais em 1990, alcançando 75,8/1.000 NVs, e em 2012 caiu para 17,1/1.000 NVs, inferior à da Região Norte, estimada em 19,5/1.000 NVs.

Outro importante aspecto destacado, refere-se à mudança no perfil da mortalidade infantil no País, ao longo do período estudado. Se em 1990 o componente pós-neonatal tinha maior importância na estrutura desta mortalidade (51% da mortalidade infantil), em 2012 o componente neonatal precoce assume o papel preponderante (53%), enquanto que o pós-neonatal caiu para 29%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Esses dados corroboram com a tendência de maior ocorrência da mortalidade infantil nos primeiros momentos de vida, e confirmam a complexidade da redução do componente neonatal. Da mesma forma que no ano anterior em 2012, verifica-se que cerca de um em cada quatro óbitos infantis acontecem nas primeiras 24 horas de vida, em todas as regiões do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo Almeida *et al* (2002), os nascimentos ocorridos em hospitais pertencentes ao SUS estão associados à ocorrência de óbitos neonatais, bem como para aqueles

em que não foi possível obter esta informação no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Ao considerar como categoria de referência os hospitais universitários, nascer em hospitais gerais, clínicas e maternidades mostrou-se um fator protetor; entretanto, após o ajuste para a presença das demais variáveis, somente nascer em clínicas manteve efeito protetor para o óbito neonatal. Verifica-se ainda que nascer por parto cesáreo também mostra ter efeito protetor para o óbito neonatal após o ajuste.

3 | METODOLOGIA

Foram investigados os óbitos de crianças com mortalidade neonatal (óbitos entre 0 e 27 dias de vida) nascidos no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), na cidade de Campina Grande, no período de 2013 a 2014, microrregião do estado da Paraíba, que atende uma população de mais de um milhão habitantes. Foi realizado um estudo transversal com todos os partos realizados no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014. Para coleta de dados e de informações, utilizamos dados primários do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), esses dados foram retirados dos prontuários das mães que realizaram seus partos e que serão investigados em relação aos óbitos neonatais precoces e tardios.

A análise estatística foi realizada com a aplicação de um teste de normalidade, cuja hipótese será testada através do teste de normalidade denominado Shapiro Wilk (BONETT;

SEIERB, 2002), tendo sido escolhido o modelo que será aplicado somente após a verificação da normalidade dos testes estatísticos apropriados para a análise.

Tendo em vista que a escolha do método de análise espacial depende do tipo de distribuição a que os dados pertencem, deve-se aplicar um teste de aderência para verificar esta suposição. O teste de Shapiro-Wilk testa a hipótese nula (H_0) de que a amostra provém de uma população com distribuição normal. Para tanto é calculada a estatística W , dada por (SHAPIRO; WILK, 1965):

$$W = \frac{\sum_{i=1}^n (\alpha_i y_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}$$

Onde, y_i é a i -ésima observação; \bar{y} é a média amostral; e cada α_i é obtido com base na média, variância e covariância de uma amostra de tamanho n de uma população normal. A hipótese nula pode ser verificada com base no p -valor: caso este seja menor que a significância adotada (geralmente 5%), rejeita-se . O teste tem maior poder de eficiência para pequenos tamanhos de amostra. Quando uma variável é normalmente distribuída, sua distribuição é completamente caracterizada por sua média e por seu

desvio padrão.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra o número de nascidos vivos e a mortalidade neonatal, no período de Janeiro à Dezembro de 2014, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

Nº de nascidos vivos	Mortalidade (número absoluto)	Mortalidade Neonatal (Nº de óbitos) x1000 / (nascidos vivos)*****
5839	117	(117/5839) x 1000 = 20,03768

Tabela 1 - Nº de Nascidos vivos e mortalidade neonatal ISEA – 2014 (Óbitos até 28 dias de vida) Janeiro à Dezembro de 2014

De um total de 5839 nascidos vivos, observa-se que houve 117 mortes entre eles, que representa 2% do total de nascido vivos.

A Tabela 2 mostra a relação do total de partos, o número de nascidos vivos, o número de óbitos e a mortalidade neonatal ocorridos no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no período de Janeiro à Dezembro de 2014. Perceba que o período que ocorreu um número mais elevado de óbitos é o mês de Janeiro com 16 (13,67%) mortes, e o mês que teve o menor número de mortes é o mês de Maio com apenas 5 (4,27%) óbitos.

Mês	Nascidos vivos	Óbitos	Total de Partos	Por 1000 nascidos Vivos
Jan	413	16	429	38,74
Fev	424	12	436	28,30
Mar	514	13	527	25,29
Abr	467	10	477	21,41
Mai	474	5	479	10,55
Jun	488	12	500	24,59
Jul	525	8	533	15,24
Ago	511	6	517	11,74
Sem	495	7	502	14,14
Out	537	11	548	20,48
Nov	498	7	505	14,06
Dez	492	10	502	20,32
Total	5838	117	5955	

Tabela 2 - Mortalidade Neonatal (de janeiro a dezembro de 2014).

Mortalidade Neonatal:

$$\frac{\text{Número de óbitos} * 1000}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

Pode-se observar na Figura 1 que 77% eram de mães procedentes de outros

municípios, e apenas 23% eram de mães procedentes do município de Campina Grande.

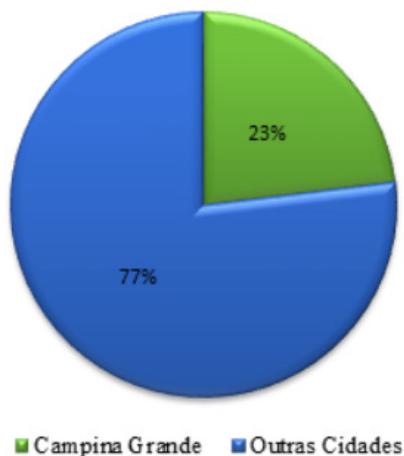


Figura 1 - Procedência materna dos óbitos no ISEA de janeiro a dezembro de 2014.

A Tabela 3 faz um comparativo entre a quantidade de partos dos residentes da cidade de Campina Grande e dos residentes de outras cidades. Note que, grande parte dos partos realizados no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no ano 2014 foram provenientes de mães residentes de outras cidades, totalizando 4068 (69%) do total de partos, enquanto que a porcentagem de partos realizados com mães residentes da cidade de Campina Grande totalizaram apenas 1850 (31%) de todos os partos. Mesmo tendo, as outras cidades um número maior de partos, é possível enxergar que, em relação a quantidade de nascidos vivos em sua respectiva localidade, a mortalidade esteve mais presente nas regiões fora da cidade de Campina Grande. O que vai de encontro com resultados encontrados no estudo de (ALBERTO, S.A, 2011) que diz que a localidade de residência da mãe se sobressai como um importante fator associado à mortalidade neonatal e pós-neonatal.

Atendimento	Vivos	Porcentagem nascidos vivos	Mortos	Porcentagem dos mortos	Total de Partos	Porcentagem de partos
Campina Grande	1820	31%	30	26%	1850	31%
Outras cidades	3981	69%	87	74%	4068	69%
Total	5801	100%	117	100%	5918	100%

Tabela 3 - Partos no ISEA dos residentes em Campina Grande e outras cidades em 2014.

Fonte: ISEA

A Figura 2 mostra a mortalidade neonatal dos nascidos vivos no ISEA, destacando a quantidade de mortes neonatais precoce (mortes entre 0 à 6 dias de vida), e a quantidade de mortes neonatais tardia (mortes entre 7 à 28 dias de vida). Das 117 mortes ocorridas neste período, 98 (84%) aconteceram entre 0 e 6 dias de

vida (mortalidade neonatal precoce). E dos 98 óbitos precoces, 36 (36,7%) ocorreram na sala de parto, nos primeiros minutos de vida, em recém-nascidos extremamente prematuros (abaixo dos limites de viabilidade, com idade gestacional inferior a 25 semanas) ou com malformações congênitas incompatíveis com a vida.

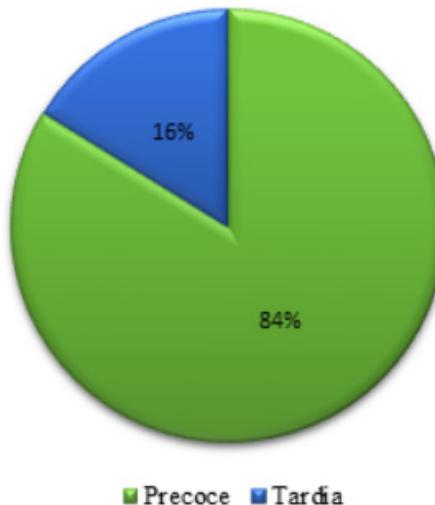


Figura 2 - Mortalidade neonatal (precoce x tardia) por 1000 nascidos vivos de janeiro a dezembro de 2014.

A Figura 3 expõe a mortalidade neonatal em relação ao peso ao nascer. Percebe-se, que a faixa em que ocorreu uma maior quantidade de óbitos foi a de crianças que nasceram entre 500g à 999g, que totalizou 44,45% de todas os óbitos, e a mortalidade entre crianças que nasceram com peso inferior a 500g não teve um número significativamente alto, totalizando 3,42% de todas as mortes. Em um estudo feito na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, (POTRICH, T. et al, 2011) também encontraram que, houve maior frequência de óbitos em crianças que nasceram com peso entre 500g à 999g.

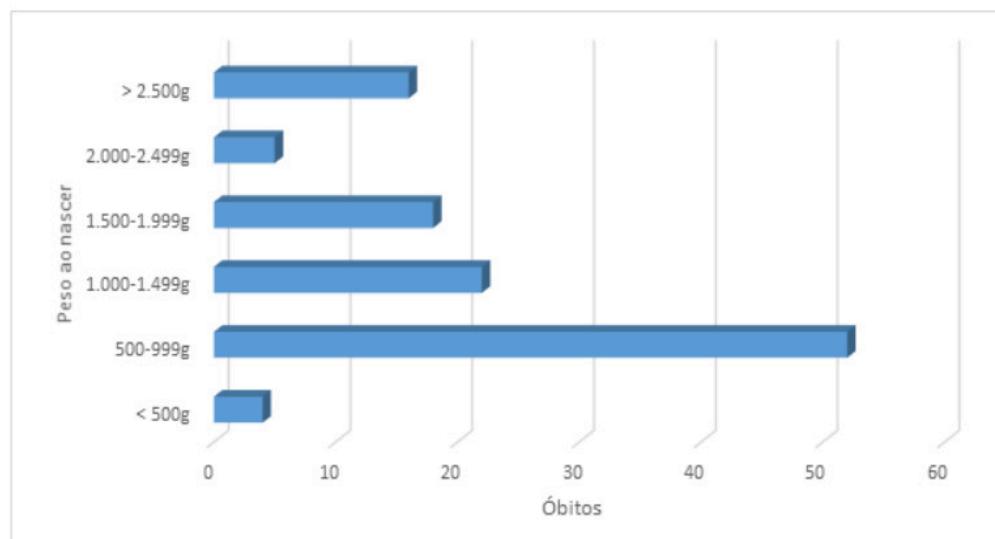


Figura 3 - Mortalidade por peso ao nascer, ISEA – de janeiro a dezembro de 2014.

A Tabela 4 mostra uma relação entre os óbitos ocorridos em bebês cujas as mães fizeram ou não uso de corticoides. Vale salientar que o uso de corticoides durante a gravidez não é recomendado, uma vez que aumenta o risco da criança nascer com baixo peso. É possível observar que os óbitos foram mais frequentes em mães que fizeram uso de corticoides durante a gravidez, que totalizaram 47,3% de todos os óbitos.

Óbitos	Nº	%
Sim	44	47,3
Não	28	30,1
Sem relato	21	22,5
Total	93	100

Tabela 4 - Uso de corticoide antenatal – óbitos abaixo de 34 semanas de idade gestacional de janeiro a dezembro de 2014

A Tabela 5 apresenta as causas de óbitos neonatais precoces e tardios, no período de Janeiro à Dezembro de 2014. A partir da observação da tabela, fica claro que a maior causa dos óbitos foi a Prematuridade extrema (nascimentos de crianças com idade gestacional inferior a 28 semanas) que totalizou 31,6% de todos os óbitos, e a causa que menos influenciou na mortalidade infantil foi a Síndrome de aspiração meconial, representando apenas 1,7% de todos os óbitos. Em estudos realizados em Foz do Iguaçu, Paraná (ROBERTO, V. D *et al*, 2011) também destacaram a prematuridade como um dos fatores associados a mortalidade infantil.

CAUSAS	Nº	%
Prematuridade extrema (< 28 sem)	37	31,6%
Doença da membrana hialina	03	2,56%
Sepse precoce	11	9,4%
Sepse tardia	16	13,6%
Síndrome de aspiração meconial	02	1,7%
Pneumonia intrauterina	03	2,56%
Asfixia perinatal	03	2,56%
Cardiopatia	03	2,56%
Anencefalia	05	4,27%
Hemorragia pulmonar	09	7,69%
Outras causas, incluindo causas indefinidas	09	7,69%
TOTAL	117	100%

Tabela 5 - Causas de óbitos neonatais precoces e tardios – janeiro a dezembro de 2014 (rn admitidos na UTI neonatal e óbitos em sala de parto)

5 | CONCLUSÃO

Ocorreram 117 óbitos neonatais no ano de 2014 (janeiro a dezembro). Observamos predomínio de óbitos neonatais precoces (< 7 dias de vida), correspondendo a 83,76% dos casos (98 óbitos). A mortalidade neonatal precoce está intimamente relacionada a fatores de risco maternos, como a assistência ao pré-natal incompleta ou inadequada. Dos 98 óbitos precoces, 36 (36,7%) ocorreram na sala de parto, dentro dos primeiros minutos de vida, não tendo sido admitidos na UTI Neonatal, pela extrema imaturidade e gravidade ou malformações incompatíveis com a vida, como acrania, anencefalia ou agenesia renal bilateral. Menos da metade das gestantes com IG inferior a 34 semanas recebeu corticoide antenatal (47,3% dos casos), terapêutica que melhora o prognóstico neonatal. Na maioria das vezes, porque foram admitidas em período expulsivo do trabalho de parto. Quanto às patologias apresentadas durante a gestação, as mais prevalentes foram infecção do trato urinário (18%) e pré-eclâmpsia (14,5%), patologias frequentemente relacionadas à prematuridade. Dentre as causas de óbito, as mais frequentes foram prematuridade extrema ($IG < 28$ semanas) com 37 casos (31,2%); malformações congênitas múltiplas incompatíveis com a vida: 19 casos (16,2%), sendo 05 casos de anencefalia (26,3%); sepse neonatal tardia: 16 casos (13,6%) e sepse neonatal precoce (menos de 48 horas de vida): 11 casos (9,4%). Quarenta e seis (46) recém-nascidos tinham idade gestacional inferior a 28 semanas (prematuridade extrema). Quanto à procedência materna, 90 (77%) das mães eram procedentes de outros municípios, enquanto que apenas 27 (23%) eram do município de Campina Grande. Conclui-se que a maioria dos óbitos poderia ser evitado, principalmente com melhoria na assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto e melhor controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, ou infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

- SARDINHA, L. M. V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014. 181p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade de Brasília. 2014.
- RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da Mortalidade Neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 429-438, abr-jun. 2000.
- MORAIS NETO, O. L.; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 477-485, abr-jun. 2000.
- Leal, M. do C.; Szwarcwald, C.L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1 - Análise por grupo etário segundo região de residência. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 403-12, 1996.
- Almeida, M. F. de et al. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.

5, n. 1, 2002.

SILVA, A. A. M. et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 35, n. 6, p. 508-14, dez. 2001.

FRANÇA, E. et al. Mudança do Perfil de Causas de Mortalidade Infantil no Brasil Entre 1996 e 2010: Porque Avaliar Listas de Classificação das Causas Perinatais. **S.I.:s.n**, 2012.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de Saúde**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.

ALMEIDA, M. F.; Mello Jorge, M. H. P. Pequenos Para a Idade Gestacional: Fator de Risco Para a Mortalidade Neonatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 217-24, jun. 1998.

PAIXÃO, A. N.; FERREIRA, T. Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil. **Informe Gepec**, Toledo, v. 16, n. 2, p. 6-20, jul-dez. 2012.

POLES, K.; PARADA, C. M. G. L. Mortalidade infantil em município do interior do estado de São Paulo. **s.n, São Paulo, 1998**.

SIMÕES, C. C. S. **Novas Estimativas da Mortalidade Infantil no Brasil e suas Regiões**. IBGE Disponível em.<www.ibge.gov.br> Acesso em: 01 mar. 2016.

IBGE, Brasil em Síntese. **Taxas de Mortalidade Infantil**. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 16 de fev. 2016.

SOUZA, T. R. V.; MAIA, S. F. Análise dos Determinantes da Redução da Taxa de Mortalidade Infantil no Meio Rural Paraibano. **s.n, Paraíba, 200-**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Objetivos do Milênio**. Disponível em: <<http://portalsaudesaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19982-brasil-reduz-mortalidade-na-infancia-em-20-acima-da-media-mundial>>. Acesso em 15 de fev. 2016.

Schoeps D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-22, ago. 2007.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov-dez. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas a pobreza**. 10. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2014, 386p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010**. 1. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2010, 187p.

ALBERTO, S. A. Fatores associados aos óbitos neonatais e pós-neonatais em Moçambique. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 203-216, jan-jun. 2011.

ROBERTO, V. D et al. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 491-498, out-dez. 2011.

POTRICH, T. el al. Mortalidade Infantil Segundo Características da Mãe e Gestação na Cidade de Santa Maria, RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 3, p. 343-350, set-dez, 2011.

SOBRE OS ORGANIZADORES

NAYARA ARAÚJO CARDOSO Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

RENAN RHONALTY ROCHA Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-127-5



9 788572 471275