

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 2



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva:
Dialogando sobre Interfaces Temáticas 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S255	Saúde pública e saúde coletiva [recurso eletrônico] : dialogando sobre interfaces temáticas 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dialogando Sobre Interfaces Temáticas; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-570-9 DOI 10.22533/at.ed.709190209 1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas” é uma obra composta de cinco volumes que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. Cada volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

Aqui no segundo volume também apresentamos de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em várias instituições de ensino e pesquisa do país. Os capítulos transitaram entre vários conceitos da saúde pública e saúde coletiva, tais como: atenção primária à saúde, alto risco, atenção farmacêutica, diabetes mellitus, serviço de acompanhamento de paciente, análise de prescrição, doenças crônicas, prevenção de doenças. farmacoterapia, cuidados de enfermagem, hanseníase, epidemiologia, serviços de saúde escolar, mortalidade materna e taxa de mortalidade.

A categorização de dados, e o estabelecimento de conceitos e padrões baseados em literatura bem fundamentada é muito importante, por isso destacamos a relevância do material com dados e informações recentes sobre saúde coletiva levantados ao longo do país. Como já destacamos, um material que demonstre evolução de diferentes enfermidades de forma temporal com dados substanciais de regiões específicas do país é muito relevante, assim como abordar temas atuais e de interesse direto da sociedade.

Deste modo a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 2014 A 2017

Rhuan Alves de Araujo
Raquell Alves de Araujo
Luana Paixão Alves
Matheus Almeida Thorpe
Alvaro Martins Pinho
Vinicius Enrico Azevedo
Luis Felipe Nunes Martins
Pedro Augusto Vieira Rosa Sousa
Luis Fábio Nunes Martins
Luis Fabrício Nunes Martins

DOI 10.22533/at.ed.7091902091

CAPÍTULO 2 7

ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE CEFALEIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM CAXIAS – MA

Patrícia Maria Figueiredo Cruz
Rayssa Stefani Cesar Lima
Hayla Nunes da Conceição
Beatriz Alves de Albuquerque
Marília Ramalho Oliveira
Emyline Sales dos Santos
Layla Valéria Araújo Borges
Lawanda Kelly Matias de Macêdo
Samylla Bruna de Jesus Silva
Ana Paula Penha Silva
Beatriz Mourão Pereira
Joseneide Teixeira Câmara

DOI 10.22533/at.ed.7091902092

CAPÍTULO 3 19

ANÁLISE DOS MODELOS USADOS NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PACIENTE DIABÉTICO

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Francisca Aila de Farias
Antônia Crissy Ximenes Farias
Camilla Rodrigues Pinho
Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes
Derivânia Vieira Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.7091902093

CAPÍTULO 4 28

ANÁLISES DE INDICADORES DE PRESCRIÇÕES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAPINZAL DO NORTE, MA

Larisse Carneiro da Frota Brito
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
Jefferson Alves Vieira da Silveira
Laércio da Silva Gomes
Luís Felipe Lima Matos
Eduardo Lima Feitosa
Douglas da Cruz Nascimento
Guilherme Barroso Langoni de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.7091902094

CAPÍTULO 5 35

ARGILOTERAPIA: UMA PRÁTICA TERAPÊUTICA NA INSERÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Bianca Aline Santos da Silva
Jéssica Raiane Freitas Santos
Kássia de Fátima Sousa do Nascimento
Eremita Val Rafael

DOI 10.22533/at.ed.7091902095

CAPÍTULO 6 42

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Jessica Costa Brito Pacheco Moura
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Ana Suzane Pereira Martins
Inez Sampaio Nery
Eliziane Ribeiro Barros
Maria Simonia Gonçalves de Oliveira
Roselene Pacheco da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7091902096

CAPÍTULO 7 53

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS, ECONÔMICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS NO ESTADO DO MARANHÃO

Marcos Ronad Mota Cavalcante
Ana Hélia de Lima Sardinha
Paloma Rocha Reis
Dannylo Ferreira Fontenele
Luis Felipe Castro Pinheiro
Felipe Moraes da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7091902097

CAPÍTULO 8 55

CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO BRASIL

Vitória Ferreira do Amaral
Maria Socorro Carneiro Linhares
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Luíza Jocymara Lima Freire Dias
João Vitor Teixeira de Sousa
José Kelton Ribeiro
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Ana Célia Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.7091902098

CAPÍTULO 9 67

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM LESÃO POR PRESSÃO ATENDIDOS EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS

Márcia Mara Cavalcante da Silva
Eliziane Ribeiro Barros
Uilma Silva Sousa
José Flason Marques da Silva
Antônia Smara Rodrigues Silva
Jessica Costa Brito Pacheco
Ana Suzane Pereira Martins
Raila Souto Pinto Menezes
Maria Cláudia Galdino Araújo Lima

DOI 10.22533/at.ed.7091902099

CAPÍTULO 10 78

CASOS DE TUBERCULOSE NOS ANOS DE 2008 À 2017 NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Sannia Martins Sampaio
Robson Ciochetta Rodrigues Filho
Rosana Da Saúde de Farias e Freitas
Francisca Aila de Farias
Derivânia Vieira Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.70919020910

CAPÍTULO 11 90

CONCEPÇÕES E CONDUTAS DE ENFERMEIROS FRENTE AOS ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Rosângela Silva Pereira
Anderson Araújo Corrêa
Adriana Alves Guedêlha Lima
Gizelia Araújo Cunha
Francisca Natália Alves Pinheiro
Otoniel Damasceno Sousa
Dheymi Wilma Ramos Silva
Fernando Alves Sipaúba
Jairina Nunes Chaves
Adriana Torres dos Santos
Nathallya Castro Monteiro Alves

DOI 10.22533/at.ed.70919020911

CAPÍTULO 12 100

DESORDENS DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL E POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS CORTICAIS: IDENTIFICAÇÃO DE UM BIOMARCADOR NEURAL

Klinger Vagner Teixeira da Costa
Kelly Cristina Lira de Andrade
Aline Tenório Lins Carnaúba
Fernanda Calheiros Peixoto Tenório
Ranilde Cristiane Cavalcante Costa
Luciana Castelo Branco Camurça Fernandes
Thaís Nobre Uchôa Souza
Katieanne Wanderley Rocha
Dalmo de Santana Simões
Pedro de Lemos Menezes

DOI 10.22533/at.ed.70919020912

CAPÍTULO 13 106

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE COBERTURA PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS/MA

Thays Luanny Santos Machado Barbosa
Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Polyana Cabral da Silva
Rosangela Almeida Rodrigues de Farias
Elza Lima da Silva
Aline Santos Furtado Campos
Maria Lúcia Holanda Lopes
Raquel de Aguiar Portela

DOI 10.22533/at.ed.70919020913

CAPÍTULO 14 119

DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MÃES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Beatriz Borges Pereira
Marilha Neres Leandro
Cinthya Suyane Pereira Silva
Carmy Celina Feitosa Castelo Branco
Larissa Magalhães Soares
Yaskara Waleska Teles Dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.70919020914

CAPÍTULO 15 132

EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN DE 2008 A 2018

Jessica Costa Brito Pacheco Moura
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Maria Thayane Jorge Freire
Maria Aline Moreira Ximenes
Camila Paiva Martins
Ana Suzane Pereira Martins
Eliziane Ribeiro Barros
Maria Simônia Gonçalves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.70919020915

CAPÍTULO 16 141

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS DA FIBROSE CÍSTICA EM RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS NO BRASIL

Kayco Damasceno Pereira
Ana Paula Melo Oliveira
Sabrina Sousa Barros
Sara Samara Ferreira de Araujo
Marcelo da Silva
Henrique Alves de Lima
Gabrielly Silva Ramos
Suzana Pereira Alves
Bruno Nascimento Sales
Grasyele Oliveira Sousa
Anderson Pereira Freitas
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.70919020916

CAPÍTULO 17 152

ESTIGMA SOCIAL: OS LIMITES DO JULGAMENTO POR USUÁRIOS DE UM CAPS-AD - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luís Eduardo de França Barros Menezes
Bruna Rafaella Santos Torres
Izabelle Barbosa da Silva
Rayana Ribeiro Trajano de Assis
Soniely Nunes Melo
Maria Helena Rosa da Silva
Thiago Eudes da Costa Nunes

DOI 10.22533/at.ed.70919020917

CAPÍTULO 18 154

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA EM VILA LITORÂNEA EM PERNAMBUCO, BRASIL

Hallysson Douglas Andrade de Araújo
Jussara Patrícia Monteiro Vasconcelos
Andrea Lopes de Oliveira
Juliana Carla Serafim da Silva

DOI 10.22533/at.ed.70919020918

CAPÍTULO 19 165

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Andressa Gislanny Nunes Silva
Jefferson Abraão Caetano Lira
Camylla Layanny Soares Lima
Whesley Fenesson Alves dos Santos
Ângela Raquel Cruz Rocha
Hérica Dayanne de Sousa Moura

DOI 10.22533/at.ed.70919020919

CAPÍTULO 20 177

MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE EXAMES COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO

Joseanna Gomes Lima
Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Maria de Fátima Lires Paiva
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
Alan Cássio Carvalho Coutinho
Andréa Dutra Pereira
Nathalia Gonçalves Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.70919020920

CAPÍTULO 21 192

MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA

Rita Rozileide Nascimento Pereira
Fernanda de Castro Lopes
Josilma Silva Nogueira
Elza Lima da Silva
Marcelino Santos Neto
Liberata Campos Coimbra

DOI 10.22533/at.ed.70919020921

CAPÍTULO 22 196

MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NAS REGIÕES DO BRASIL

Luciana Léda Carvalho Lisbôa
Rosângela Fernandes Lucena Batista
Janielle Ferreira de Brito Lima
Larissa Cristina Rodrigues Alencar
Pabline Medeiros Verzaro
Alyni Sebastiany Mendes Dutra
Bruna Caroline Silva Falcão
Thaysa Gois Trinta Abreu
Reivax Silva do Carmo
Mayra Sharlenne Moraes Araújo
Dayse Azevedo Coelho de Souza
Larissa Di Leo Nogueira Costa

DOI 10.22533/at.ed.70919020922

CAPÍTULO 23 203

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA

Daiane Gabiatti
Sirlei Favero Cetolin
Ana Maria Martins Moser

DOI 10.22533/at.ed.70919020923

CAPÍTULO 24 216

OCORRÊNCIAS DE ACIDENTES PERFUROCORTANTES COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante
Ravena Dias Ribeiro
Rayanne Cristina Lima Rodrigues
Suely Martins da Silva Vieira
Danieli Maria Martins Coelho
Maria de Fátima Almeida e Sousa
Ottomá Gonçalves da Silva
Maria Augusta Ferreira da Silva Neta
Silvanio Wanderley Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.70919020924

CAPÍTULO 25 228

O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DO PIAUÍ, A PARTIR DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – SAMVVIS, NO PERÍODO DE 2015 A 2017

Andréa Nunes Mendes de Carvalho
Maria Auzeni de Moura Fé
Marcos Antônio Ferreira de Souza

DOI 10.22533/at.ed.70919020925

CAPÍTULO 26 241

PACIENTES QUE REALIZARAM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO NO HU-UFPI

Ester Martins Carneiro
Natália Rodrigues Darc Costa
Mikaela Maria Baptista Passos
Luana Gabrielle de França Ferreira
Jocélia Resende Pereira da Silva
Antônio Quaresma de Melo Neto
Adrielle Martins Monteiro Alves
Claudeneide Araujo Rodrigues
Thyara Maria Stanley Vieira Lima
Francelly Carvalho dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.70919020926

CAPÍTULO 27 249

PERFIL DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA – CE

Francisco das Chagas Dourado de Barros
Adriano Rodrigues de Souza
Kelly Monte Sousa

DOI 10.22533/at.ed.70919020927

CAPÍTULO 28 259

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Rafaela Ferreira Lobato
Jessica Conceição Silva
Josua Thais Pereira Amorin
Walquiria do Nascimento Silva

DOI 10.22533/at.ed.70919020928

CAPÍTULO 29 265

RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA ASSOCIADA À INFECÇÃO CONGÊNITA PELO VÍRUS ZIKA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NOS ESTADOS BRASILEIROS ENTRE 2012-2016

Jacqueline Jacaúna de Oliveira
Rogério Romulo da Silva
Marcelo Santana Camacho
Aline Coutinho Cavalcanti
Ana Cristina Viana Campos
Letícia Dias Lima Jedlicka
Nilson Antonio Assunção

DOI 10.22533/at.ed.70919020929

CAPÍTULO 30 267

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco
Carlos Augusto Sampaio Côrrea
Carlos Manuel Sanchez Dutok
Tancredo Castelo Branco Neto

DOI 10.22533/at.ed.70919020930

CAPÍTULO 31 278

VACINAÇÃO CONTRA O HPV EM ADOLESCENTES: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE A COBERTURA VACINAL

Amanda Araújo Ferreira

Aíla Marôpo Araújo

Mônica de Oliveira Rocha Amorim

Diego Filgueira Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.70919020931

SOBRE O ORGANIZADOR..... 291

ÍNDICE REMISSIVO 292

A INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 2014 A 2017

Rhuan Alves de Araujo

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba - Piauí

Raquell Alves de Araujo

Faculdade Maurício de Nassau - UNINASSAU
Recife - Pernambuco

Luana Paixão Alves

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA
Teresina- Piauí

Matheus Almeida Thorpe

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba - Piauí

Alvaro Martins Pinho

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba - Piauí

Vinicius Enrico Azevedo

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba- Piauí

Luis Felipe Nunes Martins

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba- Piauí

Pedro Augusto Vieira Rosa Sousa

Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba(IESVAP)
Parnaíba - Piauí

Luis Fábio Nunes Martins

Faculdade Integral Diferencial, FACID-DEVRY
Teresina- Piauí

Luis Fabrício Nunes Martins

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina- Piauí

RESUMO: O presente trabalho tem como premissa demonstrar a incidência de Hanseníase (patologia causada pela *Mycobacterium leprae*, que apresenta duas formas: paucibacilar e multibacilar) em um período de 3 anos (2014 a 2017), utilizando dados presentes no DATASUS, uma vez colhidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Boletim Epidemiológico, da autoria da Coordenação Estadual de Hanseníase (doença a que se enquadra como de notificação compulsória). Mediante os resultados catalogados, estabelecer diferenças e prevalências entre cada ano analisado; proporcionar semelhanças entre dados coletados e informações presentes nas literaturas de base, qualificando-se como um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, quantitativo. A principal finalidade do projeto tem como alicerce uma detecção de qual forma da doença é mais frequente e se manifesta mais, qual faixa etária é mais acometida, além de garantir atenção e recursos na Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro contato

para tal agravo e onde será firmado o diagnóstico; e estímulo a busca ativa para diminuição da incidência de tal comorbidade.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase, DATASUS, SINAN, Atenção Primária à Saúde, busca ativa.

ABSTRACT: The present work has as premisses to demonstrate the incidence of Leprosy (disease caused by *Mycobacterium leprae* which has two forms: paucibacillary and multibacillary) in a period of three years (2014 to 2017), using data present in DATASUS, once registered by the Notification Of Injury Information System (SINAN) and Epidemiological Bulletin, authored by the State Coordination of Leprosy (disease that falls under compulsory notification). Through the results cataloged, to establish differences and prevalence between each year analyzed; provide similarity between collected data and informations presents in the base literature, qualifying as a cross-sectional, descriptive, retrospective, quantitative study. The main purpose of the project is based on a detection of which form of the disease is more frequent and manifests itself more, which age group is most affected, in addition to ensuring care and resources in Primary Health Care (APS), the first contact for such an injury and where the diagnosis will be made; and simulates the active search to decrease the incidence of such comorbidity.

KEYWORDS: Leprosy, DATASUS, SINAN, Primary Health Care, Active Search.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, é uma doença crônica infectocontagiosa com alto poder incapacitante. Estima-se que 95% das pessoas sejam naturalmente resistentes a infecção e que 5 % sejam susceptíveis, podendo a doença se manifestar de diferentes formas dependendo de vários fatores como o sexo, idade, genética, condições socioeconômicas e geográficas. A doença pode ser dividida em duas formas, paucibacilar e multibacilar.(BRASIL,2018).

A forma paucibacilar é classificada em hanseníase indeterminada e tuberculóide. Na hanseníase indeterminada, pode ou não ser percebida, afeta geralmente crianças menores de 10 anos, com lesão geralmente única, hipocrômica e não elevada, com perda de sensibilidade térmica e dolorosa, sensibilidade tátil normalmente preservada. Já na forma tuberculóide o paciente apresenta tempo de incubação de aproximadamente 5 anos, com nódulos ou em placas anestésicas em face e tronco, com bordas elevadas e bem delimitadas com centro claro. (BRASIL,2017)

Ainda segundo Ministério da saúde(2017), a hanseníase multibacilar pode ser classificada em dimorfa e virchowiana. A hanseníase dimorfa apresentam-se várias manchas de pele avermelhada ou esbranquiçada, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia ou por múltiplas lesões bem delimitadas com bordas pouco definidas semelhantes à lesão tuberculóide. Na forma virchowiana, mais contagiosa,

não se apresenta manchas visíveis, pele avermelhada, seca, infiltrada com poros dilatados e em casos avançados ocorre perda de pelos, exceto couro cabeludo, suor diminuído com maior intensidade nas áreas poupadas pela doença.

A realização do diagnóstico da hanseníase é principalmente clínico e epidemiológico, por meio da anamnese, exame clínico dermatológico, para a identificação das lesões ou áreas da pele com alterações sensitivas, motoras e/ou autônomas. Além disso, deve-se utilizar a classificação operacional de caso de hanseníase que se baseia no número de lesões cutâneas, sendo paucibacilar(PB), quando apresenta até cinco lesões de pele, e multibacilar(MB), com mais de cinco lesões de pele. Quando possível o acesso a baciloscopia, se seu resultado for positivo confirma-se como multibacilar e quando negativa paucibacilar. (BRASIL,2016)

De acordo com Lastória e Abreu (2012) o tratamento é baseado na classificação operacional. Nos pacientes com a forma paucibacilar são 6 doses de medicação, sendo 1 dose de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Já na forma multibacilar,são 12 doses, acrescentando clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia.

Devido a sua capilaridade, alcance e ampla gama de ações, a atenção primária em saúde (APS) é considerada pelo ministério da saúde o diagnóstico e tratamento da hanseníase. É através da APS que representará o primeiro contato da pessoa com manchas na pele com o sistema de saúde, além disso, fará a atenção longitudinal, reconhecendo as necessidades de tratamento da hanseníase, de prevenção de incapacidades, de abordagem de suas complicações, com a equipe multiprofissional. (SAVASSI,2015; MODERNA,2015).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados do DATASUS obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Boletim Epidemiológico divulgado pela Coordenação Estadual de Controle a Hanseníase, da Secretaria de Estado da Saúde. Foram coletados dados referentes ao número de casos de hanseníase no estado do Piauí no período de 2014 a 2017 de acordo com a faixa etária e sexo, além da prevalência das formas transmissíveis. Os dados foram dispostos em planilhas no formato Excel e, assim, construídos gráficos para permitir sua análise.

RESULTADOS

De acordo com os dados levantados, o estudo possibilitou identificar a prevalência no sexo masculino com 56%, com a faixa etária de incidência entre os 30 e 64 anos (52.12%) do total de casos. De acordo com Queiroz (2015), outros

estudos identificaram essa maior incidência da hanseníase em indivíduos do sexo masculino, atribuindo a isso, a sua baixa procura dos serviços de saúde, dificultando as estratégias de prevenção, promoção e diagnóstico precoce.

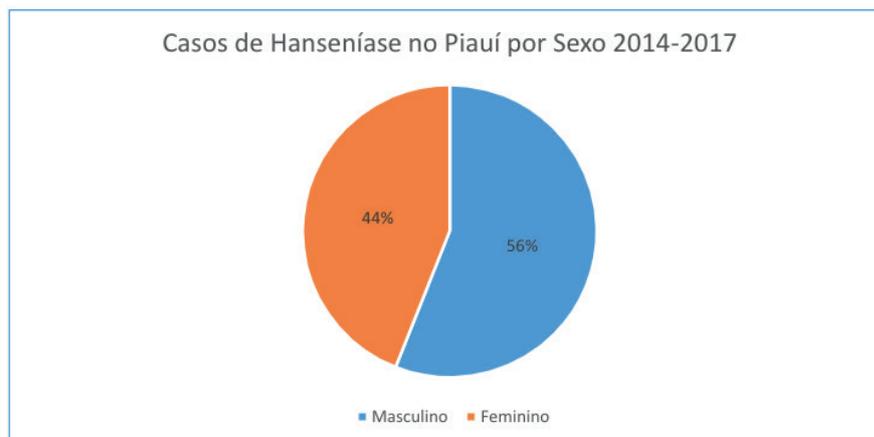


Gráfico 1: Distribuição de casos novos de hanseníase segundo sexo.

Fonte: Datasus - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

No ano de 2014 foram registrados 1148 casos novos sendo 82 em menores de 15 anos; em 2015, 1210 casos novos sendo 74 em menores de 15 anos; já em 2016 foram 1067 casos novos notificados, desses, 72 em menores de 15 anos; e no ano de 2017 foram notificados 1316 casos novos e 82 foram em menores de 15 anos.

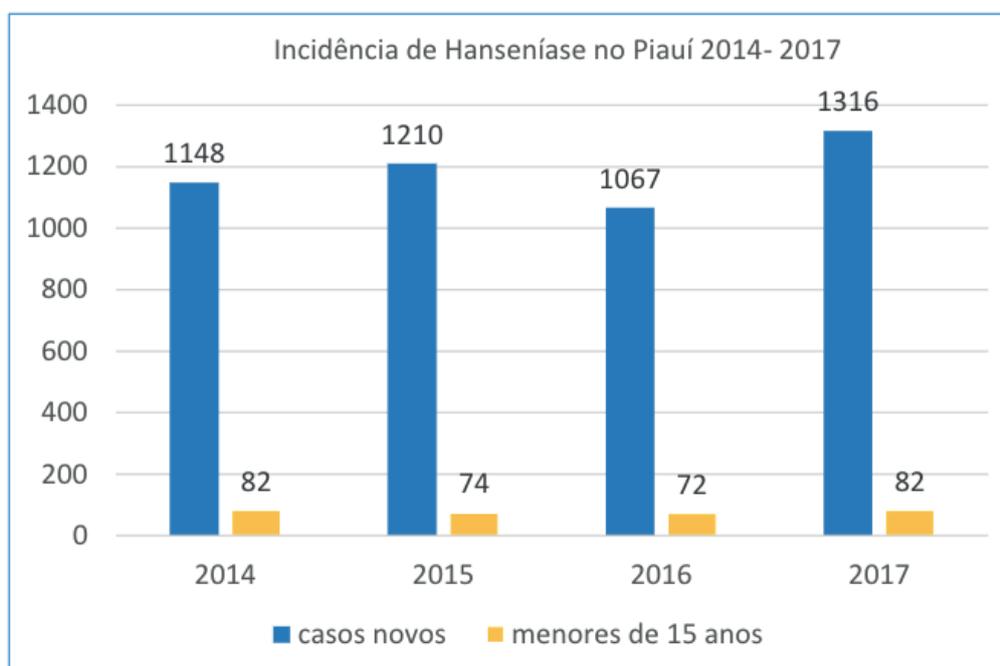


Gráfico 2: Distribuição de casos novos de hanseníase.

Fonte: Datasus - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Os resultados indicam uma situação de vulnerabilidade do Estado quanto

ao controle da doença. Essas características são reforçadas quando observa-se a circulação do bacilo pela transmissão ativa ainda presente, com aumentos dos casos multibacilar e ocorrência de casos em menores de 15 anos, reforçando mais ainda o fato da transmissão ter sido recente da hanseníase. (BRITO *et al.*, 2016).

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, pois quando manifestado na infância, evidencia uma alta endemicidade, ausência de ações efetivas de educação em saúde, além de uma carência de informações sobre a doença. Isso pode está relacionado a uma possível falta de implementação de políticas de saúde efetivas voltadas para o diagnóstico. (FREITAS *et al.*, 2018)

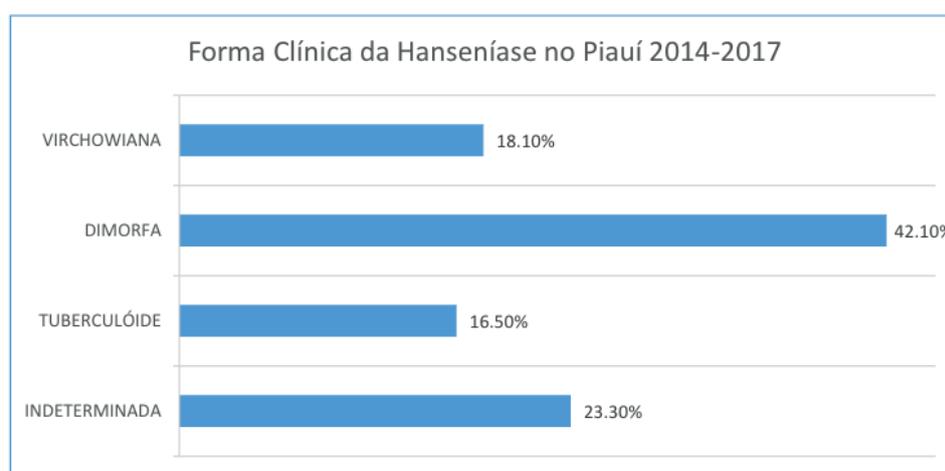


Gráfico 3: Distribuição de casos novos de hanseníase segundo variáveis clínicas.

Fonte: Datasus - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Com base no casos registrados no gráfico, (60,2%) foram notificados já na forma multibacilar, estágio transmissível da doença. Sendo a forma virchowiana a que tem a maior expressão de carga bacilar, favorecendo a disseminação do bacilo. e o parâmetro de detecção da doença, chamam a atenção para a necessidade de um envolvimento maior por parte dos serviços de saúde dos municípios em estratégias para o alcance do diagnóstico precoce da doença. Tais resultados são ocasionados por carência de informações sobre a enfermidade, diagnóstico tardio, necessitando de intervenções epidemiológicas voltadas para as famílias. (BRITO *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, foi possível identificar o comportamento da hanseníase relacionado aos seus aspectos clínicos e epidemiológicos no estado do Piauí. A hanseníase é uma doença grave e, muitas vezes, negligenciada, que requer atenção especial por parte das autoridades de saúde pública.

Embora já ocorra no país a detecção precoce, a busca ativa e o acompanhamento adequado, o que contribuiu para o avanço no enfrentamento da doença, há uma precariedade do Estado para com a falta de comprometimento de colocar em prática as políticas públicas voltadas para educação em saúde para a população, a fim de colaborar com a redução da hanseníase no País e com a conseqüente regressão da endemicidade dessa patologia. Deve-se considerar também a influência dos fatores socioculturais na manutenção dessa endemia.

Em vista disso, faz-se de suma importância a contribuição do Estado em mobilizar os recursos que, de fato, possam ser investidos na sociedade, assim sendo eficaz o controle da doença, desde que também tenham profissionais capacitados para que realizem um trabalho de forma eficaz, melhorando a qualidade de vida para os usuários.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Boletim epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.49. Brasil, 2018.

BRITO, Aline Lima et al. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2016, v. 19, n. 01

FREITAS, Bruna Hinnah Borges Martins de et al . Hanseníase em menores de quinze anos em municípios prioritários, Mato Grosso, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 21, e180016, 2018 .

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagnostico e Tratamento**. Sao Paulo, v. 17, n. 4, p.173-179, 2012

QUEIROZ, Tatiane Aparecida et al . Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hanseníase. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 185-191, 2015 .

SAVASS, Leonardo Cançado Monteiro; MODENA, Celina Maria. HANSENÍASE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS EDUCACIONAIS E ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS RESIDENTES. **Hansenologia Internationalis: Hanseníase e Outras Doenças Infecciosas**, Ouro Preto, v. 40, n. 2, p.2-16, 2015.

ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE CEFALEIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM CAXIAS – MA

Patrícia Maria Figueiredo Cruz

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Rayssa Stefani Cesar Lima

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Hayla Nunes da Conceição

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Beatriz Alves de Albuquerque

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Marília Ramalho Oliveira

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Emyline Sales dos Santos

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Layla Valéria Araújo Borges

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Lawanda Kelly Matias de Macêdo

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
Caxias-Maranhão

Samylla Bruna de Jesus Silva

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Ana Paula Penha Silva

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Beatriz Mourão Pereira

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

Joseneide Teixeira Câmara

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias-Maranhão

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo avaliar a influência de uma gestação sobre o comportamento das cefaleias, sendo realizado na Maternidade Carmosina Coutinho em Caxias– Maranhão. O interesse pelo tema em gestantes surgiu devido à alta prevalência de cefaleia em mulheres, ao fato de a cefaleia em mulheres ser mais intensa e incapacitante, e à grande participação da mulher no mercado de trabalho nas últimas décadas que só tende a aumentar. Ademais, a cefaleia causa grande impacto na vida pessoal, social e profissional. A pesquisa caracteriza se por ser um estudo descritivo, longitudinal e prospectivo. As informações das gestantes de alto risco estão sendo obtidas através de questionários padronizados, além da coleta de dados dos seus respectivos prontuários médicos, sendo a amostra composta por todas as gestantes atendidas na Maternidade Carmosina Coutinho enquadradas em Pré-Natal de alto risco, compreendidas nos meses de agosto/2014 a junho/2015. Foram entrevistadas 52 gestantes

atendidas no Pré-Natal de Alto Risco na Maternidade Carmosina Coutinho. De acordo com os resultados foi possível observar que: cefaleia menstrual ocorre em aproximadamente um quarto das gestantes estudadas; as características mais comuns das cefaleias apresentadas anteriormente à gestação são: caráter pulsátil e localização frontal bilateral; o início de cefaleia durante a gestação ocorre em número pequeno de mulheres; cefaleia apresentou caráter familiar de 1º grau em metade das gestantes estudadas; e a cefaleia secundária à hipertensão arterial e migrânea são os tipos mais comuns de cefaleia que ocorreram nas gestantes com cefaleia iniciada na gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Dor de cabeça; Pré-natal; Alto risco.

ANALYSIS OF CEFARIA'S OCCURRENCE IN HIGH-RISK MANAGEMENT IN CAXIAS - MA

ABSTRACT: The present study aims to evaluate the influence of gestation on the behavior of headache, being performed at the Carmosina Coutinho Maternity in Caxias-Maranhão. Interest in the subject in pregnant women has arisen due to the high prevalence of headache in women, the fact that headache in women is more intense and incapacitating, and the great participation of women in the labor market in the last decades that only tends to increase. In addition, headache has a great impact on personal, social and professional life. The research is characterized as being a descriptive, longitudinal and prospective study. Information from high-risk pregnant women is being obtained through standardized questionnaires, as well as the collection of data from their respective medical records, and the sample is composed of all the pregnant women attended at the Maternidade Carmosina Coutinho enrolled in high-risk prenatal care, comprised in the from August 2014 to June 2015. We interviewed 52 pregnant women attended at High Risk Prenatal Care at the Carmosina Coutinho Maternity Hospital. According to the results it was possible to observe that: menstrual headache occurs in approximately a quarter of the pregnant women studied; the most common characteristics of headaches presented prior to gestation are: pulsatile character and bilateral frontal location; the onset of headache during pregnancy occurs in a small number of women; headache presented a familial character of the first degree in half of the pregnant women studied; and headache secondary to hypertension and migraine are the most common types of headache that occurred in pregnant women with headache that began during pregnancy.

KEYWORDS: Headache; Prenatal; High risk.

1 | INTRODUÇÃO

A cefaléia é o sintoma neurológico mais comum na gravidez. Na população geral, as cefaléias primárias mais frequentes são a tensional e a enxaqueca. Elas ocorrem, entre os adultos, numa prevalência de 20 a 30%, com uma prevalência

maior entre as mulheres. Entre cefaléias primárias pré-existentes, a enxaqueca é mais sensível aos hormônios ovarianos. O aumento dos níveis de estrogênio e a ausência de flutuações hormonais estão associadas com a melhora da enxaqueca sem aura (NAPPI *et al.*, 2011).

Cefaléia repentina com piora progressiva dos sintomas ou aumento da frequência deve gerar a suspeita de causas secundárias (por exemplo, trombose do seio cavernoso ou pré-eclâmpsia) e deve ser imediatamente submetidas à meticoloso exame neurológico (NELIGAN *et al.*, 2011).

A Organização Mundial de Saúde classifica a enxaqueca como uma das 20 principais causas de perda de anos de vida saudável por ano no mundo. A enxaqueca, isoladamente, é responsável por cerca de 400.000 dias de trabalho perdidos por ano, por um milhão de habitantes, nos países desenvolvidos. Prejudicial às relações familiares e sociais, a enxaqueca afeta a qualidade de vida e a execução das atividades diárias das pessoas. A cefaleia tensional e as várias cefaleias crônicas são capazes de provocar tantas incapacidades como a enxaqueca e, por este motivo, o conjunto das cefaleias deveria estar entre as dez causas mais importantes – e provavelmente entre as cinco mais importantes – de incapacidade em nível mundial (EHF, 2010).

A dor de cabeça gera sofrimento físico, além de prejuízos sociais, laborais, emocionais e econômicos. Também está relacionada a dificuldades de aprendizado, com fracasso educacional, absenteísmo escolar, em média de 2,8 dias/ano, maior vulnerabilidade a comorbidades e prejuízo na qualidade de vida (BRAGA *et al.*, 2012).

Há que se considerarem, na mulher gestante, três possibilidades com relação às cefaleias, para um raciocínio correto: presença de cefaleia antes da gestação para se observar, durante a mesma, como se comporta tal cefaleia. Ausência de cefaleia antes da gestação, e início de nova pela primeira vez durante a gravidez. Nesse caso levantar sempre, para descartar ou confirmar, a possibilidade de cefaleia secundária, já que a gestação se constitui num período de hipercoagulabilidade e cefaleias nessa época podem mimetizar migrânea e presença de cefaleia antes da gestação, e início de nova cefaleia durante a mesma (MELHADO *et al.*, 2005).

Neste sentido, se a maior parte das gestantes apresenta melhora da cefaleia durante a gestação, o grande foco para um diagnóstico correto e conduta adequada centra-se nos casos que pioram na gestação, bem como naqueles que surgem pela primeira vez. As condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que, essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais. (MOURA *et al.*, 2010).

Todavia, nota-se negligência da queixa cefaleia por parte do ginecologista e do obstetra. É como se a paciente pudesse suportar toda a gestação sentindo dor de cabeça, recebendo a prescrição do paracetamol, em gotas ou em comprimidos, a medicação mais utilizada pelos obstetras para cefaleia e para outros tipos de dores na gravidez (MELHADO, 2005).

A identificação desses fatores, que interferem na situação de saúde da mulher durante o ciclo gestacional, é um processo imprescindível para acelerar a atuação destinada a modificá-los e minimizar o possível impacto sobre a saúde do binômio materno-fetal, visando colaborar com a melhoria dos indicadores de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2014).

O presente estudo epidemiológico tem como objetivo geral analisar o comportamento da cefaleia existente na gravidez de alto risco, durante uma gestação (nos trimestres gestacionais), correlacionando às cefaleias apresentadas anteriormente à gestação com o ciclo menstrual, na cidade de Caxias – MA.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal e prospectivo. As informações das gestantes de alto risco foram obtidas através de questionários padronizados. A amostra foi composta por todas as gestantes atendidas na Maternidade Carmosina Coutinho, que eram enquadradas em Pré-Natal de alto risco, compreendidas nos meses de agosto/2014 a junho/2015.

Foram incluídas nesse estudo gestante em qualquer faixa etária que frequenta os serviços pré-natais de Alto Risco na Maternidade Carmosina Coutinho, primeiro trimestre de gestação com idade gestacional até no máximo 16 semanas no momento da primeira entrevista, a última entrevista deverá ser realizada quando a gestante estivesse entre 32 e 42 semanas de gestação (32 semanas em casos de gravidez de gêmeos), portanto no peri ou pós-parto, apresentar partos de recém-nascidos vivos ou de natimortos que estivessem no terceiro trimestre.

Os critérios de exclusão foram: perda do acompanhamento trimestral da gestante, mudança de endereço, de cidade ou de estado durante a pesquisa, informações duvidosas e conflitantes (em um momento havia determinada queixa e, e em outro momento, a gestante negava tal queixa, ou vice-versa), aborto durante o acompanhamento da gestante, parto de natimorto antes do terceiro trimestre gestacional.

As entrevistas foram orientadas por questionário aplicado pelo envolvidos da pesquisa. O questionário apresentou perguntas a respeito do estado gravídico e do comportamento das cefaleias, quanto à indiferença da dor, à melhora e à piora da frequência e da intensidade da cefaleia, durante os trimestres gestacionais.

A primeira entrevista foi realizada nas primeiras consultas pré-natal de Alto Risco na Maternidade no período de agosto/2014 até o final do abril/2015, a fim de se ter acompanhamento da gestante até o parto. Após a primeira entrevista, procedeu-se o seguimento da gestante com, pelo menos, mais duas entrevistas, uma no segundo trimestre e outra no terceiro trimestre gestacional (final da gestação ou até uma semana após o parto), e as últimas entrevistas foram realizadas por meio

do retorno da gestante à maternidade.

A coleta de dados foi por via prontuário que ocorreu no mesmo dia das entrevistas, em questão, nos dias de segunda-feira pela manhã, quarta-feira (manhã e tarde) e quinta pela manhã na maternidade Carmosina Coutinho durante o período de agosto/2014 a junho/2015. Para tal, foram coletados os seguintes dados no prontuário e Cartão da Gestante: dados pessoais, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, gravidez atual, exames e sorologia, ultrassonografia, motivo de gravidez de alto risco, condições de parto ou aborto; condições de puerpério.

Os dados foram digitados no programa EpilInfo, versão 5.3.1, onde foram calculados e tabulados. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas com frequência absoluta e relativa.

Foram empregadas formas acessíveis de explicar a natureza e objetivos do trabalho aos participantes e todos eles assinaram o TCLE, para participar da pesquisa, em concordância e dentro das leis e regulamentos referentes à condução de pesquisa clínica no Brasil. O Projeto do Estudo, o Consentimento Livre e Esclarecido, foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução CNS 466/12.

3 | RESULTADOS

Foram entrevistadas 52 gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco na Maternidade Carmosina Coutinho.

Foram afastadas temporariamente 07 gestantes do estudo, em virtude de não apresentarem cefaleia em caráter anterógrado e nem durante a Gestação. Entretanto, essas 07 pessoas poderiam participar do estudo na medida em que apresentarem a queixa de dor de cabeça durante o desenvolvimento da gestação.

A distribuição das gestantes por faixa etária 01 (2,22%) mulheres entre 12 e 15 anos de idade, 04 (8,89%) mulheres entre 16 e 19 anos, 31 (68,89%) gestantes entre 20 e 34 anos de idade e 09 (20,00%) entre 35 e 45 anos (Gráfico 1).

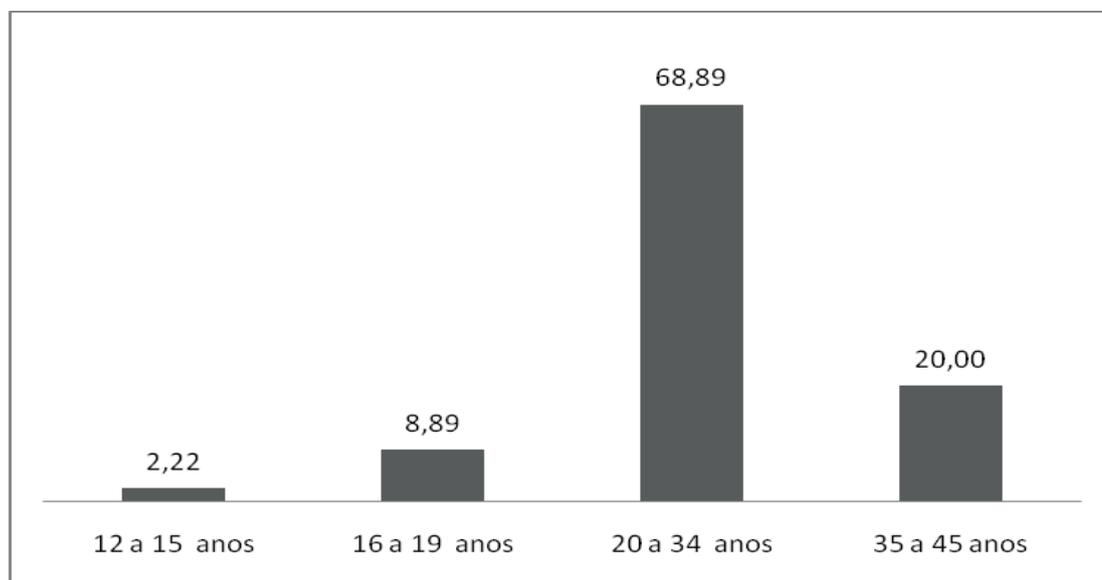


Gráfico 1 - Distribuição das gestantes por faixa etária

Nas 45 mulheres grávidas, foram observados os seguintes dados com relação à idade da menarca no gráfico a seguir (Gráfico 2).

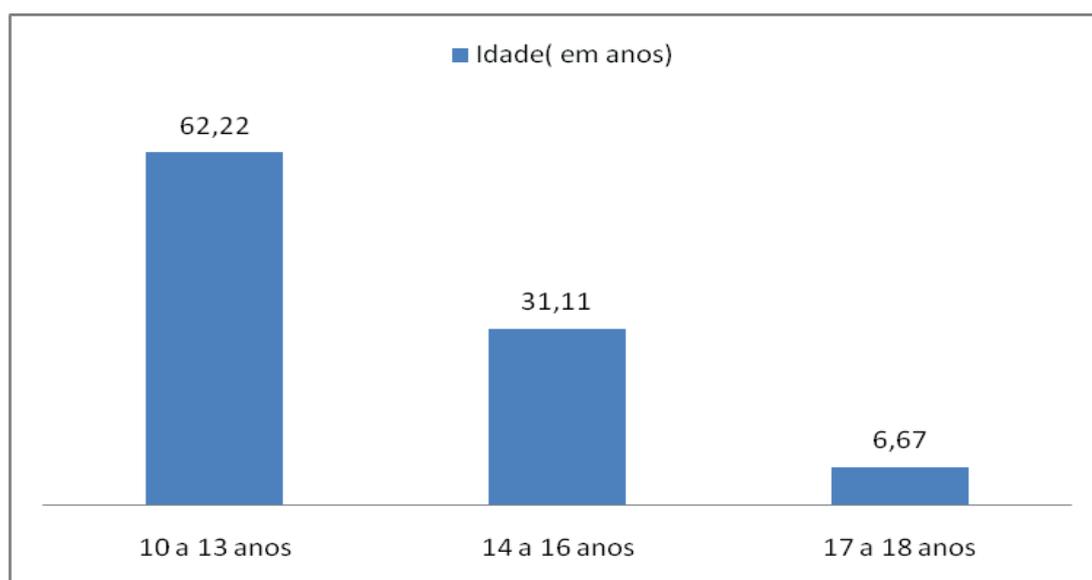


Gráfico 2 - Distribuição da idade da menarca nas gestantes

Quanto ao número de gestações anteriores nas 45 mulheres grávidas, observou-se que 10 (22,22%) estavam na primeira gestação, 10 (22,22%) não haviam sofrido nenhum parto e 39 (80,00%) não haviam tido aborto em gestações anteriores (Tabela 1).

Número	0	1	2	3	4	5	6 ou mais
Gestações	-	10	4	18	5	1	7
Partos	10	7	9	5	1	2	2
Abortos	36	5	-	2	2	-	-

Tabela 1 - Dados obstétricos das gestantes estudadas

Apresentavam cefaleia antes da gestação 45 de 52 mulheres (86,53%). Relataram nunca terem tido cefaleias em suas vidas 07/52 (13,46%) gestantes. Somente 07 mulheres grávidas tiveram o surgimento de cefaleia pela primeira vez durante a gestação, e 38, que apresentavam uma forma de cefaleia anterior à gestação, passaram a apresentar também um novo tipo de cefaleia durante a gestação.

Quanto à qualidade da dor nas 38 mulheres grávidas com cefaleia antes da gestação, observou-se que pulsátil/latejante ocorreu em 19 (50,00%) gestantes; peso em 12 (31,58%) gestantes; pressão em 05 (13,16%) gestantes; pontada em 02 (5,26%) gestantes (Gráfico 3).

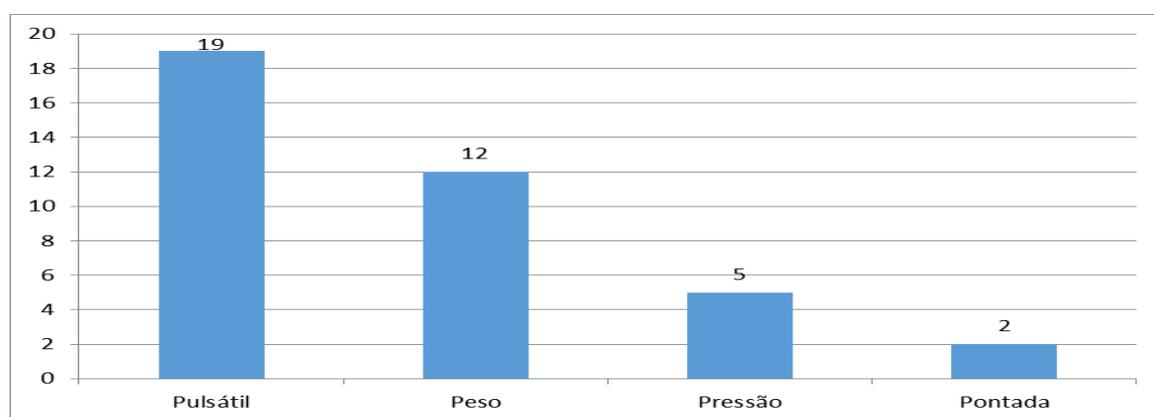


Gráfico 3 - Qualidade das cefaleias nas gestantes

A localização do sintoma cefaleia, nas 38 mulheres grávidas que a apresentavam anteriormente à gestação, é discriminada a seguir: frontal bilateral ocorreu em 25 (65,79%); fronto-orbitária bilateral em 04 (10,53%); holocraniana em 01 (2,63%); hemicraniana em 04 (10,53%); nuca em 02 (5,26%); fronto-parieto bilateral em 02 (5,26%), vide Tabela 02.

Local	n	%
Frontal bilateral	25	65,79
Fronto-orbitária bilateral	4	10,53
Holocraniana	1	2,63
Hemicraniana	4	10,53
Nuca	2	5,26
Fronto-parieto bilateral	2	5,26

Tabela 02 - Local da dor nas grávidas com cefaleia anterior à gestação

Apresentam-se os seguintes resultados com relação aos sintomas associados de fotofobia, fonofobia, náusea, vômito e osmofobia: nenhum sintoma associado ocorreu em 03 (7,89%) mulheres e algum sintoma associado em 35 (92,11%)

mulheres.

Observam-se, separadamente os sintomas associados à cefaleia, nas 38 mulheres grávidas com cefaleia anterior à gestação (Tabela 03).

Variáveis	n°	%	Variáveis	n°	%
Fotofobia			Náusea		
Sim	14	36,8	Sim	15	39,5
Não	24	63,2	Não	23	60,5
Fonofobia			Vômito		
Sim	11	28,9	Sim	15	39,5
Não	27	71,1	Não	23	60,5
Osmofobia			Nenhum		
Sim	8	21,1	Sim	3	7,9
Não	30	78,9	Não	35	92,1

Tabela 03 - Sintomas associados à cefaleia nas grávidas com cefaleia anterior à gestação.

Quanto à presença de cefaleia relacionada à menstruação, nas 38 gestantes com cefaleia iniciada anteriormente à gestação, observou-se que cefaleia relacionada à menstruação ocorreu em 07 (18,4%) gestantes e cefaleia não relacionada ao ciclo menstrual em 31 (81,6%) gestantes.

Quanto à frequência mensal das cefaleias nas 07 mulheres com cefaleia relacionada ao ciclo menstrual, observou-se que 02 (28,57%) mulheres sempre apresentavam cefaleia relacionada ao fluxo e 05 (71,42%) apresentavam cefaleia relacionada ao fluxo eventualmente. O período do ciclo em que ocorria a cefaleia, nas 07 gestantes com cefaleia relacionada à menstruação antes da gestação, foi o seguinte: cefaleia antes da menstruação ocorreu em 01 (14,28%); cefaleia durante a menstruação em 01 (14,28%); cefaleia antes e durante a menstruação em 01 (14,28%); e 04 (57,14%) não sabem responder em que período do fluxo ocorria a cefaleia.

4 | DISCUSSÃO

A gravidez desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua trajetória. Assim é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sociodemográfica e econômica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência ao binômio.

As idades variaram entre 15 e 41 anos, com a média de idade 26,8 anos, configurando um grupo de grávidas adultas-jovens. Esses achados convergem com o perfil de gestantes de alto risco evidenciados em estudos realizados em

maternidades de Santa Catarina 7, Rio de Janeiro⁸ e Minas Gerais (VERSIANI et al, 2012)

A menarca tem relevante importância como marco do crescimento e desenvolvimento humano e é o indicador de maturidade sexual mais usado. A variabilidade da data da primeira menstruação envolve características genéticas e influência ambiental. A literatura revela que, geralmente, o início da menstruação aparece entre 12 e 13 anos de idade cronológica. A idade média da menarca encontrada no Brasil foi 13,02 ($\pm 0,09$), e, para a região Nordeste urbana, a idade encontrada foi de 11,75 anos (SOUZA VITALLE et al., 2011).

No presente trabalho, a maioria das gestantes apresentou menarca entre 10 e 13 anos de idade, com média de 12,56 anos, faixa etária condizente com a literatura descrita. Um dos poucos estudos nacionais mostrou que, da população do estudo (256 pacientes), 3,9% não se lembraram da idade da menarca; a média da idade da menarca foi de 12,85 anos; menarca precoce ocorreu em 5,1% e menarca tardia ocorreu em 18,4% (BRAGA et al., 2002).

KECECI e DENER (2002) mostraram que a duração da cefaléia estava entre 4 e 24 horas em 79% dos indivíduos e entre 24 e 72 horas nos restantes 20%. No estudo italiano (CAMARDA et al., 2002), a duração da cefaléia foi de 4 a 8 horas em 44% dos migranosos sem aura e 25% dos migranosos tipo 1.7. Foi maior de 8 horas em 56% dos migranosos sem aura e em 37,5% dos migranosos tipo 1.7. Apesar de toda a variação de percentuais, a duração parece assemelhar-se entre os dois estudos citados e o presente trabalho.

A qualidade da cefaleia foi avaliada em 38 mulheres com cefaleias antes da gestação. O tipo pulsátil ou latejante foi o mais frequente (50%). O presente relato mostra 15,8% de mulheres com mais de uma qualidade na mesma crise de dor. Um estudo italiano (CAMARDA et al., 2002) em adolescentes, mostrou percentual de dor de qualidade pulsátil em 61% e 77,7% das migrêneas sem aura e migrêneas codificadas como 1.7, respectivamente, percentual semelhante ao do presente estudo. Como nosso trabalho apresenta grande percentual de migrânea tipo 1.7, a qualidade pulsátil foi uma característica importante para a classificação.

O estudo de KÖSEOGLU (2003) que analisou a população feminina da Turquia encontrou 88,8% de cefaleias pulsáteis e 11,2% de cefaleias em pressão ou peso. O percentual de peso foi comparável ao do presente trabalho. São necessários estudos sobre as características das cefaleias em vários tipos de populações e grupos de pessoas pelo fato de se colaborar com a apuração e o aprimoramento dos critérios diagnósticos de cefaleia, uma vez que seu diagnóstico é eminentemente clínico.

Foi possível visualizar que a localização frontal bilateral predominou em todos os tipos de cefaléia assim como no relato de KÖSEOGLU et al. (2003), que mostrou cefaléias unilaterais em 53,1% dos migranosos e bilaterais em 72,7% dos pacientes com cefaléia tipo tensional.

No estudo turco (KÖSEOGLU et al., 2003), 15,4% das pacientes com migrânea

tiveram duração abaixo de 4 horas, com uso de drogas para tratamento da cefaléia; porém, a maioria das migranosas (71,3%) estava entre 4 e 24 horas de duração, semelhante ao presente estudo. Nas cefaléias tensionais crônicas, os ataques duravam mais tempo do que o presente relato, várias horas em 51,9%, durante o dia em 22,2% e 1 a 3 dias em 14,8%. Já no relato de KECECI e DENER (2002), as cefaléias foram primariamente unilaterais em 62% dos migranosos.

Os sintomas fotofobia, fonofobia, náusea, vômito e osmofobia foram analisados e divergiram dos estudos de CAMARDA et al. (2002) mostraram fotofobia em 78% de pacientes. Fonofobia ocorreu em 48%. Náusea ocorreu em 70% de pacientes. Vômitos ocorreram em 22%.

KECECI e DENER (2002) chamam de sintomas associados a fotofobia, a fonofobia, a náusea, o vômito, a osmofobia e a visão borrada. Em seu estudo, a frequência desses sintomas foram, respectivamente: 47,7%; 56,1%; 74,2%; 33,5%; 10,3%; e 38,1%. Esses números são semelhantes aos do presente relato, exceto pela incidência bem maior de náusea no estudo de KECECI e DENER (2002), enquanto a osmofobia foi maior no presente. Acrescente-se que a osmofobia deste estudo ocorreu em 36,96%. No estudo de KÖSEOGLU et al. (2003), o sintoma concomitante mais comum foi a fonofobia, em 85,3% da migrânea, seguido por náusea em 80,4%, fotofobia em 77,6% e vômito em 44,8%.

SILVA *et al.* (2003) publicaram um estudo mostrando cefaléia em salvas em duas pacientes dentre 319 entrevistadas que mencionavam crises mais intensas na época da menstruação. O estudo de KÖSEOGLU et al. (2003), numa comunidade turca, coloca fatores hormonais gerais como menstruação desencadeante de cefaléia em 35,6% das migranosas e em 24,5% das pacientes com cefaléia tipo tensional. No estudo de GALEGO et al. (2002), a menstruação foi o fator desencadeante em 33,3% das pacientes com migrânea episódica e em 29% das pacientes com migrânea transformada.

Cita-se que foi um estudo de grande extensão visando à gravidez e não foi conduzido com diário de dor de cabeça, sendo as cefaléias anteriores à gestação questionadas apenas baseadas na lembrança das mulheres. Para se saber mais detalhes a respeito da epidemiologia da cefaléia menstrual no Brasil, propõe-se que se realizem estudos em mulheres com diário de cefaléia.

5 | CONCLUSÃO

Foi possível observar que a cefaleia menstrual ocorre em aproximadamente um quarto das gestantes estudadas e as características mais comuns das cefaleias apresentadas anteriormente à gestação são: caráter pulsátil e localização frontal bilateral. O início de cefaleia durante a gestação ocorre em número pequeno de mulheres e apresentou caráter familiar de 1º grau em metade das gestantes

estudadas. A cefaleia secundária à hipertensão arterial e migrânea são os tipos mais comuns de cefaleia que ocorreram nas gestantes com cefaleia iniciada na gestação.

Sugere-se que a avaliação, nos casos de piora da dor ou de dúvida diagnóstica, seja feita pelo neurologista, para conduzir tais mulheres, com todo zelo que merecem, ao alívio de sua dor, até porque encontram-se num estado tão especial, que necessitam de muito conforto. Afinal trata-se do envolvimento de dois seres humanos.

A educação da comunidade médica em relação à cefaléia precisa ser extensiva e, principalmente neste caso, a do ginecologista e a do obstetra, que não apenas lidam com as gestantes, mas também com as demais mulheres, seus ciclos menstruais que tantos desafios impõem, sendo um deles a cefaléia do período catamenial. Faz-se também necessária a educação da comunidade leiga, em especial das mulheres, incluindo a mudança do pensamento “cultural” dessa população em aceitar a dor como normal.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A.; GODEFROY, P.; ANDRADE, T.; BELFORT, P. **Idade da menarca em população atendida no NPE – FMV**. In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA ENDÓCRINA, 3, 2002; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SGORJ, 2002.

CAMARDA, R.; MONASTERO, R.; SANTANGELO, G.; RAIMONDO, D.; PUMA, D.; PIPIA, C., et al. **Migraine headaches in adolescents: a five-year follow-up study**. *Headache*, 42(10):1000-5, 2002.

EHF (European Headache Federation). **Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários**. Traduzido do original por Sociedade Portuguesa de Cefaleias. Lisboa: European Headache Federation, 2010.

GALEGO, J. C. B.; CIPULLO, J. P.; CORDEIRO, J. A.; TOGNOLA, W. A. **Clinical features of episodic and transformed migraine**. *Arq Neuropsiquiatr*, 60(4):912-6, 2002.

KECECI, H.; DENER, S. **Epidemiological and clinical characteristics of migraine in Sivas, Turkey**. *Headache*, 42(4): 275-80, 2002.

KÖSEOĞLU, E.; NAÇAR, M.; TALASLIOĞLU, A.; ÇETINKAYA, F. **Epidemiological and clinical characteristics of migraine and tension type headache in 1146 females in Kayseri, Turkey**. *Cephalalgia*, 23(5):381-8, 2003.

MELHADO, E. M. **Cefaléia: cuidado inicial e atendimento na cidade de Catanduva, SP**. Campinas, 2000. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

NELIGAN PJ, LAFFEY JG. **Clinical review: special populations-critical illness and pregnancy**. *Crit Care*. 2011.

NAPPI RE; ALBANI F; SANCES G; TERRENO E; BRAMBILLA E; POLATTI F. **Headaches during pregnancy**. *Curr Pain Headache Rep*. 2011

RIBEIRO, M. A. **Georreferenciamento: ferramenta de análise do sistema de saúde de Sobral-Ceará**. (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014

SILVA, N. **Teste de McNemar**. Disponível em: <<http://leg.ufpr.br/~silvia/CE055/node83.html>>. Acessado em 10 de mai de 2014.

SOUZA VITALLE, M. S.; TOMIOKA, C. Y.; JULIANO, Y.; AMANCIO, O. M. S. **Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca**. Ver *Assoc Med Bras*, 49(4): 429-33, 2011.

VERSIANI CC, FERNANDES LL. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. *Rev Norte Min Enferm* [serial on the internet]. 2012

ANÁLISE DOS MODELOS USADOS NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PACIENTE DIABÉTICO

Renan Rhonalty Rocha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
SOBRAL-CEARÁ

Maria Vitória Laurindo

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Francisca Aila de Farias

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Antônia Crissy Ximenes Farias

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Camilla Rodrigues Pinho

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Derivânia Vieira Castelo Branco

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

RESUMO: A atenção farmacêutica se utiliza de diversos modelos para promover a saúde e aumentar a qualidade de vida de pacientes diabéticos, contudo o profissional farmacêutico ainda é excluído das equipes de saúde primária, tornando o deficiente acompanhamento desses pacientes. Este artigo teve como objetivo

analisar os modelos atualmente utilizados na atenção farmacêutica e sua importância para pacientes diabéticos. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica através de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente procurando enfatizar a importância de um acompanhamento humanizado e responsável para pacientes portadores de diabetes através de modelos da atenção farmacêutica que ainda hoje se mostraram eficazes. Concluiu-se que há um déficit muito grande na atenção e acompanhamento de pacientes diabéticos podendo ser suprida pela inserção de farmacêuticos na atenção primária de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção farmacêutica. Diabetes Mellitus. Serviço de Acompanhamento de Paciente.

ABSTRACT: The pharmaceutical care uses several models to promote health and enhance the quality of life of diabetic patients, however the professional pharmacist is still excluded from the primary health teams, making the poor monitoring of these patients. This article aimed to analyze the models currently used in pharmaceutical care and its importance for diabetic patients. A bibliographical research through detailed analysis of materials published in the literature previously looking emphasize the importance of humane and responsible monitoring for patients with diabetes through

pharmaceutical care models that still today have proven to be effective. It was concluded that there is a very large deficit on attention and follow-up of diabetic patients and may be supplied by the insertion of pharmacists in primary health attention.

KEYWORDS: Pharmaceutical care. Diabetes Mellitus. Patient tracking service.

1 | INTRODUÇÃO

As atividades envolvendo o medicamento, realizadas de forma sistêmica, possuindo, como beneficiário maior o usuário, são conhecidas como Assistência Farmacêutica. É através destas atividades de intervenções e aconselhamento que se concretiza uma eficiente Atenção Farmacêutica e o farmacêutico é o profissional apto para executar esta técnica, orientando o paciente sobre o uso correto dos medicamentos, esclarecendo suas dúvidas e favorecendo a adesão e sucesso do tratamento (EDUARDO; DIAS; SANTOS, 2012; COSTA et al., 2014; MEDEIROS; MORAES, 2014).

Devido aos avanços tecnológicos, à descoberta de novos fármacos e a evolução das formulações farmacêuticas reformulando ações terapêuticas de fármacos, o farmacêutico passou a ser visto apenas como um vendedor de medicamentos pela sociedade (PEREIRA; FREITAS, 2008). Em 1960, com a insatisfação por esta condição, estudantes da Universidade de São Francisco (EUA), criaram um movimento que foi denominado de “Farmácia Clínica”, compreende atividades voltadas para minimizar os riscos e os custos e maximizar a terapia, promovendo ainda o uso racional, seguro e correto de medicamentos. As atividades executadas por farmacêuticos clínicos exercem um papel fundamental na garantia de uma farmacoterapia adequada ao paciente, minimizando os riscos de resultados desfavoráveis da terapia medicamentosa, com resultados terapêuticos definidos e diminuição de custos (FERRACINI et al., 2011)

Já em meados da década de 1970, após a criação da Farmácia Clínica, diversos autores se empenharam em recriar o papel da profissão farmacêutica em relação ao paciente, pois Farmácia Clínica se restringia apenas à hospitais e para a análise e estudos da farmacoterapia, afastando o farmacêutico do paciente em si (PEREIRA; FREITAS, 2008).

De forma concomitante, a Atenção Farmacêutica ganhava nome na Espanha, juntamente com a criação de um modelo de seguimento fármaco terapêutico, que ficou conhecido como Método ou Modelo Dáder, criado pela Universidade de Granada através de um grupo que estudava a AF. No Brasil, a primeira proposta de consenso sobre Atenção Farmacêutica só ocorreu em 2002, definindo um modelo de prática profissional visando atender as necessidades fármaco terapêuticas dos pacientes e resolver problemas de sua medicação (OPAS/OMS, 2002).

Portanto, compreende-se por atenção farmacêutica, a área que cria um vínculo farmacêutico-paciente-medicamento e inclui um conjunto de ações buscando à

assistência terapêutica, a promoção e recuperação da saúde, sendo o farmacêutico o profissional responsável por tal técnica (BRASIL, 2007).

De forma errônea, o farmacêutico foi excluído das equipes de Atenção Primária à Saúde que conta, atualmente com profissionais de ensino superior, apenas com um médico familiar, um enfermeiro e quando expandida, é composta ainda por um dentista (BRASIL, 2002). Um dos problemas mais graves na atenção primária são os problemas relacionados com a terapia medicamentosa, como interação medicamentosa incorreta, erros de prescrição, automedicação e uso do medicamento em horários e doses incorretas acarretando diversas complicações para o paciente. Assim, somente através da AF que o farmacêutico consegue se aproximar do paciente e colocar em prática modelos de Atenção (BRASIL, 2007).

Neste contexto, o objetivo principal desta pesquisa bibliográfica é analisar os modelos atualmente utilizados na Atenção farmacêutica e sua importância para o paciente diabético.

2 | METODOLOGIA

Como recurso metodológico para alcançar o objetivo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica narrativa que foi realizada por meio de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente, além de artigos científicos que foram divulgados em meio eletrônico.

Foram utilizados artigos e livros, pois se tratam de embasamento teórico para pesquisa e fontes disponíveis em meio eletrônico, através da base de dados Lilacs, Medline e Scielo contendo as palavras-chave: assistência farmacêutica *and* paciente diabético, acompanhamento *and* paciente diabético e intervenções farmacêuticas *and* paciente diabético. A pesquisa bibliográfica que realizada através de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente, no período de 1995 à 2016.

Como população de estudo, foram verificados 102 artigos científicos, onde foram excluídos 35 artigos por não obedecerem aos critérios de inclusão, no período de junho a dezembro de 2017, segundo o esquema resumido na figura 1.



Figura 1: Esquema metodológico de busca de dados na literatura.

Fonte: Próprio autor.

Os critérios de exclusão foram: artigos que não condizem com o objetivo proposto do presente estudo e aqueles que não possuem texto completo disponível. Não foi utilizado limite de tempo para busca dos artigos. O planejamento obedeceu às seguintes etapas: (1) os artigos foram selecionados de acordo aos critérios de inclusão; (2) leitura do resumo; (3) leitura e análise dos artigos incluídos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Atenção Farmacêutica Inserida na Assistência

Em se tratando da organização da assistência farmacêutica no domínio público de saúde no nosso país, é necessário entender que o seu molde de gestão segue os padrões propostos pelo modelo de gestão de saúde. Assim, a AF é uma técnica farmacêutica inserida na Assistência farmacêutica (OPAS/OMS, 2002).

Levando em conta o ofício do modelo de ação farmacêutica determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as atividades que envolvem educação em saúde, principalmente relacionadas ao correto uso de drogas, a dispensação farmacêutica pode intervir neste sentido minimizando os erros e enaltecendo o uso racional de medicamentos. Seguem ainda os princípios indicados na Declaração de Tóquio. Desta forma, não é o câmbio de mercadorias por receita médica. Além de disponibilizar o insumo utilizado no tratamento, o farmacêutico deve gerar condições para que o paciente o utilize da melhor forma possível e não apenas fornecer pequenas informações no ato da entrega dos medicamentos (OPAS/OMS, 1995; ZANELLA; AGUIAR; STORPIRTIS, 2015).

No ato da dispensação, o farmacêutico possui a capacidade de realizar diversas ações, como avaliar a receita, correta orientação acerca do tratamento, comunicação com o prescritor para identificar, evitar e encontrar meios para resolver os problemas relacionados a medicamentos (PRM) orientá-lo para cuidados em saúde, educar o usuário para a adesão e os riscos de do abandono do tratamento (ALENCAR et al., 2011).

Este profissional pode ainda desenvolver e incentivar na comunidade e com ela, ações destinadas a discutir e dialogar acerca de hábitos saudáveis, evidenciando a importância das medidas não farmacológicas na terapia, desenvolver palestras sobre medicamentos e doenças direcionadas a grupos de risco específicos, além de estimular a comunidade a participar de campanhas voltadas para promoção da saúde. Medidas assim fazem com que este profissional crie uma corresponsabilidade com a sociedade para o cuidado em saúde. Esta função informativa e educativa da dispensação a torna peça chave na cadeia da assistência à saúde e constitui uma das últimas oportunidades de, ainda no interior do sistema de saúde, identificar,

reduzir ou corrigir possíveis riscos associados à terapia com drogas (ZANELLA; AGUIAR; STORPIRTIS, 2015).

3.2 Diabetes mellitus

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) (2013) propõe o diabetes mellitus (DM) como uma doença crônica que acontece quando o corpo não consegue produzir insulina suficiente ou não consegue utilizar insulina de forma eficaz. Uma paciente com diabetes não absorve a glicose de forma adequada, e esta glicose permanece em circulação no sangue, uma condição conhecida como hiperglicemia, sendo nocivo aos tecidos ao longo do tempo e podendo resultar em risco de vida e complicações.

A prevalência mundial de DM entre os adultos (com idade entre 20 a 79 anos) foi de 6,4%, afetando 285 milhões de adultos, em 2010, e vai aumentar para 7,7%, e 439 milhões de adultos por 2030. Entre 2010 e 2030, estima-se um aumento de 69% no número de adultos com DM em países em desenvolvimento e um aumento de 20% nos países desenvolvidos (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). Do mesmo modo, a IDF (2013) calcula que globalmente 382 milhões de pessoas sofram de DM para uma prevalência de 8,3%. América do Norte e Caribe são as regiões com a maior prevalência, 36.755 pessoas com DM (11%). Bruton et al. (2006) estimam que 1 a cada 300 jovens tem DM1, com incidência crescente nesses últimos 20 anos na América do Norte. Segue-se pelo Oriente Médio e Norte da África, com 34.571 pessoas com DM (9,2%). Regiões do Pacífico Ocidental, com 138.195 pessoas com DM, é a região com maior número de pessoas com DM, porém sua prevalência é de 8,6%, perto da prevalência do Mundo.

O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes (11,9 milhões), seguido por Colômbia (2,1 milhões), Argentina (1,6 milhões) e Chile (1,3 milhões) somente na América do Sul (IDF, 2013). Mielczarski et al. (2012) relatam que o nosso país passa por uma transição demográfica por causa do declínio das taxas de fertilidade e de mortalidade, desta forma, tem aumentado a proporção de indivíduos com 50 anos de idade ou mais. Com este envelhecimento da população, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se mais frequentes provocando mudanças na organização do sistema de saúde. Estima-se que entre 2000 e 2030 o número de pessoas com diabetes se elevará de 4,5 milhões para 11 milhões, sendo que a mais da metade desta população desconhecerá o diagnóstico (IDF, 2013).

Os gastos diretos com DM oscilam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, sendo dependente da prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível naquele país. Estimativas do custo direto para o Brasil variam em torno de 13,7 bilhões de reais, em comparação com 2 bilhões para o México e 0,8 bilhão para a Argentina. Cálculos recentes dos custos do tratamento ambulatorial de pacientes acometidos pelo diabetes no Sistema Único de Saúde

(SUS) são aproximadamente de R\$ 5.375,40 por paciente, sendo que R\$ 3.404,25 são relativos a custos diretos (SBD, 2014).

A escolha do esquema terapêutico mais efetivo deve se levar em consideração a idade, estágio puberal, insulinoterapia, horário de trabalho/escola, padrão de alimentação, atividades físicas e, mais importante, aceitação e adequação do esquema proposto pelo paciente e pela família. O tratamento medicamentoso do DM2 é complexo e pode envolver diferentes fármacos com múltiplas dosagens, bem como aplicações diárias de insulina exógena. As taxas de adesão, em geral, variam de 31 a 98%, e há evidências de que quanto mais complexo o regime terapêutico menor a adesão (SBD, 2014).

É exatamente neste contexto que entra o profissional farmacêutico que na hora da administração pode reforçar o vínculo paciente-medicação, explicando, ensinando, apoiando e reforçando a necessidade e a importância de se manter o tratamento e quais benefícios pode-se conseguir, diminuindo, assim, a taxa de desistência.

3.3 Análise dos atuais modelos de atenção farmacêutica ao paciente diabético

Existem as mais diversas metodologias para a prática de atenção farmacêutica. Como exemplo de metodologias de atenção farmacêutica têm-se: TOM (*Therapeutical Outcomes Monitoring*); PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*); DOT (*Direct Observed Treatment*); SOAP (*Subject, Objective, Assessment, Plans*); FARM (*Finds, Assessment, Resolution, Monitoring*); Dáder e Minnessota, entre outras (AMARANTE et. al., 2012). Contudo, os modelos mais utilizados por farmacêuticos no Brasil são o Modelo de Minnesota (americano) e o Método Dáder (espanhol) e existe diferença entre eles na classificação dos problemas relacionados a medicamentos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

O Método Dáder foi criado na Universidade de Granada, em 1999, pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica, e tem como objetivo inicial de fornecer ao farmacêutico uma ferramenta que permita prevenir, identificar e resolver os PRM (CEARA, 2003).

Segundo o Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, terceira edição em 2014, o método Dáder é definido como:

“o serviço profissional que tem como objetivo detectar PRM, para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente” (HERNÁNDEZ; CASTRO; DADER, 2014, p 10).

Se baseando na obtenção da história Farmacoterapêutica do paciente, ou seja, um PRM é qualquer problema de saúde que acontece ou é possível que aconteça com paciente e que se relaciona com os seus tratamentos medicamentosos (ZANELL;

ASSINI, 2008; SHOJI et al., 2009; SOUZA et al., 2009; AMARANTE et al., 2010; HERNÁNDEZ; CASTRO; DADER, 2014).

Através do *The Minnesota Pharmaceutical Care Project*, em 1992, foi desenvolvido o modelo Minnesota definindo apenas dois conjuntos de responsabilidades da Atenção Farmacêutica por meio de um estudo feito com cinquenta e quatro farmacêuticos em vinte farmácias, onde o primeiro é: assegurar que toda a terapia de um paciente seja a mais adequada, possua efetividade, segurança e mais conveniente possível; já o segundo: identificar, resolver e prevenir todo e qualquer problema farmacoterapêutico que interfira na abrangência do conjunto de responsabilidades anterior (MENEZES; SÁ, 2010).

O termo “Problemas Farmacoterapêuticos” é utilizado pelo modelo de Minnesota no lugar de PRM e é definido como “qualquer evento indesejável sofrido pelo paciente envolvendo a farmacoterapia e que intervenha de maneira real ou potencial na evolução desejada para o paciente” (CARDOSO; PILOTO, 2015).

Portanto, diversos estudos convergem positivamente ao testarem a eficácia destes métodos. Ambos são bem aceitos e trazem muitos benefícios para o paciente melhorando a qualidade de vida e no controle da DM. Observa-se ainda a carência destes pacientes em se tratando de atenção é predominante, uma vez que são pouco assistidos por outros profissionais da saúde, provavelmente por falta de tempo ou adesão de outras funções sobrecarregando esses profissionais (LAZERI; SOUZA, 2007; PEREIRA; FREITAS, 2008; GUIDONE et al., 2009; GUIDONI et al., 2009; PLACIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009; VIEIRA, 2010; CORADI, 2012; RAMOS; KLUG; PRETTO, 2014; GOMES et al., 2014; CASTANHEIRA, 2015).

4 | CONCLUSÃO

O tratamento farmacoterapêutico, a complexidade dos esquemas, as mudanças nos hábitos são os grandes responsáveis pelas discontinuidades de tratamentos de DM, desta forma, esta nova filosofia farmacêutica põe o paciente como foco principal, tratando-o de forma humanizada e atuando na atenção primária, um nível considerado por pesquisadores e organizações mundiais de saúde como primordial para o tratamento dos pacientes portadores de DM e essencial na manutenção do tratamento e garantia de qualidade de vida.

Portanto, a partir deste estudo podemos concluir que os modelos de atenção farmacêutica são ainda atualizados e eficazes para o tratamento do DM, elevando a qualidade no tratamento do paciente. Contudo o profissional farmacêutico ainda é muito subutilizado, sendo esquecido e deixado fora da equipe multiprofissional da atenção primária para executar apenas ações administrativas, privando o portador de DM de um acompanhamento, individualizado, responsável, humanizado e mais seguro.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. O. S.; BASTOS, V.P.; ALENCAR, B. R.; FREITAS, I. V. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 32, n. 1, p. 89-94, 2011.
- AMARANTE, L. C.; SHOJI, L. S.; BEIJO, L. A.; LOURENÇO, E. B., MARQUES, L. A. M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v.31, n.3, p.209- 215, 2010.
- AMARANTE, L. C. et al. Propuesta de adaptación de La hoja de historia farmacoterapéutica del método Dáder para aprendices. *Revista Cubana de Farmacia*, v. 46, n. 2, p. 224-239, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 1. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- BRUNTON, L.L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 11. ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2006.
- CARDOSO, D. M.; PILOTO, J. A. R. Atenção Farmacêutica ao Idoso: Uma Revisão. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v.9, n.1, p.60-66, 2015.
- CASTANHEIRA, M. M. A importância da atenção farmacêutica prestada ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Especialize On-line IPOG*, Edição nº 10 Vol. 01/ 2015, 2015.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. Atenção farmacêutica: da teoria à prática: o que fazer e como fazer: Manual de Procedimentos. Fortaleza, 2003.
- CORADI, A. E. P. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.37, n. 2, p. 62-64, 2012.
- COSTA, J. M. et al. Otimização dos Cuidados Farmacêuticos na Alta Hospitalar: Implantação de um Serviço de Orientação e Referenciamento Farmacoterapêutico. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 38-41, 2014.
- EDUARDO, A. M. L. N.; DIAS, J.P.; SANTOS, P. K. Atenção Farmacêutica no Tratamento Oncológico em uma Instituição Pública de Montes Claros-Mg. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, v. 3, n. 1, p. 11-14, 2012.
- FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; LOCATELLI, J.; PETRICCIONE, S.; HAGA, C. S. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. *Einstein*, v. 9, n. 4, p. 456-460, 2011.
- GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 45, n. 1, 2009.
- GOMES, K. K. L. B. et al. Atenção farmacêutica a um portador de diabetes: relato de caso. *Boletim Informativo Geum*, v. 5, n. 1, p. 108-121, 2014.
- HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. Método Dáder – Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (versão em português europeu). *Programa Dáder*. 3. ed. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, 2014.
- IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). Diabetes Atlas, 6thedn. Brussels, Belgium:

- International Diabetes Federation. 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 22 de agosto de 2013.
- LAZERI, D. D.; SOUZA, P. R. K. Atenção Farmacêutica e o Tratamento de Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano III, nº 14, 2007.
- MEDEIROS, R. D. A, MORAES, J. P. Intervenções Farmacêuticas em Prescrições Médicas na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv.**, v. 5, n. 2, p. 26-29, 2014.
- MENESES, A. L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. *Revista de Geriatria & Gerontologia*, v. 4, n. 3, p. 153-61, 2010.
- MIELCZARSKI, R. G. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.17, v. 1, p. 71-78, 2012.
- OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. El papel del farmacêutico en la atención a salud. Informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japon, 31 ago. al 3 sep. de 1993. Washington: PAHO; 1995.
- OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.
- PEREIRA, L. R. L.; DE FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 4, 2008.
- PLÁCIDO, V. B.; FERNANDES, L. P. S. F.; GUARIDO, C. F.; Contribuição da Atenção Farmacêutica para pacientes portadores de diabetes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UNIMAR. *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 90, n 3, p. 258-263, 2009.
- RAMOS, C. I.; KLUG, J. C.; PRETTO, A. D. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. *Demetra*, v. 9, n. 2, p. 561-575, 2014.
- SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014.
- SHAW, J.E.; SICREE, R. A.;ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 87, n.1, p. 4-14, 2010.
- SHOJI, L. S. et. al. Perfil dos hipertensos usuários de medicamentos da Farmácia Popular de Alfenas – MG. Alfenas, 2009. <<http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/artigo%20laila%20luci.pdf>>. (Acesso em 02/02/2015)
- SOUZA, T. R. C. L. et. al. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição (2007): Um estudo piloto. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v.30, n.1, p.90-94, 2009.
- VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.
- ZANELLA, V.; ASSINI, F. L. Identificação de problemas relacionados com medicamentos em pacientes geriátricos na cidade de Concórdia – SC. *Revista Brasileira de Farmácia*, v.89, n.4, p.294-297, 2008.
- ZANELLA, C. G.; AGUIAR, P. M.; STORPIRTIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamento sem Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP. *Brasil Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 325-332, 2015.

ANÁLISES DE INDICADORES DE PRESCRIÇÕES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAPINZAL DO NORTE, MA

Larisse Carneiro da Frota Brito

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Teresina – PI

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Jefferson Alves Vieira da Silveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Laércio da Silva Gomes

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Luís Felipe Lima Matos

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Eduardo Lima Feitosa

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Douglas da Cruz Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – PI

RESUMO: A avaliação das prescrições nos serviços de saúde é uma tarefa significativa, uma vez que proporciona parâmetros para análise de serviços prestados na unidade

de saúde. Tais atividades avaliativas são consideráveis, visto que no setor saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial. Percebe-se a importância da presença de serviços de assistência farmacêutica nas unidades básicas, uma vez que, contribuem para garantia, segurança, eficácia, qualidade, o acesso e o uso racional dos medicamentos. Diante disso, o trabalho teve como objetivo avaliar os indicadores de prescrições preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Capinzal do Norte - MA. Este é um estudo descritivo das prescrições de medicamentos no período de primeiro de outubro à 31 de dezembro de 2017 utilizando os indicadores: número de medicamentos por receita, porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, porcentagem de medicamentos prescritos pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), porcentagem de antibióticos e de injetáveis prescritos. Os dados foram agrupados e analisados no Microsoft Excel 2010. Foram analisadas 258 receitas, totalizando 708 medicamentos, uma média de 2,74 medicamentos/receita. O percentual de antibióticos prescritos foi de 14,7% e 75,5% dos medicamentos foram prescritos pelo nome genérico. Os antibióticos apresentaram valores dentro do preconizado reduzindo a

chance do surgimento de cepas resistentes e mostrando um efetivo uso racional de medicamentos. Os medicamentos prescritos com o nome genérico ficaram abaixo do estabelecido pela OMS que é 100%. A porcentagem de medicamentos prescritos presentes na RENAME está dentro dos parâmetros preconizados pela OMS (70%). Há ausência da Comissão de Farmacoterapêutica na UBS. Concluindo-se que as prescrições seguiram em parte os critérios estabelecidos pela OMS e boas práticas médicas com ressalva a porcentagem prescrita pelo nome genérico e necessidade de implementar a Comissão de Farmacoterapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Análise de prescrição; Capinzal do Norte; Farmacoterapia.

ANALYSIS OF INDICATORS OF PRESCRIPTIONS IN A BASIC HEALTH UNIT IN THE CAPINZAL NORTH MUNICIPALITY, MA

ABSTRACT: The evaluation of prescriptions in health services becomes a significant task, since it provides parameters for the analysis of services provided in the health unit. Such evaluative activities are considerable, since in the health sector, medicines represent an essential instrument. The importance of the presence of pharmaceutical assistance services in the basic units, since they contribute to guarantee, safety, efficacy, quality, access and the rational use of medicines. Therefore, the objective of this study was to evaluate the indicators of prescriptions recommended by WHO in a UBS of the municipality of Capinzal do Norte-MA. In the study, a descriptive study of the medication prescriptions was carried out from October 1 to December 31, 2017 using the indicators: number of drugs per prescription, percentage of drugs prescribed by generic name, percentage of prescription drugs belonging to the National Relation of Medications (RENAME), percentage of antibiotics and injectables prescribed. The data were grouped and analyzed in Microsoft Excel 2010. A total of 258 recipes were analyzed, totaling 708 medicines, an average of 2.74 medicines/recipe. The percentage of antibiotics prescribed was 14.7% and 75.5% of the drugs were prescribed by the generic name. The antibiotics presented values within the recommended one reducing the chance of the emergence of resistant strains and showing an effective rational use of medicines. The drugs prescribed under the generic name are below that established by WHO which is 100%. The percentage of drugs prescribed in RENAME is within the parameters recommended by WHO (70%). The UBS do not have a Pharmacotherapeutic Commission. It was concluded that the prescriptions followed in part the criteria established by the WHO and good medical practices with the exception of the percentage prescribed by the generic name.

KEYWORDS: Prescription analysis; Capinzal do Norte; Pharmacotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2015) e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, garante

gratuitamente o acesso geral a serviços públicos de saúde e a medicamentos essenciais (BRASIL,1990). Desde a sua implantação, o atendimento na atenção primária tornou-se uma das portas de entrada do paciente no SUS preconizando a promoção e recuperação da saúde dos moradores da área de abrangência do serviço (CARLOS, 1997).

A implementação da avaliação dos indicadores nos serviços de saúde torna-se uma tarefa significativa, uma vez que proporciona parâmetros para análise de serviços prestados na unidade de saúde, incluindo a assistência farmacêutica e a qualidade de prescrições de medicamentos. Além disso, ela permite comparar as condições dos serviços prestados e do nível de resolutividade das ações desenvolvidas, tais como a promoção do uso racional de medicamentos (GIROTTTO; SILVA, 2006). Tais atividades avaliativas são consideráveis, visto que no setor saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, representando o segundo maior gasto dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo apenas para os recursos humanos (GIOVANELLA, 2009).

Dentre os parâmetros mais utilizados para esse tipo de avaliação estão a prescrições de medicamentos. Uma prescrição adequada deve conter: o mínimo de medicamentos possível, mínimos efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, mínimo de contraindicações, ação rápida, forma farmacêutica apropriada, posologia simples e por um curto espaço de tempo que garanta adesão ao tratamento (OMS,1998). Nessa perspectiva, percebe-se a importância da presença de serviços de assistência farmacêutica nas unidades básicas, uma vez que, que contribuem para garantia, segurança, eficácia, qualidade, acesso e o uso racional dos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). O acompanhamento e a orientação adequados evitam a polimedicação do paciente, que se define pelo emprego simultâneo de cinco ou mais medicamentos. Diante disso o trabalho teve como objetivo avaliar os indicadores de prescrições preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Capinzal do Norte, MA.

2 | METODOLOGIA

Para tal foi realizado um estudo descritivo das prescrições de medicamentos de uma UBS do município de Capinzal do Norte – MA no período de 1 de outubro à 31 de dezembro de 2017. Os indicadores recomendados pela OMS avaliados foram: número de medicamentos por receita, porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, porcentagem de medicamentos prescritos pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), porcentagem de antibióticos e de injetáveis prescritos. Utilizou-se o software Microsoft Excel 2010 para análise dos dados.

3 | RESULTADOS

	Capinzal do Norte, MA	OMS recomendado
Média de medicamentos por receita	2,74	2,0 ou menos
% de genérico	75,5	100
% RENAME	69,3	70
% antibióticos	14,7	20 ou menos
% injetáveis	0,99	10

Tabela 1 - Indicadores de Prescrição de Medicamentos do município de Capinzal do Norte, MA entre o período de outubro à dezembro de 2016.% de fármacos indicados presentes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 258 receitas, totalizando 708 medicamentos, uma média de 2,74 medicamentos/receita. Essa média de medicamentos/receita encontra-se fora do aceitável segundo a OMS, a qual considera 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição um resultado ideal e com menor tendência à polimedicação (WHO, 1993). É evidente que a quantidade de medicamentos na receita médica é, na maioria dos casos, diretamente proporcional a possibilidade de interações medicamentosas e efeitos adversos (FARIAS, 2007). O município de Capinzal do Norte apresentou média inferior ao encontrado na UBS do município de Ribeirão Preto (3,9), variando de 1 a 20 medicamentos por prescrição (ZANETTI, et al, 2017). Se comparado com outros municípios do Brasil, a quantidade de medicamentos por receita encontra-se acima do apresentado em Londrina (2,2), Fortaleza (2,2) e Araraquara (1,8) (SILVA, 2004; SANTOS; NITRINI, 2004; SIMÕES; LOPES et al., 1996; FEGADOLLI, 1996). Apesar da média acima do recomendado pela OMS, a UBS analisada encontra-se dentro da faixa nacional de medicamentos/prescrição, *i.e.*, de 2,0 a 2,8 (GIROTTI; SILVA, 2006).

Cerca de 75,5% dos medicamentos foram prescritos pelo nome genérico, porém o recomendado pela OMS é que 100% sejam pelo nome genérico. Entretanto o uso da denominação genérica encontra-se na média se comparado a de outros municípios, nos quais a frequência varia de entre 70,2 e 86,8% (PORTELA et al. 2012; GIROTTI; SILVA, 2006; SOUZA, et al, 2012). Isso ocorre porque nem todos os medicamentos necessários ou prescritos para determinado tratamento estão disponíveis como genéricos.

A prescrição segundo a Denominação Comum Brasileira facilita o acesso ao medicamento, através da compra ou de forma gratuita no serviço de saúde. Ademais,

medicamentos genéricos tendem a ser mais acessíveis na aquisição por serem menos onerosos ao paciente. Deve-se salientar ainda que a lei dos genéricos (9.787/1999) tendo grande relevância na promoção do uso racional de medicamentos e obriga as prescrições no âmbito do SUS devem ter medicamentos com o nome genérico. Entretanto, esse número inferior ao recomendado também pode ter ocorrido pelo fato da UBS não possuir uma Comissão de Farmacoterapêutica, a qual fica a cargo de formular e implementar políticas internas voltadas para a seleção, programação, dispensação e uso racional (SOUZA, 2012).

A porcentagem de medicamentos prescritos que constam na RENAME foi de 69,3%, mostrando de acordo com os preconizados pela OMS (70%). Dessa maneira, pode-se inferir que os prescritores têm conhecimentos dos medicamentos disponíveis no SUS e das principais terapias medicamentosas relacionadas com as patologias que mais atingem a população brasileira. Além disso, em casos pontuais é possível uma adequabilidade da lista de medicamentos essenciais do município, visto que muitos medicamentos podem inclusive interagir entre si e levar risco ao paciente mais vulneráveis (FARIAS, 2015).

A porcentagem de antibióticos prescritos foi de 14,7%, em conformidade com os parâmetros da OMS (<20%), sendo um ponto positivo, pois o uso irracional de antibióticos é um problema de saúde pública, uma vez que pode induzir por pressão seletiva o surgimento de bactérias resistentes. A UBS avaliada apresentou menor porcentagem de antibióticos quando comparada aos estudos de Souza e colaboradores (2012), ao qual observaram que 19% dos medicamentos prescritos eram antibióticos. A prescrição consciente e racional de antibiótico minimiza o risco de aparecimento de cepas bacterianas resistentes por pressão seletiva e reduz a quantidade de efeitos adversos como otites, nefrotoxicidade, alergias e supressão da medula e de células sanguíneas (LIMA, 2018; BRUNTON, 2015).

Em relação ao injetáveis, por ser uma via de administração invasiva, observa-se uma baixa ocorrência de prescrição desse tipo de forma farmacêutica. Dentre as desvantagens associadas ao uso dessas vias de administração, têm-se o aumento da possibilidade do surgimento de infecções por falta de assepsia, necroses teciduais ou reações anafiláticas (SANTOS e NITRINI, 2004).

5 | CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo foi possível observar que os prescritores na UBS avaliada seguiram os critérios propostos pela OMS para as boas práticas de prescrição médica, mas com uma ressalva na questão da prescrição dos medicamentos que tem que ser em sua totalidade prescritos com a denominação genérica. A criação da comissão farmacoterapêutica é fundamental para controle constante destes parâmetros, econômica de custos e medicamentos, além de determinação das diretrizes clínicas para melhor seleção dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990.
- BRASIL, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas**, 2015.
- BRUNTON, L.; PARKER, K. GOODMAN AND GILMAN: **Manual de Farmacologia e Terapêutica**. 2ª ed. Porto Alegre: MCGRAW HILL – ARTMED, 2015.
- CARLOS, I.C.C. O sistema integral de Assistência Farmacêutica no Ceará. In: Bonfim JRA, Mercucci VL (eds.). **A construção da política dos medicamentos**. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME. p. 107-37, 1997.
- FARIA, AMANDA IZARIAS. **Análise dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos contidos na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume) de Divinópolis-MG**. Journal of Applied Pharmaceutical Sciences – JAPHAC, v. 2, n. 1, p. 48-69, 2015.
- FARIAS, A. D. **Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 10, p. 149-156, 2007.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, Sarah; SENNA, M. de C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T. de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GIROTTI, E.; SILVA, P. V. da. **A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 2, n. 9, p.226-234, 2006.
- LIMA, R. Q; NUNES, P. C. **Lesão renal aguda pós uso de antibióticos**. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis, v. 2, n. 1, p. 172-185, 2018.
- LOPES, A. E. C.; TEIXEIRA, A. C. A.; GURGEL, M. L. F.; MIRANDA, M. C. C. **Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil**. INRUD, v.6 n.17, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, Seção 1. p. 18-22, 10 de novembro de 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia para Boa Prescrição Médica**. Porto Alegre: ARTMED, 1998.
- PORTELA, A. S.; SILVA, P. C. D.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D.; MONTENEGRO-NETO, A. N. **Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007**. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.21, n.2, p. 341-350, 2012.
- SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. **Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública, v.38, n.6, p.819-826, 2004.
- SATURNO, H. P. J. **Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores**. Atención primaria. v.18 n. 6 p.331-338, 1996.
- SILVA, P. V. **O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR** (dissertação de mestrado). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2004.

SIMÕES, M. J. S.; FEGADOLLI, C. **Consumo de medicamentos por prescrição na assistência básica à Saúde do Município de Araraquara, SP.** In: Programas e resumos do 1º Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia. Fortaleza: EUFC, p. 19-22, 1996.

SOUZA, J. M.; VINHOLES, E. R.; TRAUTHMAN, S. C.; GALATO, D. **Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina.** *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v.33, n.1, p.107-113, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators.** Geneva: World Health Organization, 1993.

ZANETTI, M. O. B.; MARCHETTI, J. M.; ANDRADE, R. C. G. de. **Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto - SP: estudo transversal.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.2, n.39, p.1-11, 2017.

ARGILOTERAPIA: UMA PRÁTICA TERAPÊUTICA NA INSERÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Bianca Aline Santos da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís - Maranhão

Jéssica Raiane Freitas Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís - Maranhão

Kássia de Fátima Sousa do Nascimento

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís - Maranhão

Eremita Val Rafael

Doutorado em Saúde Coletiva pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, São Luís – Maranhão.

RESUMO: extraída de rochas minerais ou lamas vulcânicas a argila possui um alto poder de absorção de toxinas e calor devido sua rica composição mineral. Existem várias cores de argila, a exemplo da verde, branca, vermelha, preta e cada cor possui propriedades distintas. Atualmente, a argiloterapia possui fins estéticos e terapêuticos que favorecem benefícios na reprodução celular, promove desintoxicação metabólica, estimula a circulação, é anti-inflamatória e antioxidante. Desse modo, as práticas integrativas surgem como um novo campo de cuidar na Enfermagem, saindo do estético para o terapêutico. **Métodos:** trata-

se de uma revisão narrativa da literatura desenvolvida a partir da consulta de artigos nas bases de dados científicos SciELO, Lilacs, Medline e Google Acadêmico. **Análise crítica:** para o uso das argilas de forma terapêutica considera-se sua composição mineralógica ou como estão distribuídos os seus grânulos. Por exemplo, as argilas vermelhas, verdes, amarelas, pretas e marrons, em geral possuem ação sobre a respiração celular, flacidez, estimulam músculos e articulações que se encontram enrijecidas, melhora a corrente sanguínea, ameniza inflamações e edemas, fortalece o sistema imunológico, sendo cicatrizantes, antissépticos, absorventes, bactericidas e analgésicos. A branca, contém propriedades cicatrizantes, além disso, possui ação clareadora, suavizante e antisséptica. O enfermeiro pode empregar a argiloterapia em várias situações, reduzindo custos, aumentando benefícios e diminuindo efeitos adversos. **Conclusão:** observa-se a premência de maior investimento em estudos relacionados a essa terapia e a implementação da argiloterapia nos cuidados de Enfermagem, pois é uma área nova, com amplas possibilidades de trabalho e seu custo-benefício é positiva.

PALAVRAS-CHAVE: Argiloterapia, Cuidados de Enfermagem, Benefícios.

ARGYLOPHERAPY: A THERAPEUTIC PRACTICE IN THE INSERTION OF NURSING CARE

ABSTRACT: Extracted from mineral rocks or volcanic sludge the clay has a high absorption power of toxins and heat due to its rich mineral composition. There are several clay colors, such as green, white, red, black and each color has distinct properties. Currently, clay therapy has aesthetic and therapeutic purposes that favor benefits in cell reproduction, promotes metabolic detoxification, stimulates circulation, is anti-inflammatory and antioxidant. In this way, the integrative practices appear as a new field of care in Nursing, going from aesthetic to therapeutic. **Methods:** this is a narrative review of the literature developed from the consultation of articles in the scientific databases SciELO, Lilacs, Medline and Google Scholar. **Critical analysis:** for the use of the clays of therapeutic form consider their mineralogical composition or how they are distributed their granules. For example, red, green, yellow, black and brown clays usually have action on cellular respiration, sagging, stimulate muscles and joints that are stiffened, improves blood flow, smoothes inflammation and edema, strengthens the immune system, being healing, antiseptic, absorbent, bactericidal and analgesic. The white contains healing properties, in addition, it has whitening, soothing and antiseptic action. The nurse can use clay therapy in several situations, reducing costs, increasing benefits and decreasing adverse effects. **Conclusion:** It is observed the urgency of greater investment in studies related to this therapy and the implementation of argilotherapy in Nursing care, since it is a new area with broad possibilities of work and its cost-benefit is positive.

KEYWORDS: Clay therapy, Nursing Care, Benefits.

1 | INTRODUÇÃO

“As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas” (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde aprova a Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). Instituiu no SUS abordagens de cuidado integral à população por meio de outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos. Estas ações de cuidado transversais podem ser realizadas na atenção básica, na média e alta complexidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população, sendo a argiloterapia ou geoterapia uma delas. O atendimento inicial é pela porta de entrada do SUS na Atenção Básica. É válido ressaltar que as PICS não substituem o tratamento tradicional e este deve ser indicado por um profissional habilitado

(BRASIL, 2015).

Em vista disso, em conjunto com o Governo Federal vários debates foram necessários para inserção das práticas integrativas, afim de garantir o bem-estar social e atenção integral à saúde.

A argiloterapia ou geoterapia é uma “terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos. A geoterapia, por meio de pedras e cristais como ferramentas de equilíbrio dos centros energéticos e meridianos do corpo, facilita o contato com o Eu Interior e trabalha terapêuticamente as zonas reflexológicas, amenizando e cuidando de desequilíbrios físicos e emocionais. A energia dos raios solares ativa os cristais e os elementos, desencadeando um processo dinâmico e vitalizador capaz de beneficiar o corpo humano” (Brasil, 2015).

Desse modo, o uso das argilas pelo ser humano vem desde os tempos remotos, na qual era utilizado para confecção de objetos do tipo “barro cozido” como tijolos, vasos, etc. Hodiernamente, este mineral é utilizado com maior importância para fins estéticos, mas possui também benefícios terapêuticos (BRANCO, Pércio 2008).

Extraída de rochas minerais ou lamas vulcânicas a argila possui um alto poder de absorção de toxinas e calor, isso ocorre devido a sua rica composição mineralógica. Existem várias cores de argila, a exemplo da verde, branca, vermelha, preta e cada cor possui propriedades distintas. Os estudos acerca da argiloterapia ou geoterapia ainda são restritos, o que dificulta um conhecimento mais abrangente (TAYOKI; OLIVEIRA, 2015).

A argiloterapia ou geoterapia é um tratamento estético e terapêutico que favorece benefícios como a reprodução celular, desintoxicação metabólica, estimula a circulação, é anti-inflamatória e antioxidante. Aplicada sobre a pele, em diversas partes do corpo, visando uma pele mais bonita e saudável.

Para o desenvolvimento deste trabalho foram encontradas dificuldades quanto às pesquisas mais específicas voltadas ao tratamento à saúde. Justifica-se a importância deste estudo por ser uma prática nova na área da saúde e a grande variedade de argilas existentes. As várias aplicações da argila só são possíveis após a sua modificação superficial. A modificação superficial de argilas é uma área que tem recebido bastante atenção, pois amplia os horizontes de aplicação, gerando novas pesquisas e novos campos de atuação para a enfermagem. Desse modo, objetivou-se descrever a importância da aplicabilidade dessa terapia e seus benefícios com uma alternativa não farmacológica.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo para descrever o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual, da interpretação e análise crítica e pessoal do pesquisador (BELO HORIZONTE, 2014). Foram utilizados sites de busca (Google Acadêmico), base de dados (SciELO, Lilacs e Bireme), periódicos publicados em revistas eletrônicas e acervo da Biblioteca da Universidade Federal do Maranhão. Como critérios de inclusão foram selecionados para esta revisão bibliográfica, artigos completos nos idiomas português e espanhol que relatassem o uso medicinal da argila no período de 2006 até o ano de 2018. E como critérios de exclusão os artigos que se apresentavam em forma de resumos, em outros idiomas e outras bases científicas, e ainda, fora do período determinado. As palavras utilizadas na busca foram: argila, argiloterapia, efeitos medicinais, enfermagem. A pesquisa que foi realizada no período entre os meses de maio a julho de 2018.

A análise das informações compiladas nos diversos estudos foi realizada de forma descritiva o que possibilitou reunir o conhecimento produzido na literatura e, ao mesmo tempo, apresentar a interpretação dos autores.

3 | ANÁLISE CRÍTICA

A argiloterapia baseia-se no uso das argilas de forma terapêutica, para isso deve-se considerar que estas agem de acordo com a sua composição mineralógica ou pela forma como estão distribuídos os seus grânulos, assim também, as cores são fatores contribuintes para esta diferenciação de ação (TAYOKI; OLIVEIRA, 2015).

As argilas possuem grande variação de minérios em sua composição e essa variedade influencia diretamente na sua ação terapêutica. Por exemplo, a vermelha é rica em óxido de magnésio, sódio e óxido de ferro; a verdes é rica em silício, zinco e óxido de ferro; amarelas são ricas em dióxido de silício e silício e as pretas e marrons são ricas em alumínio, titânio e magnésio (HENKE, 2012; GOPINATH et al., 2003; SAMPAIO, 2008; STARIOLO, 2009 apud LOPES; MEDEIROS, 2014).

E em geral possuem ação sobre a respiração celular, transferência de elétrons, flacidez, estímulo muscular e de articulações que se encontram enrijecidas, melhora a corrente sanguínea, ameniza inflamações e edemas, fortalecendo o sistema imunológico, sendo cicatrizantes, antissépticos, absorventes, bactericidas e analgésicos (MEDEIRO; LANZA, 2013; AMORIN; PIAZZA, 2010).

Por exemplo, a argila verde chamada também de montemolinorita é a argila mais indicada para o tratamento de dermatite seborreica no couro cabeludo, pois promove limpeza profunda e remove as células mortas do local devido ação adstringente, cicatrizante, oxigenante, antisséptica, secativa e bactericida (MASKICHI et al, 2015).

A branca, por seu elevado teor de alumínio, contém propriedades cicatrizantes, além disso, possui ação clareadora, suavizante, antisséptica e absorvente; esta seria a escolha para quem busca efeitos mais estéticos, por isso a enfermagem poderia usá-la como opção na redução do melasma gestacional (MEDEIROS, 2013; HAUCK, 2011; CLAUDINO, 2010 apud DAVID; ADAD; YASUNAGA, 2017).

Além disso, possui efeito positivo em casos de problemas estomacais e intestinais, úlceras, dor de cabeça, hipertensão, intoxicações e diversas outras condições também devido ao alto teor de silicato de alumínio e potássio ((LILLY, 1999; SCHUMANN, 1995 apud DAVID; ADAD; YASUNAGA, 2017).

A argila vermelha, por possuir alto teor de óxido de ferro e cobre, que agem diretamente na respiração celular, propriedade tensora, regulando fluxo sanguíneo e vascular é indicada quando há necessidade de reduzir flacidez e ativar a microcirculação (AMORIN; PIAZZA, 2010).

Outras aplicações de argilas e seus efeitos terapêuticos comprovados podem ser visto no tratamento de dermatite ocre em membros inferiores, queimaduras, na radioterapia e quimioterapia por evitar queimaduras, enjoos ou queda de cabelos e na cicatrização de ferida operatória. (ALVES, 2018; GUISONI; RIBEIRO, 2018; JORGE, 2011; LEITE, 2016).

Existem outras variedades de argilas, mas o que se busca explicar é que cada argila possui sua particularidade que influenciará nos resultados e que para que seu uso seja realmente terapêutico é necessário a avaliação de um(a) profissional que indicará a cor correta a ser utilizada, bem como a necessidade de utilizar-se outras terapias concomitantemente.

Essas argilas possuem grande potencial terapêutico e poderiam ser utilizadas, por seus efeitos citados, como ferramentas de baixo custo e acessíveis no tratamento, por exemplo, de lesões por pressão de estágio 1, em membros edemaciados por déficit de circulação, entre outras condições que afetam a saúde.

E o enfermeiro, tendo conhecimento dessa terapia, pode empregá-la em várias situações, reduzindo custos, aumentando benefícios e diminuindo efeitos adversos.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto observa-se a premência da implementação da argiloterapia ou geoterapia nos cuidados de Enfermagem. Devido a sua vasta disposição no solo, facilidade de aplicação, a redução de efeitos adversos e contraindicações.

O uso dessa terapêutica não apenas amplia o escopo de ferramentas passíveis de utilização pelo profissional de saúde, como também, traz consigo um ponto positivo para a adesão ao tratamento que é o conhecimento empírico da população acerca do produto. Se já o conhece, esta tende a rejeitar com menos frequência.

Portanto, é necessário um maior investimento em estudos relacionados a essa terapia, pois seus benefícios são diversos para o profissionais e clientes, além de ser

um tratamento de baixo custo.

REFERÊNCIAS

A. P. Chagas, **Argilas: as essências da terra**. Editora Moderna, S. Paulo (1996).

ADAD, Bruna Carla Silva; DAVID, Beatriz Silva; YASUNAGA, Eduardo Yukio. A argiloterapia no tratamento da dermatite seborréica no couro cabeludo. **Revista Reuni**, Jales, 8ª edição, out. 2017.

ALVES, Monica Rocha Rodrigues et al. Dermatite ocre em membros inferiores: estudo de caso interventivo com argila medicinal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, p. 266-268, June 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7670>>. Acesso em: 15 May 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.266-268>.

AMORIM, Monthanalmai do; PIAZZA, Fátima Cecília Poletto. **Uso das argilas na estética facial e corporal**. Universidade do Vale do Itajaí, 2010. 13 p. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/monthana%20imai%20de%20amorim.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2019.

APPOLINÁRIO, Fabio. **Dicionário de Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BRANCO, Pércio de Moraes. *As rochas* (curso de extensão para professores do Ensino Médio). (Inédito). **Dicionário de Mineralogia e Gemologia**. São Paulo: Oficina de Textos, 2008. 608 p. il. Disponível em: <http://www.cprm.gov.br/publique/Redes-Institucionais/Rede-de-Bibliotecas---Rede-Ametista/Canal-Escola/Rochas-1107.html>. Acessado em: 14 junho 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares**. Disponível em: <http://portalm.s.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acessado em: 01 julho 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il. ISBN 978-85-334-2146-2 1. Terapias Alternativas. 2. Práticas Integrativas e Complementares. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUISONI, Taise D. Giustina; RIBEIRO, Ivete Maria. **Benefícios da argila em procedimentos estéticos**. Repositório Institucional Unisul, 2018. Disponível em: <<https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5603/Artigo%20Taise%20%20Argila-%2012-08-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 maio 2019.

HUARD, L. **A argila ao serviço do corpo**. Portugal: Europa-America, 2007.

JORGE, Lucia Helena de Araújo. **Dossie técnico: argila- propriedades e utilizações**. SENAI/AM, 2011. Disponível em: <<http://respostatecnica.org.br/dossie-tecnico/downloadsDT/NTY4Nw==>>. Acesso em: 15 maio 2019.

LEITE, Cláudia Melo. **Argila verde e seu poder de cicatrização no pósoperatório de abdominoplastia**. Faculdade do Centro Oeste Pinelli Henriques - Manaus, 2011. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/199/5-Argila_verde_e_seu_poder_de_cicatrizacao_no_pós-operatório_de_Abdominoplastia.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.

LOPES, L. F. M.; MEDEIROS, G. M. S. **Argilas medicinais: potencial simbólico e propriedades terapêuticas das argilas em suas diversas cores**. Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, Santa Catarina, 2014. Disponível em: <<http://www.nucleogra.com.br/wp-content/uploads/2014/03/>

Argilas-Medicinais-Potencial-Simbolico-e-Propriedades.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

MAKISHI, Clarice Aparecida de Souza et al. Argiloterapia e óleos essenciais no tratamento da dermatite seborreica. **Revista Eletrônica BelezaIn**, 25 set. 17 p. 2015. Disponível em: < <http://www.belezain.com.br/adm/uploads/ARGILOTERAPIAokok%20E%20OLEOS%20ESSENCIAIS%20NO%20TRATAMENTO%20DA%20ALOPECIAok.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

MEDEIROS, G. M. S. **O poder da argila medicinal**: princípios teóricos, procedimentos terapêuticos e relatos de experiências clínicas. Blumenau: Nova Letra, 2013.

TOYOKI, B. K.; OLIVEIRA, A. C. T. **Argiloterapia: levantamento dos constituintes e utilizações dos diferentes tipos de argila**. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, São Paulo, 2015. Disponível em: < <http://belezain.com.br/adm/uploads/argilok144.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.

WERNER, F. **Literatura Tersyl GGY**. Disponível em:<<http://terramater.ind.br/>>. Acesso em: 13 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7670>>. Acesso em: 15 may 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Jessica Costa Brito Pacheco Moura

Hospital Regional Norte (HRN). Coordenadora de Enfermagem da Emergência Pediátrica. Sobral – CE.

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Departamento de Enfermagem. Programa de Mestrado em Enfermagem. Redenção – CE.

Ana Suzane Pereira Martins

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Departamento de Pós – Graduação em Enfermagem. Programa de Mestrado em Enfermagem. Teresina – PI.

Inez Sampaio Nery

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Departamento de Pós – Graduação em Enfermagem. Teresina – PI.

Eliziane Ribeiro Barros

Hospital Regional Norte (HRN). Enfermeira do Serviço de Estomaterapia. Sobral – CE.

Maria Simonia Gonçalves de Oliveira

Centro de Referencia em Infectologia de Sobral. Assistente Social - CRIS

Roselene Pacheco da Silva

Hospital Regional Norte – CE. Especialista em Enfermagem Cirúrgica.

Comumente a puérpera sente-se vulnerável, insegura, ansiosa e com dúvidas que permeiam o cuidado consigo e com o recém-nascido. Objetivo: Analisar as orientações e cuidados prestadas pelo enfermeiro à puérpera em Alojamento Conjunto. **Método:** Revisão integrativa da literatura, realizado a partir dos bancos de dados LILACS, SCIELO, BDEF e MEDLINE com os descritores previamente estabelecidos. Considerou-se critérios de inclusão artigo completo, publicado nos últimos cinco anos e com texto completo disponível. Inicialmente foram encontrados 30 artigos. Após análise dos títulos e resumos foram selecionados 15 para leitura e análise integral. Resultados: Em alojamento conjunto, os cuidados de enfermagem ao binômio mãe-bebê mais destacados foram orientações quanto ao aleitamento materno, cuidado envolvendo amamentação, banho e banho de sol do recém-nascido. Todas foram orientadas quanto à higiene íntima do recém-nascido, troca de fraldas e cuidados com o coto umbilical. O treinamento das mães é realizado de forma pratica no alojamento conjunto, através de profissionais qualificados. Em geral, as puérperas caracterizam positivamente o cuidado de enfermagem no período puerperal, principalmente em relação à educação em saúde, tornando-as aptas ao cuidado em seus domicílios. Conclusão: O enfermeiro exerce

RESUMO: Introdução: O puerpério constitui-se como período marcado por modificações biológicas e psicológicas na puérpera.

ações indispensáveis ao cuidado da puérpera e do recém-nascido, principalmente na educação em saúde. Junto à puérpera e o recém-nascido deve haver profissionais de saúde capacitados para atender às suas necessidades de cuidado, tornado sua permanência no alojamento conjunto um momento satisfatório e significativo para sua vivência.

NURSING CARE FOR PUERPERAL WOMEN IN JOINT HOUSING

ABSTRACT: Introduction: The puerperium is a period marked by biological and psychological changes in the puerpera. Commonly, the puerpera feels vulnerable, insecure, anxious and with doubts that permeate the care with itself and with the newborn. **Objective:** To analyze the guidelines and care provided by the nurse to the puerpera in Joint Accommodation. **Method:** Integrative literature review, carried out from the databases LILACS, SCIELO, BDNF and MEDLINE with the descriptors previously settled down. Inclusion criteria were considered complete article, published in the last five years and with full text available. Initially, found 30 articles. After analysis of the titles and abstracts, 15 were selected for reading and integral analysis. **Results:** In joint housing, the care of mother-infant binomial were the most breastfeeding, bathing and sunbathing newborn. All were oriented to the intimate hygiene of the newborn, Exchange of diapers and care with the umbilical stump. The training of mothers is carried out in a practical way in the joint accommodation, through qualified professionals. In general, the puerperas characterize positively the nursing care in the puerperal period, mainly in relation to health education, making them able to care in their homes. **Conclusion:** The nurse performs actions essential to the care of the puerperium and the newborn, especially in health education. Together with the puerperal and the newborn, there must be health professionals trained to attend to their care needs, making their stay in the accommodation a satisfactory and meaningful moment for their living.

1 | INTRODUÇÃO

O puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, ocasionadas pela gravidez e pelo parto no organismo materno, retornam ao estado não gravídico. Esse período tem início duas horas após a saída da placenta e término imprevisto, tendo em vista que a amamentação acarreta o desenvolvimento de alterações no organismo materno que impossibilitam o retorno dos ciclos menstruais à normalidade (FREITAS et. al, 2014).

Nesse momento as transformações desencadeadas pela maternidade repercutem não apenas nos aspectos relacionados a esfera genital e endócrina, mas ocasiona alterações em um contexto bem amplo, tanto na esfera biológica, como na psicológica. Comumente a puérpera sente-se vulnerável, com sentimento de insegurança, ansiedade e dúvidas que permeiam o cuidado consigo e com o recém-nascido, e ainda com relação aos reajustes familiares necessários para o

processo de adaptação frente as mudanças impostas durante todo o processo de transição, podendo inclusive, evoluir para o desenvolvimento de características que tem relação com o puerpério patológico (STREFLING et. al, 2017).

Dessa forma, durante essa fase existe um elevado risco para o aparecimento e desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico, visto que após o nascimento da criança, a maioria das mulheres direcionam as suas defesas, tanto físicas quanto psicossociais, para a proteção e fragilidades da criança e em relação as possibilidades de experimentarem sentimentos contraditórios com o da maternidade idealizada (FREITAS et.al,2014).

Por se tratar de um período considerado de riscos, a qualificação dos cuidados de enfermagem torna-se imprescindíveis, tendo como base a prevenção de intercorrências, o conforto físico e emocional, com ênfase em ações educativas que possam oferecer à mulher ferramentas para cuidar de si e do (a) filho (a). Essas ações precisam ser permeadas pelo respeito às limitações e necessidades de cada puérpera, e também proporcionar um cuidado que esteja de acordo com a demanda de cada mulher (PEDRO et. al, 2017).

Dentro desse contexto e na busca por de ampliar abrangência, bem como a qualidade dos cuidados prestado ao longo dos anos no Sistema Único de Saúde (SUS) tem ocorrido algumas as mudanças nas políticas públicas de saúde, principalmente, no que diz respeito a Assistência à Saúde da Mulher (EBLING et. al, 2018). Nessa perspectiva, a partir da década de 70 surgiu o sistema de alojamento conjunto que surgiu da necessidade de criar condições capazes de minimizar os riscos de agravos à saúde das puérperas e recém-nascidos, possibilitando um relacionamento favorável entre o binômio desde nascimento (PERINE, 2014).

O alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar de ambos. Esse sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como o fornecimento de orientações em relação aos cuidados com o binômio mãe e filho (BRASIL, 1993). Esse modelo de atenção possibilita também a oferta de uma assistência integrada, visando trabalhar os aspectos emocionais da puérpera, dos familiares e do recém-nascido, bem como adaptá-los aos cuidados gerais de higiene, conforto e segurança (PERINE, 2014).

Destaca-se que no contexto do sistema de alojamento conjunto uma das principais funções do enfermeiro tem relação com o exercício do cuidado, devendo para tanto oferecer condições que possibilitem o desenvolvimento de confiança, bem como o processo de aprendizagem em relação as orientações oferecidas. Com esse estudo objetivou-se analisar as orientações e cuidados prestados pelo enfermeiro à puérpera em Alojamento Conjunto.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura. Este consiste em um método que analisa e sintetiza os resultados obtidos a partir de publicações científicas sobre uma determinada temática com a finalidade de elaborar uma explicação mais aprofundada e específica (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta é composta por seis etapas, onde ocorre a síntese de estudos anteriores sobre o tema em estudo, análise do conhecimento já produzido e apontamentos sobre questões que podem ser respondidas em novos estudos⁶

Inicialmente, definiu-se como questão norteadora: Quais as orientações e cuidados prestados pelo enfermeiro à puérpera em Alojamento Conjunto?

Após isto, realizaram-se as buscas de artigos nas Bibliotecas digitais e bases de dados nacionais e internacionais, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foram utilizados os descritores “Enfermagem”, “Alojamento Conjunto” e “Cuidados de Enfermagem”. Nas buscas, os termos foram associados através do booleano AND.

Foram considerados critérios de inclusão artigos publicados e disponibilizados integral e gratuitamente nos últimos cinco anos, com recorte temporal entre janeiro de 2013 a setembro de 2018.

A análise e síntese dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando a categorização dos dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados a partir do uso dos descritores estabelecidos, foram selecionados 30 artigos para leitura integral, de onde foram definidos os 15 artigos para compor a análise nesta pesquisa por se relacionarem à temática e se adequarem ao objetivo proposto, abaixo destacados:

Autor/Ano	Título	Objetivo	Biblioteca	Tipo de estudo
SOUZA, M. G, et. al/2015	A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto	Conhecer as preocupações das, mulheres primíparas acerca do trabalho de parto e parto; identificar ações do enfermeiro para amenizar os sentimentos das mulheres.	BDENF	Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa

REIS, C. C., et. al/2017	Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro Parto: implicações para o cuidado de enfermagem	Estudar a percepção das mulheres sobre o primeiro parto no contexto obstétrico de uma maternidade do Recife.	SCIELO	Pesquisa descritiva e qualitativa
SILVA, N. M. et.al/2014	Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva	Identificar o conhecimento das puerperas sobre aleitamento materno exclusivo.	SCIELO	Descritivo de abordagem qualitativa
PEDRO, D. R. C., et al/2017	Sizing of nursing staff of a pediatric clinic at a university hospital	Dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem de um alojamento conjunto pediátrico; e comparar o quadro dimensionado ao real apresentado	BDENF	Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.
DULFE, P. A. M., et. al/2015	O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intrahospitalar	Analisar os cuidados de enfermagem instituídos aos recém-nascidos em alojamento conjunto que, posteriormente, passaram por transferência intra-hospitalar.	BDENF	Pesquisa descritiva, exploratória, quanti-qualitativa,
BRITO, R. S. et. al/2014	Conhecimento de profissionais de saúde acerca da distribuição do leite humano pasteurizado	Verificar o conhecimento da equipe de saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva neonatal e/ou alojamento conjunto, quanto à solicitação do leite humano pasteurizado.	BDENF	Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa
FIQUEIREDO, M. S. et.al/2015	Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública.	Identificar o grau de satisfação de puérperas quanto à Qualidade da Assistência (QA) no Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade pública.	BDENF	Pesquisa descritiva quantitativa
COSTA, A. M. S. et. al/2015	Cuidado de enfermagem às puérperas soropositivas para o hiv diante da impossibilidade de amamentação natural	Conhecer a experiência do enfermeiro no cuidado às puérperas soropositivas para o HIV a respeito da amamentação; identificar a interação do enfermeiro com as mulheres com HIV a respeito da impossibilidade de amamentação.	BDENF	pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa
STREFLING I. S. S., et al/2017	Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto	Conhecer a percepção das puérperas sobre o atendimento dos profissionais de Enfermagem no alojamento conjunto	BDENF	Estudo qualitativo exploratório-descritivo,
COSTA, L. C., et. al/2015	Possibilidades para a promoção do cuidado De enfermagem no alojamento conjunto: Visão da equipe	Analisar as possibilidades para promoção do cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto, através da visão da equipe de enfermagem.	SCIELO	Estudo descritivo, qualitativo

EBLING, S. B. D., et. al/2018	Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas	Conhecer como se dá o cuidado de enfermagem na visão de mulheres puérperas de uma maternidade, durante a permanência no Alojamento Conjunto.	BDENF	pesquisa descritiva com abordagem qualitativa
FREITAS, D. R., et. al/2014	Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro	Conhecer o entendimento dos enfermeiros do alojamento conjunto sobre depressão pós-parto; e identificar a percepção desses enfermeiros relativa à importância das orientações sobre depressão pós-parto às puérperas.	BDENF	pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa
PERINE, C., et. al/2014	Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência	Relatar a experiência da equipe de enfermagem do alojamento conjunto de uma maternidade do Rio de Janeiro quanto ao uso da técnica de banho de <i>ofurô</i> , associando aos benefícios do relaxamento e assistência humanizada já descritos na literatura.	BDENF	Relato de experiência
HANSON, C. et al/2015	Maternal mortality and distance to facility-based obstetric care in rural southern Tanzania: a secondary analysis of cross-sectional census data in 226 000 households.	Avaliar a mortalidade relacionada à gravidez por distância às unidades de saúde e por causa da morte em uma área rural desfavorecida do sul da Tanzânia.	MEDLINE	Estudo transversal
SANTOS, A. L., et. al/2015	Participação de avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes.	Conhecer o papel das avós no processo de cuidado a filhos de mães adolescentes.	LILACS	Estudo descritivo de natureza qualitativa

Sendo o puerpério um período marcado pelas dúvidas e anseios do cuidado consigo e com o recém-nascido, a permanência da puérpera no alojamento conjunto deve oferecer uma assistência qualificada que proporcione autoconfiança, aprendizado e melhor vínculo da puérpera para cuidar do recém-nascido.

O alojamento conjunto demanda uma atenção e assistência individualizada para com os pacientes. Neste ambiente a enfermagem pode prover melhores resultados com relação ao treinamento materno através de demonstrações práticas de cuidados com coto umbilical, troca de fraldas, observação e evacuações e micção, bem como as cólicas e formas alternativas de aliviá-las, prevenção de dermatites, autocuidado materno, benefícios do aleitamento materno, entre outras orientações (COSTA et. al, 2015).

A mortalidade neonatal é um componente importante no que se refere à mortalidade infantil. A saúde da puérpera e do recém-nascido neste período é fundamental para evolução da saúde materno-infantil nos períodos seguintes. Entre os objetivos que devem ser considerados nesse período são: avaliação da situação

de saúde da puérpera e do RN; orientação e apoio para a manutenção efetiva da amamentação; orientação nos cuidados básicos com o RN, avaliação da interação do binômio mãe-bebê; e identificação de situações ou risco de intercorrências; orientar e conduzir a mulher, se necessário, ao planejamento familiar (BRASIL, 2006).

Entre uma das orientações mais abordadas durante a permanência no alojamento conjunto é a amamentação. Esta deve ser vivida como algo que traga satisfação e prazer, ressaltando-se que a enfermagem tem extrema importância nesse processo. Há a responsabilidade de apoiar as mulheres e suas famílias, influenciando de forma positiva o processo para evitar possíveis problemas, como ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal (SILVA, et. al, 2014).

Sendo assim, o principal foco assistencial da enfermagem durante a permanência do binômio mãe-bebê está na educação e orientação materna e familiar. A efetiva atuação da equipe de enfermagem está diretamente ligada ao alcance da dimensão educativa que auxilia a autonomia materna, que é fundamental para o planejamento de alta (COSTA et. al, 2015). Essa assistência tem ainda efeito positivo sobre a mortalidade materna, como hemorragia pós-parto, hipertensão e eclâmpsia induzida por pré-eclâmpsia na gravidez e infecções, são evitáveis por meio de estratégias que necessitam de poucos recursos, como investimento no transporte e acesso ao cuidado (HANSON et al., 2015).

Para Figueiredo et. al (2015), o autocuidado denomina-se como livre escolha sobre as ações pela puérpera, de forma a manter uma boa qualidade de vida e reduzindo risco para doenças, relacionada diretamente a estas ações. Tais orientações vão além do desejo de satisfação pela assistência de enfermagem, intencionando a realização de um trabalho educativo e reconhecimento sobre a importância da presença do enfermeiro neste período.

Em estudo de Costa et. al (2015) foram relatadas dificuldades na implementação de uma assistência de enfermagem adequada nos serviços de alojamento conjunto. A maior se concentrou na quantidade reduzida de recursos humanos.

Sabe-se que a qualidade da assistência de enfermagem prestada no alojamento conjunto está diretamente relacionada às condições de trabalho. Dessa forma, o dimensionamento de enfermagem tem importância primordial para aumento no nível de qualidade da assistência. Seguindo disso, o planejamento das ações de enfermagem pelo enfermeiro sofre influência direta do número de colaboradores, o que pode gerar sobrecarga de trabalho em determinado momento. Esta é uma realidade diária em alojamento conjunto, pois o déficit de trabalhadores é evidente na categoria profissional (PEDRO et. al, 2017).

O cuidado de enfermagem tem importância indispensável em todas as etapas do processo gravídico-puerperal. Em todas estas etapas, deve-se destacar a importância da subjetividade das mulheres, pois além do cuidado centrado nos aspectos biológicos das gestantes, puérperas e do recém-nascido, deve haver a abordagem do cuidado conforme as necessidades individuais, sendo o cuidado de

enfermagem visto de forma diferente e singular por cada puérpera (SOUZA, et. al, 2015; FREITAS et.al, 2014; DULFE et. al, 2015).

Estudo de Costa et. al relata que as dificuldades relatadas associadas a fatores maternos ou familiares e que influenciaram na assimilação das orientações de cuidado, foram pouca idade materna e baixo nível de escolaridade, que pode dificultar a prestação de cuidados no alojamento conjunto (COSTA et. al, 2015; REIS et. al, 2017).

É necessário que o enfermeiro compreenda a mãe e o contexto em que está inserida. Dessa forma o direcionamento do cuidado a si mesma e ao filho, considerando os aspectos culturais e experiências passadas. O enfermeiro deve, ainda, não se considerar o detentor do saber técnico e científico, mas sim buscar alternativas de cuidado que associem ambos os conhecimentos para que haja uma melhor adesão às orientações propostas (RAMOS et. al, 2014, BRITO et. al, 2014).

Segundo estudo de Strefling et. al (2017) afirma que, em geral, as puérperas mostram-se satisfeitas com os cuidados e orientações de enfermagem prestados durante permanência em alojamento conjunto. No entanto, outras realidades possam ainda conviver com o estilo biomédico assistencialista, onde as condutas de cuidado são baseadas apenas nos aspectos biológicos da puérpera, tornando-se insuficiente para suprir as necessidades particulares de cuidado e orientação que o puerpério traz consigo.

É necessário que haja uma escuta sensível das necessidades e anseios da puérpera e das pessoas envolvidas no processo de cuidado. Isso proporciona a construção de uma relação de confiança e condições para realização do autocuidado precoce que repercute no processo de readaptação de uma forma saudável.

Além disso, para que o cuidado de enfermagem seja humanizado e integral, é necessário que os profissionais desenvolvam habilidades interpessoais para planejamento da assistência de forma organizada, sistematizada e cientificamente embasada, considerando os aspectos culturais e subjetividades individuais dos sujeitos assistidos.

Em geral, as puérperas assistidas em alojamento conjunto afirmam estar satisfeitas com a assistência de enfermagem (FIGUEIREDO et. al, 2015). Para que isso seja possível, é necessário que haja entrosamento e interesse da equipe de interdisciplinar e da família da puérpera, promovendo segurança, conforto, cuidado adequado e experiência satisfatória.

Mais que isso, é necessário ainda que o enfermeiro lide com situações de cuidado que envolvem particularidades pessoais de saúde da puérpera. Deve propiciar um ambiente amistoso que facilite a interação enfermeiro-puérpera. Estudo de Costa et. al (2015) aborda a interação do enfermeiro com as mulheres com HIV sobre a possibilidade de amamentação. Não só estimulando e orientando os comportamentos habituais ocorrentes no puerpério, é necessária a promoção da interação do enfermeiro com estas puérperas, para que não ocorra constrangimento

durante sua permanência no alojamento conjunto. É necessário ainda estratégias alternativas para fortalecimento do vínculo mãe-bebê, visto que a amamentação é contraindicada.

Deve ser prestado cuidado de enfermagem qualificado, com base na prevenção de intercorrências, fornecendo-se apoio físico e emocional, com atenção às ações educativas que forneçam às puérperas o conhecimento necessário para o cuidado consigo e com o recém-nascido, de modo que se respeitem as limitações e as necessidades das mulheres, de acordo com a demanda de cada uma delas.

Nesse momento, a Enfermagem exerce papel primordial no exercício do cuidado, ao englobar uma série de competências, como habilidades manuais e técnicas, pensamento crítico, conhecimento, habilidades humanísticas e de educação. No entanto, para um cuidado qualificado, é necessário o componente relacional com quem recebe o cuidado, fazendo com que a mulher se sinta confiante, tranquila e acolhida pela equipe de enfermagem no período puerperal. Deve-se, ainda, ampliar nas puérperas a percepção de que na ação educativa os conhecimentos adquiridos se ampliam além do contexto vivenciado na gravidez e no puerpério, já que esses serão permanentes em todo o processo de viver.

4 | CONCLUSÃO

As alterações ocorridas no organismo materno durante o período puerperal são responsáveis por ocasionar grande instabilidade em relação ao comportamento materno, aspectos relacionados a esfera biológica e psicológica, refletindo inclusive nos cuidados maternos a serem realizados ao neonato.

Nesse panorama o sistema de alojamento conjunto apresenta uma configuração capaz de permitir o contato direto do neonato com a genitora durante maior período de tempo no ambiente hospitalar, configurando-se como uma importante estratégia de cuidado implantada no Sistema Único de Saúde. Outro aspecto capaz de contribuir grandemente com os cuidados prestados tem relação com a atuação do profissional de enfermagem, que deve ser capaz de prover uma efetiva interação entre o binômio mãe e filho, oferecer apoio emocional, conforto e calor humano, dada as circunstâncias do processo de parturição.

Diante dos dados encontrados, é notória a importância de uma assistência de enfermagem direcionada e que vise ações voltadas para a educação em saúde materna e familiar, bem como o incentivo e o envolvimento das puérperas quanto ao aleitamento, estimulando principalmente a autonomia materna. Para este fim, é fundamental que as autoridades competentes tenham sensibilização contínua das necessidades estruturais e operacionais demandadas por esses espaços, direcionando assim os investimentos necessários.

REFERÊNCIAS

- BRITO, R. S. *et al.* Conhecimento de profissionais de saúde acerca da distribuição do leite humano pasteurizado. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 6, n. 1, p. 261-70, jan-mar, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COSTA, A. M. S. *et al.* Cuidado de enfermagem às puérperas soropositivas para o HIV diante da impossibilidade de amamentação natural. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 7, n. 2, p. 2310-22, abr-jun, 2015.
- COSTA, L. C. *et al.* Possibilidades para a promoção do cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: visão da equipe. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*, v. 28, n. 4, p. 529-37, 2015.
- DULFE, P. A. M. *et al.* O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intra-hospitalar. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), n. 7, n. 2, p. 2287-97, abr-jun, 2015.
- EBLING, S. B. D. *et al.* Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 10, n. 1, p. 30-35, jan.-mar. 2018.
- FIGUEIREDO, M. S. *et al.* Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no alojamento conjunto de uma maternidade pública. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 7, n. 3, p. 2697-2706, jul-set, 2015.
- FREITAS, D. R. *et al.* Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 6, n. 3, p. 1202-11, jul-set, 2014.
- HANSON, C. *et al.* Maternal mortality and distance to facility-based obstetric care in rural southern Tanzania: a secondary analysis of cross-sectional census data in 226,000 households. *Lancet Glob Health.*, v. 3, n. 7, p. 387-95, 2015.
- Ministério da Saúde (BR). Normas Básicas para Alojamento Conjunto - Passo 7 / Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- PEDRO, D. R. C. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem no alojamento conjunto pediátrico de um hospital universitário. *Rev. enferm. UFPI*, v. 6, n. 3, p. 4-10, jul-set, 2017.
- PERINI, C. *et al.* Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 6, n. 2, p. 785-92, ab.-jun, 2014.
- RAMOS, E. M. *et al.* O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Rev. enferm. UERJ*, v. 22, n. 2, p. 245-50, mar-abr, 2014.
- REIS, C. C. *et al.* Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc. enferm.*; v. 23, n. 2, p. 45-56, mai., 2017.
- SANTOS, A. L. *et al.* Participação de avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes. *Rev Min Enferm, Belo Horizonte*, v. 19, n. 1, p. 55-59, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/985/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.
- SILVA, N. M. *et al.* Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 2, p. 290-5, mar-abr, /2014.

SOUZA, M. G. *et al.* A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 7, n. 1, p. 1987-2000, jan-mar, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1; p. 102-106; jan/mar 2010. [acesso 22 ago. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online), v. 9, n. 2, p. 333-9, abr-jun, 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS, ECONÔMICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS NO ESTADO DO MARANHÃO

Marcos Ronad Mota Cavalcante

Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luis, Maranhão.

Ana Hélia de Lima Sardinha

Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
São Luis, Maranhão.

Paloma Rocha Reis

Pós-graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
São Luis, Maranhão.

Dannylo Ferreira Fontenele

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
São Luis, Maranhão.

Luis Felipe Castro Pinheiro

Médico pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA.
São Luis, Maranhão.

Felipe Moraes da Silva

Acadêmico de Enfermagem Universidade Federal do Maranhão.
São Luis, Maranhão.

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla ocasionada pela falta de secreção de insulina ou pela incapacidade de ação da mesma,

e evolui de forma lenta e progressiva. Seu tratamento passa por mudanças nos hábitos de vida e uso de medicamentos. O aumento de sua prevalência é caracterizado como uma epidemia, que onera não só os serviços de saúde, mas diminui o poder aquisitivo e provoca problemas aos pacientes e suas famílias. **OBJETIVO:** Caracterizar aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos de portadores de diabetes mellitus. **MÉTODOS:** Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Diabetes Mellitus: Avaliação do Conhecimento” aprovado sob o parecer nº 1.297.555/HUUFMA. Trata-se de um estudo analítico, transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de setembro de 2017 a março de 2018. Foi aplicado questionário que avaliou os dados socioeconômicos, demográficos e clínicos. A estatística foi realizada utilizando medidas de frequência absoluta, porcentagens, médias e desvio-padrão. **RESULTADOS:** Foram estudados 308 portadores de DM. Houve predomínio do sexo feminino (68,5%), acima de 60 anos (54,8%), casados ou em união estável (48,4%), escolaridade (51%) e renda (65,3%), cor/raça parda (48,4%), aposentados (46,4%), do interior do estado (51,6%). A maior parte diabetes tipo II (76,6%), realizando tratamento (95,8%), diagnóstico a menos de 5 anos (33,8%), não monitoram glicemia capilar (88,3%), faz uso de medicamentos (94,2%),

atividade física (56,8%), ex-etilista (41,6%) e ex-tabagista (41,6%). **CONCLUSÃO:** A concentração maior de mulheres e idosos infere uma preocupação maior para com os cuidados de saúde. A baixa escolaridade e renda são fatores que tendem a acarretar a esse perfil de pacientes maiores chances de desenvolver agravamentos da doença. O fato de que a maior parte dos pacientes é procedente do interior do Estado implica em dizer que o tratamento fora da capital ainda é precário. A maior prevalência de pacientes como DM tipo II, também era esperada, devido sua etiologia de caráter comportamental majoritariamente, a maioria dos pacientes possuía diagnóstico recente. Foi identificado que a maioria dos pacientes não realizava monitoramento glicêmico, porém realizavam o tratamento e em contrapartida não realizavam nenhuma atividade física, esse dado permite inferir que a preocupação da população no tratamento de suas doenças ainda é pautada fortemente sob o aspecto biomédico, com grande apelo ao aspecto farmacológico e uma subutilização dos aspectos comportamentais como determinantes do processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil, Diabéticos, Maranhão.

CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO BRASIL

Vitória Ferreira do Amaral

Enfermeira, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: vyctoriaamaral@hotmail.com.

Maria Socorro Carneiro Linhares

Enfermeira, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil.

E-mail: socorocarneiro1@gmail.com.

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA, Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

Luíza Jocymara Lima Freire Dias

Enfermeira, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: luizajocymarafreire20@gmail.com.

João Vitor Teixeira de Sousa

Enfermeiro, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: joaovitorts11@hotmail.com.

José Kelton Ribeiro

Geógrafo, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: keltongeo9@gmail.com

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Enfermeira, Docente, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anasuelen15@hotmail.com

Ana Célia Oliveira Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: anacelia@gmail.com

RESUMO: Objetivo: Identificar as principais características da hanseníase em <15 anos no Brasil a partir da literatura. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contemplou a base da América Latina & Caribe (AL&C). Foram identificados 952 estudos a partir dos descritores (hanseníase AND criança AND adolescente AND epidemiologia). **Resultados:** A partir dos critérios de inclusão na base de dados foram identificados 50 artigos. Destes, seguindo a análise e refinamento da pesquisa, 11 estudos repetidos e 25 estudos não atenderam a pergunta norteadora. Para análise e aprofundamento do estudo selecionou-se 14 artigos que atenderam os critérios de inclusão e exclusão. No Brasil, no período de 2001 a 2013, foram 543.677 novos casos de hanseníase, sendo 6,4% < 15 anos. **Conclusão:** O estudo permitiu evidenciar que existe contraste

territorial no Brasil em relação ao número dos casos de hanseníase identificados em adultos como em crianças. O contraste das diferentes taxas de detecção de casos novos diagnosticados no Brasil é reflexo das peculiaridades de cada região, como a diferença por sexo, o que revela os desafios na formulação de estratégias eficazes aos gestores no combate e controle da hanseníase.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Criança; Adolescente; Epidemiologia; Enfermagem; Serviços de Saúde Escolar.

KEYWORDS: Leprosy; Child; Adolescent; Epidemiology; Nursing; School Health Services.

PALABRAS CLAVE: Lepra; Niño; Adolescente; Epidemiología; Enfermería; Servicios de Salud Escolar.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença endêmica, infectocontagiosa e de curso crônico que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae* (M. Leprae), bacilo álcool-ácido resistente com tropismo periférico, com importante potencial de causar lesões irreversíveis e incapacitantes, que podem afetar a realização das atividades diárias, além de ser uma doença carregada de estigma e preconceito, o que afeta de modo direto o convívio social dos sujeitos acometidos (BRASIL, 2017; SILVEIRA; COELHO; RODRIGUES, 2014).

No Brasil, a hanseníase é um importante problema de saúde pública, sendo o segundo país em âmbito mundial com maior número de detecção de casos novos de hanseníase. Na Região das Américas, o Brasil contribuiu com 92,3% dos casos novos diagnosticados em 2017, sendo que dos 26.875 casos novos diagnósticos com hanseníase em território brasileiro, 1.718 dos casos acometem crianças, alocando o Brasil como o terceiro país com a maior carga endêmica de hanseníase em menores de 15 anos (MONDIALE DE LA SANTÉ, 2018; PATIL, 2013).

A detecção da hanseníase em criança é um indicador de vigilância da doença, que permite medir a cobertura dos serviços de saúde no combate e controle da hanseníase, por conta da implicação na manutenção da transmissão ativa do bacilo, com a sugestão de existência de caso índice de bacilífero não tratado e sem acompanhamento pelo serviço de saúde (BRASIL, 2017; LASTÓRIA; ABREU, 2014).

Crianças que vivem em áreas endêmicas e que tem contato familiar com caso de hanseníase têm 60% a mais de risco em desenvolver a doença (PATIL, 2013). Apesar do aumento do risco de desenvolver a doença, a patogenicidade da hanseníase está associada a resposta imunológica dos indivíduos infectados com o hospedeiro (BRASIL, 2017; OMS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em resposta a tal problemática de

saúde pública em relação a hanseníase, desde o ano de 1992, traça estratégias políticas e financeiras que orientam o combate e controle da doença. Como medida de reforçar a detecção da hanseníase em nível mundial, lançou no ano de 2016 a “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020”, em prol da eliminação local e global, a partir da detecção precoce de casos novos, com enfoque nas crianças. A OMS espera que a partir do desenvolvimento dessa estratégia ocorra a detecção em tempo oportuno ao início do tratamento, antes da instalação de sequelas e incapacidades físicas, e por ventura a redução do estigma e a discriminação dos doentes (OMS, 2016).

A partir do contexto mundial e nacional da hanseníase, compreendendo os impactos que a hanseníase pode gerar no âmbito pessoal, social, como físico, o objetivo do presente estudo é identificar quais são as principais características da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil a partir da produção científica, visto que é o meio que permite melhor a apropriação de temáticas de alto impacto, e que merece destaque pela comunidade acadêmica e gestores públicos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, um tipo de revisão da literatura que permite reunir ampla gama de estudos quantitativos e qualitativos, de diferentes fundamentações metodológicas acerca de uma temática (SOARES; HOGA; PEDUZZI et al, 2014; DOOLEN, 2017).

A revisão integrativa contemplou seis etapas para o processo de produção (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). A primeira etapa objetivou definir a pergunta norteadora, tema ou hipóteses do estudo. Dessa forma, a pesquisa teve como questionamento “Quais são as principais características epidemiológica da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil a partir da produção científica?”.

Na segunda etapa, ocorreu a busca dos artigos nas bases de dados científicas, que contemplassem a pergunta norteadora, a partir da definição de critérios de inclusão e exclusão (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). As buscas foram realizadas no mês de agosto de 2018 no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por ser um espaço que congrega a produção científica e técnica em saúde da América Latina & Caribe (AL&C). Assim foram contempladas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Os termos utilizados na busca foram de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) intermediados pelo operado booleano “AND” (hanseníase AND criança AND adolescente AND epidemiologia).

Os critérios de inclusão pré-delimitados na base de dados foram: artigos publicados no período de 2013 a 2018, tendo o Brasil como país local de estudo. Posterior a seleção primária dos estudos na base de dados, os artigos selecionados

foram lidos na íntegra e aplicado o critério de inclusão atender a pergunta norteadora. Os critérios de exclusão foram: estudos que não atenderam a tipologia de artigo e que não estivessem relacionados com a pergunta norteadora, assim como os repetidos.

Na terceira etapa foi realizada a extração dos dados a partir dos critérios e categorização dos estudos (SOARES; HOGA; PEDUZZI, et al., 2014; SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). Dessa forma, o instrumento criado, apresentou as categoriais: tipo de estudo, autores, estado, período de análise e desenvolvimento da pesquisa, ano de publicação, base de dados de origem e características epidemiológicas evidenciadas na pesquisa. Na quarta etapa, os estudos selecionados foram examinados de forma minuciosa e aplicado o sistema de classificação de evidências, como método de melhor selecionar as evidências científicas, e de contribuir com a Prática Baseada em Evidências (PBE) (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). Os estudos foram classificados de acordo com o nível de evidência científica do Centro Oxford (PHILLIPS; BALL; SACKETT, 2018). Na quinta etapa foi realizada a apreciação das evidências para produção dos resultados e discussões (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A sexta etapa contemplou a revisão das informações para apresentação dos resultados do estudo (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Como medida para verificar algum erro no processo de produção, o estudo nessa etapa foi reavaliado e corrigido, como estratégia de buscar refinamento das informações e eximir vícios.

Foram identificados 952 estudos na base de dados com a associação dos descritores (Hanseníase AND Criança AND Adolescente AND Epidemiologia). A partir dos critérios de inclusão filtrados na base de dados a busca identificou 50 artigos, desses, seguindo a análise e refinamento da pesquisa, 11 estudos eram repetidos e 25 estudos não atenderam a pergunta norteadora. Para análise e aprofundamento da temática em estudo, selecionou-se 14 artigos que atenderam todos os critérios de inclusão e exclusão.

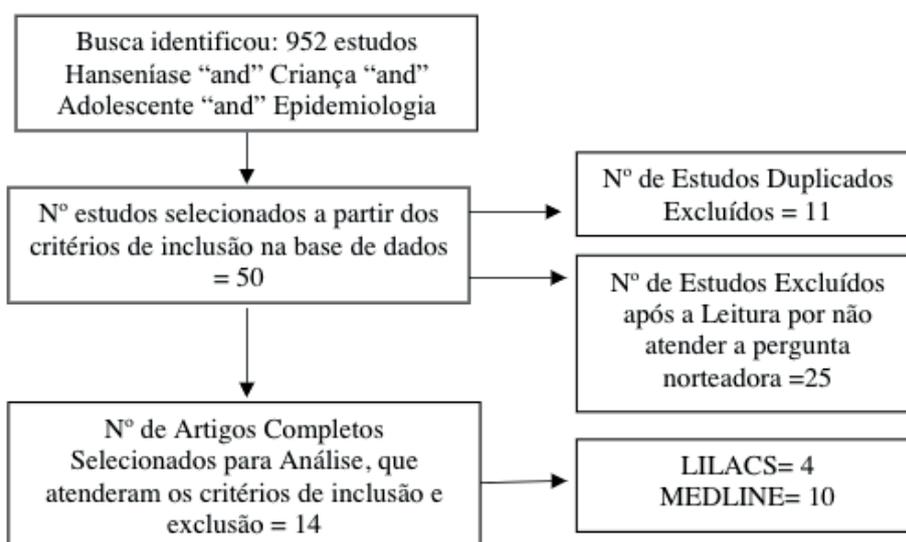


Figura 1 Fluxograma do processo de revisão para busca, identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão.

RESULTADOS

A partir da análise dos artigos, estes foram caracterizados a partir do: tipo de estudo, autores, estado e local de análise, período de análise ou desenvolvimento da pesquisa, ano de publicação, características epidemiológicas e nível de evidência científica, conforme descritos no Quadro 1.

Tipo de estudo	Autores	Estado e Local de análise	Período de análise ou desenvolvimento da pesquisa	Ano de Publicação e Base de dados	Principais Características Epidemiológicas Resumos	Nível de Evidência Científica
Ecológico	Cabral MW, Chiaravalloti NF, Barrozo LV.	Nordeste Bahia	2005-2011	2014 MEDLINE	1.674 novos casos de hanseníase em <15 anos foram registrados na Bahia, que representam 7,87% dos casos em geral (21.278). As taxas globais caíram de 0,88/10.000 em 2005 para 0,52 em 2011. As análises dos padrões espaciais de hanseníase <15 anos estado da Bahia de 2005 a 2011 revelou que as taxas permanecem muito altas, embora continuem a diminuir.	IV
Epidemiológico, descritivo	Levantezi M, Moreira T, Sena NS, De Jesus AL.	Brasil	2011	2014 MEDLINE	Os resultados do estudo mostraram que 2.420 <15anos com doença de Hansen em 2011 foram distribuídos em 5565 cidades, 692 cidades registraram a ocorrência de 1-10 casos da doença, um total de 1489 casos (61%); 35 cidades mostraram 15 a 25 casos, 544 (22-5%); e oito cidades notificaram 25 casos ou mais, totalizando 87 casos (16%), portanto, cerca de um terço dos casos de doença de Hansen em menores de 15 anos no Brasil no ano de 2011 estão concentrados em 43 cidades brasileiras.	IV
Descritivo e Retrospectivo	Porto ACS, Figueira RB FC, Barreto JA, Lauris JRP.	Sudeste São Paulo	2007 a 2011	2015 LILACS	174 casos novos de lepra foram diagnosticados durante o período estudado, 71 (41%) em mulheres e 103 (59%) em homens. 4 (2,2%) casos foram detectados em <15 anos.	IV

Descritivo, fonte secundária	Rocha, MCN, Lima RB, Stevens A, Gutierrez MMU, Garcia LP.	Brasil	2004 a 2009-SIM 1975-2010-SINAN	2015 LILACS	Dos 1.463 óbitos por hanseníase registrados no SIM, 44,2% não foram encontrados no SINAN. Do total dos óbitos, a maioria foi de homens (72,5%), com 60 ou mais anos de idade (56,6%), ocorridos em hospitais (65,3%) e com assistência (45,8%). Destaca-se o registro de óbitos na população <15anos, que correspondeu a 0,8% do total.	IV
Retrospectivo	Santos VS, Santo LC, Lôbo LVR, Lemos LMD, Gurgel RQ, Cuevas LE.	Nordeste Aracajú	2001-2012 SINAN	2015 MEDLINE	A incidência de hanseníase e a prevalência e grau de deficiência associada em <15 anos em Aracaju, Sergipe, Nordeste do Brasil, apresentou uma taxa média de detecção foi de 16,5/100.000 crianças menores de 15 anos. A incapacidade física foi associada à presença de nervos afetados e lepra multibacilar.	IV
Descritivo, retrospectivo	Matos EVM, Ferreira AMR, Palmeira IP, Carneiro DF.	Norte Belém	2003-2013	2015 LILACS	Média do coeficiente de detecção anual da hanseníase em <15 anos foi de 34,9 por 100 mil habitantes. O sexo masculino sendo 55,8% (266). O modo de detecção predominante foi o de encaminhamentos com 54,7% (261). A forma clínica de destaque foi a tuberculóide com 38,6% (184) dos casos. A média dos contatos registrados foi de 4,36 contatos por cada caso notificado, totalizando 2.082. Coeficiente de detecção anual na série histórica de menores de 15 anos, apresenta uma média de 32,4 no período de 2003 a 2012, em 2013 apresentou parâmetro de muito alto.	IV
Retrospectivo e descritivo	Queirós MI, Ramos AN, Alencar CHM, Monteiro LD, Sena AL, Barbosa JC.	Nordeste Fortaleza	2007-2011	2016 MEDLINE	Dos 475 casos novos de hanseníases atendidos no Hospital Universitário do Ceará, a maioria dos pacientes era do sexo feminino (246; 51,8%) e branca (327; 68,8%), 6,3% das crianças com menos de 15 anos. Nos achados clínicos a cor branca foi mais frequente.	IV
Ecológico	Santos SD, Penna GO, Costa MCN, Natividade MS, Teixeira, MG.	Nordeste Salvador	2007 a 2011 SINAN	2016 MEDLINE	145 casos novos em menores de <15 anos residentes em Salvador, correspondendo as taxas de detecção de 6,21, 6,14, 5,58, 5,41 e 6,88 /100,000 habitantes, por ano do estudo. A incidência foi maior nas meninas (51,7%) e na faixa etária de 10 a 14 anos (59,3%). A tuberculóide (44,1%) foi a forma clínica mais comum. Entre os casos de PB (60,7%), houve maior proporção de meninas (56,8%), adolescentes na faixa etária de 10-14 anos (48,9%) e a forma clínica tuberculóide (69,3%). No grupo de casos de MB, que representaram 39,3% de todos os casos analisados, predominância de adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos (75,4%), meninos (56,3%) e a forma clínica limitrofe da doença (59,7%). A forma clínica lepromática da doença foi encontrada em casos com idade entre oito e 14 anos, com maior frequência com 11 anos de idade (30%).	IV
Revisão da Literatura	Oliveira MBB, Diniz LM.	Brasil	2011	2016 MEDLINE	Em 2011, o Brasil apresentou 2.287 novos casos de hanseníase em <15 anos, representando 6,7% do número total de casos relatados em todo o país, com um coeficiente de detecção de 4.89 casos por 100.000 habitantes, refletindo um índice médio de endemicidade. A taxa mais alta encontrada foi no Norte, com 11,91 casos por 100 000 habitantes, seguido pelo Nordeste (8,12), Médio Oeste (7,25), Sudeste (1,35) e Sul (0,33), todos por 100,000 habitantes.	IV
Epidemiológico Retrospectivo	Nazario AP, Ferreira J, Faccini-Schuler L, Fiegenbaum M, Artigalás O, Vianna FSL.	Rio Grande do Sul Sudeste	1990-2011	2017 MEDLINE	Entre 1990 e 2011, foram notificados 4.770 casos (0,21 / 10.000 habitantes), 1,9% dos casos entre as crianças e mais multibacilares (74,7%) no momento do diagnóstico. Porém a taxa de hanseníase de 1990-2011 em menores de 15 anos diminuiu quando comparada com os anos 80 (1,9% vs 3,0%).	IV

Retrospectivo	Pinto ACVD, Wachholz PA, Silva GS, Masuda PY.	Sudeste São Paulo	2004 a 2012	2017 MEDLINE	18 novos casos de hanseníase em <15 anos foram identificados durante o período, com uma média de idade de 10,0 ± 3,6 anos (16,6% de 0-5 anos) e 55,6% do gênero feminino. Após a admissão hospitalar, 66,7% apresentaram sintomas de pele; 33,3%, sintomas neurais; 27,8% já apresentaram deficiência (grau 2). A maioria multibacilar (66,7%). Metade dos novos casos desenvolveram uma reação durante, enquanto 22,2% desenvolveram uma deficiência posterior. O tempo médio entre os primeiros sintomas e o diagnóstico foi de 11 meses (4-24). O contato domiciliar com lepra foi confirmado em 77% dos casos.	IV
Transversal, descritivo, analítico	Bandeira SS, Pires CA, Quaresma JAS.	Norte	2017	2017 MEDLINE	41 casos de hanseníase <15 anos, dos 45 diagnosticados em uma unidade de saúde. O modo de detecção em 33 participantes (80,5%); 19 (46,3%) foram vistos por 3 ou mais médicos para obter um diagnóstico e 26 (63,4%) receberam outros diagnósticos. O intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de mais de 1 ano em 30 casos (73,2%). A lepra limitrofe foi a forma clínica predominante (48,8%); 63,4% apresentaram lepra multibacilar, 31,7% dano nervoso e 17,1% deficiências físicas.	IV
Analítico não concorrente e de dados secundários	Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker MA, Nery JAC, Jerônimo SMB, Sarno EN.	Brasil	2001-2013	2017 MEDLINE	543.677 novos casos de hanseníase foram relatados no Brasil de 2001 a 2013. Sendo 6,4% eram menores de 15 anos. A porcentagem de novos casos com 60 ou mais anos de idade aumentou 6% enquanto a proporção de novos casos em crianças menores de 15 anos era variável.	IV
Descritivo, analítico	Freitas BHBM, Cortela DCB, Ferreira SMB.	Centro-Oeste Mato Grosso	2001-2013 SINAN	2017 LILACS	2.455 casos novos de hanseníase foram registrados no período de 2001 a 2013 em <15anos, uma taxa média de detecção de 22,7 por 100 mil habitantes. A tendência do coeficiente de incidência geral em <15 anos diminuiu, com uma taxa média anual de -5,5%. A tendência crescente foi observada com um aumento de 6,7% na proporção de casos multibacilares, 9,4% de casos diagnosticados com forma clínica dimórfica e 14% dos casos com deficiência física nível 2 no momento do diagnóstico. Os casos paucibacilares vem diminuindo, enquanto os multibacilar aumentando.	IV

Quadro 1 Caracterização dos estudos primários sobre hanseníase em menores de 15 anos, incluídos na revisão integrativa, Brasil, 2018.

DISCUSSÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, estando presente desde as primeiras civilizações antes de Cristo (a.C). O local de origem não é certo, podendo ser na Ásia ou na África. No Brasil os primeiros registros de casos surgiram durante o período colonial com o tráfico de escravos africanos (LASTÓRIA; ABREU, 2014). A doença ainda permaneça em território brasileiro, sendo um problema de saúde pública, com perfil endêmico em nível local e nacional.

No Brasil, no período de 2001 a 2013, foram registrados 543.677 novos casos de hanseníase, sendo 6,4% menores de 15 anos (NOBRE; ILLARRAMENDI; DUPNIK, et al., 2017). Houve um decréscimo na taxa de detecção da hanseníase entre 2015 a 2017, porém o país ainda mantém grande parte da carga endêmica da doença em âmbito nacional e mundial, com 1.718 casos novos de hanseníase diagnosticados em menores em 15 anos no ano de 2017 (SILVEIRA; COELHO; RODRIGUES, 2014).

As regiões com as maiores taxas de hanseníase por 100.000 mil habitantes na população menor de 15 anos no ano de 2011, foram as regiões Norte (11,91 casos)

e Nordeste (8,12 casos), seguido por Centro Oeste (7,25 casos), Sudeste (1,35 casos) e Sul (0,33 casos) (OLIVEIRA; DINIZ, 2016). No mesmo ano, um estudo epidemiológico avaliou que os casos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil estão concentrados em 43 cidades (LEVANTEZI; MOREIRA; SENA NETO, et al., 2018).

As diferenças das taxas de hanseníase por regiões podem estar associadas a fatores ambientais, as condições socioeconômicas que contribuem com a distribuição espacial da hanseníase, como existe a hipótese da associação de corpos d'água em áreas geográficas (CABRAL-MIRANDA; CHIARAVALLI NETO; BARROZO, 2014). O acesso aos serviços de saúde, a educação e a distribuição de renda, são fortes fatores que contribuem para a heterogeneidade na distribuição da hanseníase.

O agente etiológico da hanseníase o *Mycobacterium leprae* pode se desenvolver em seres humanos de todas as faixas etárias, sem distinção de gênero, sexo e renda. Porém, a OMS avalia que homens são mais acometidos pela hanseníase do que as mulheres, na proporção estimada de dois para um (WHO, 2019).

Em dois estudos desenvolvidos com a população menor de 15 anos na região Sudeste do Brasil, em períodos semelhantes entre 2004 a 2012, registraram maior incidência da hanseníase no gênero feminino, sendo de modo respectivo 55,6% e 51,7% (PINTO; WACHHOLZ; SILVA, et al., 2017; PORTO; FIGUEIRA; BARRETO, et al., 2015.). Resultados similares aos encontrados na região Sudeste, foram evidenciados na região Nordeste em dois estudos desenvolvidos no período de 2007 a 2011, sendo um estudo retrospectivo e o segundo ecológico, o sexo feminino teve maior incidência, com 51,8% dos casos acompanhados em um hospital universitário, e destes 56,8% foram diagnosticados com a forma clínica paucibacilar (QUEIRÓS; RAMOS JR; ALENCAR, et al., 2016; SANTOS; PENNA; COSTA, et al., 2016).

A região Norte do Brasil em específico a cidade de Belém do Pará, no período de 2003 a 2013 registrou maior prevalência da hanseníase em crianças do gênero masculino, com uma frequência de 55,8% dos casos (MATOS; FERREIRA; PALMEIRA, et al., 2015). Cabe destacar, que na população menor de 15 anos não há evidências que comprovem a preponderância do sexo masculino ou feminino (PATIL, 2013). Ambos estão expostos aos fatores socioeconômicos, ambientes, como familiar, caso tenha parentes ou contatos sociais com hanseníase.

Em relação a classificação, desde 600 a.C a hanseníase é classificada com base nas diferentes formas de manifestação. A partir da instituição da poliquimioterapia (PQT) em 1981, a OMS buscou adotar uma classificação simplificada que facilitasse o diagnóstico e a instituição do tratamento. Assim, de 1981 até 1996, a OMS adotou três tipos de classificação para a hanseníase. A classificação de 1996, é a mais atual e adotada no Brasil para fins da instituição da PQT, que define os casos de hanseníase em paucibacilar (PB) a presença de até cinco lesões dermatológica, e multibacilar (MB) os casos que apresentam mais de cinco lesões (BRASIL, 2018; GASCHIGNARD; GRANT; THUC, et al., 2016).

No entanto, apesar da classificação da hanseníase em PB ou MB, a classificação de Madrid (1953) ainda é aplicada no Brasil, por permite uma categorização de acordo com os critérios clínicos bacteriológicos, imunológicos e histológico, que defini a hanseníase na forma indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB) (BRASIL, 2018; SILVEIRA; COELHO; RODRIGUES, 2014; GASCHIGNARD; GRANT; THUC, et al., 2016).

Em estudos retrospectivo, transversal e descritivo, desenvolvidos de forma respectiva nas regiões do Sudeste, Norte e Centro-Oeste, apresentaram evidências que os casos MB foram os que tiveram maior registro, correspondendo a 66% dos casos no período de 2004 a 2012 na região Sudeste, 63,4% no ano de 2017 na região Norte. Na série histórica da região Centro-Oeste houve um aumento anual de 6,7% dos casos multibacilares (PINTO; WACHHOLZ; SILVA, et al., 2017; BANDEIRA; PIRES; QUARESMA, et al., 2017; FREITAS; CORTELA; FERREIRA, 2017).

Em 2017 a OMS registra o aumento do número de casos de hanseníase MB, dos 28.067 casos novos notificados no referido ano, 19.843 são do tipo MB (SILVEIRA; COELHO; RODRIGUES, et al., 2014). Os casos MB são os que apresentam a maior carga do bacilo *M. Leprae*, contribuindo para uma efetiva transmissão comunitária (BRASIL, 2018; LASTÓRIA; ABREU, 2014).

A região Nordeste no período de 2007-2011 apresentou perfil com maior incidência de casos de hanseníase PB com 60,7% dos casos, na faixa-etária de 10 a 14anos (48,9%), apesar que em estudo retrospectivo desenvolvido na cidade de Aracaju em Sergipe no Nordeste (2001-2012) evidencia a incidência de desenvolvimento de incapacidades físicas, que estão associadas a presença da forma MB. A forma clínica com maior destaque nas regiões do Brasil, é a tuberculóide, com registro de 44,1% na região Nordeste, e 36,8% na região Norte. Os casos de hanseníase classificados na forma PB ou tuberculóide, são as formas clínicas que apresentam melhor resposta imunológica contra o *Mycobacterium leprae* (SANTOS; PENNA; COSTA, et al., 2016; MATOS; FERREIRA; PALMEIRA, et al., 2015).

As crianças que desenvolvem hanseníase na faixa etária de zero a nove anos é um forte indicador de exposição a casos multibacilar, assim como as crianças que desenvolvem na faixa etária de 10 a 14 anos, podendo está associado a longos períodos de exposição e incubação do bacilo (PATIL, 2013).

O diagnóstico da hanseníase é confirmado com a baciloscopia, o método do raspado interdérmico e de baixo custo, que confirma a presença do bacilo a partir da bacteriológica do fluído linfático em lesões cutâneas suspeitas, ou sem infiltrações como nas orelhas. No entanto, os bacilos na forma PB raramente são detectados. O diagnóstico da forma PB contrasta ainda como um desafio, devido à dificuldade de detecção do bacilo, assim, o método o diagnóstico da hanseníase nesta forma é centrado em sinais e sintomas clínicos, em alguns casos podem ser pelos métodos histopatológicos (BRASIL, 2018; BARBIERI; VENDAS; ILLARRAMENDI, et al., 2014).

As regiões Sudeste (2004-2012) e Norte (2017) apresentaram maior incidência de casos de hanseníase MB, com percentuais respectivos de 66% e 63,4%, além do maior número de casos com lesões e incapacidades. Na região Sudeste 22,2% dos casos têm incapacidades, no Norte 17,1% apresentaram incapacidades físicas e 31,7% danos neurais. Do total dos casos registrados na região Sudeste no período de 2004 a 2012, 77% dos casos foi confirmado a existência de contato domiciliar com casos de hanseníase (PINTO; WACHHOLZ; SILVA, et al., 2017; BANDEIRA; PIRES; QUARESMA, et al., 2017).

Em análise 1.463 casos de óbitos por hanseníase em todo Brasil registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2004-2009, dos 1.463 óbitos por hanseníase, 0,8% do total ocorreu em menores de 15 anos (ROCHA; LIMA; STEVENS, et al., 2015).

A detecção precoce de novos casos de hanseníase, tem como enfoque o início da poliquimioterapia em tempo oportuno, para reduzir os riscos de lesões e incapacidades físicas permanentes (GASCHIGNARD; GRANT; THUC, et al., 2016; SANTOS; SANTOS; LÔBO, et al., 2015; NAZARIO; FERREIRA; SCHULER-FACCINI, 2017). Por isso, a necessidade dos Estados membros da OMS, que apresentem elevada endemicidade invistam e na detecção precoce de casos novos de hanseníase, antes da instalação de incapacidades visíveis e com enfoque nas crianças, visto que é a principal estratégia para a quebra da cadeia de transmissão comunitária.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu evidenciar que existe contraste territorial no Brasil em relação ao número dos casos de hanseníase identificados em crianças, como em adultos, o que exige a reavaliação das políticas de combate e controle adotada pelos gestores, pois a hanseníase continua concentrada em algumas regiões do Brasil, como a região Nordeste. Enquanto algumas regiões estão conseguindo reduzir a carga bacilar, contribuindo com a eliminação da doença em nível nacional.

O contraste das diferentes taxas de detecção de casos novos diagnosticados de hanseníase no Brasil é reflexo das peculiaridades de cada região, como a própria diferença de distribuição dos casos de hanseníase, como por sexo dos estudos analisados quanto ao que é previsto pela OMS, o que revela os desafios na formulação de estratégias eficazes na detecção de casos novos de acordo com o perfil epidemiológico e os fatores ambientais e sociais de cada território nacional. Enquanto a persistência de casos na forma MB e que não tenha iniciado o tratamento, é uma alerta de transmissão do bacilo.

A revisão apresentou limitações, como a falta de estudos de todas as regiões do Brasil no espaço temporal analisado. Porém, foi possível identificar que é necessário

reforçar as estratégias que contribuam com detecção precoce de novos casos hanseníase, como as ações de buscas ativas, com enfoque em territórios com maior risco epidemiológico à doença, apesar dos desafios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniose.pdf>.

SILVEIRA, M.G.B.; COELHO, A.R.; RODRIGUES, S.M. et al. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicol Soc**. Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 517-527, ago. 2014.

MONDIALE DE LA SANTÉ, Organisation et al. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy—Situation de la lèpre dans le monde, 2017: reduction de la charge de morbidité due à la lèpre. **Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire**, v. 93, n. 35, p. 445-456, 2018.

PATIL, R.R. Determinants of Leprosy with Special Focus on Children: A Socio-Epidemiologic Perspective. **American Journal of Dermatology and Venereology**, v.2, n.2, p. 5-9, 2013.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - Part 1. **An Bras Dermatol**, v. 89, n.2, p. 205–218, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Pan-Americana da Saúde. **SEARO: Organização Mundial da Saúde**, 2016.

SOARES, C.B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014 .

DOOLEN, J. Meta-analysis, systematic, and integrative reviews: An overview. **Clinical Simulation in Nursing**, EUA, v.1, p. 28-30, 2017.

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

PHILLIPS, B.; BALL, C.; SACKETT, D. et al. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1>. Acesso em: 24 dez. 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, 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, Dez. 2008 .

NOBRE, M.L.; ILLARRAMENDI, X.; DUPNIK, K.M., et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: lessons from an observational study. **PLoS Negl Trop Dis.**, v.11, n.2, p. 1-14, 2017.

OLIVEIRA, M.B.B.; DINIZ, L.M.; Hanseníase em menores de 15 anos: revisão da literatura. **An Bras Dermatol.**, v.91, n.2, p. 196-203, 2016.

LEVANTEZI, M.; MOREIRA, T.; SENA NETO, S. et al. Leprosy in children under fifteen years in Brazil, 2011. **Lepr Ver**, v.85, n.2, p. 118–22, 2018.

CABRAL-MIRANDA, W.; CHIARAVALLI NETO, F.; BARROZO, L.V. Socio-economic and

environmental effects influencing the development of leprosy in Bahia, north-eastern Brazil. **Trop Med Int Health**, v.19, p. 1504–14, 2014.

WHO. **World Health Organization: Transmission**. Disponível em: <http://www.who.int/lep/transmission/en/>. Acesso em 01 maio de 2019.

PINTO, A.C.V.D.; WACHHOLZ, P.A.; SILVA, G.V. et al. Perfil da hanseníase em menores de 15 anos acompanhados em um centro de referência brasileiro (2004-2012). **An Bras Dermatol**, v.92, n.4, p. 583-385, 2017.

PORTO, A.C.S.; FIGUEIRA, R.B.F.C.; BARRETO, J.A. et al. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. **An Bras Dermatol**, v.90, n.2, p. 172-80, 2015.

QUEIRÓS, M.I.; RAMOS JR, A.N.; ALENCAR, C.H.M.; et al. Perfil clínicoepidemiológico de pacientes com hanseníase atendidos em hospital universitário no Ceará entre 2007 e 2011. **An Bras Dermatol**, v.91, n.3, p. 311-317, 2016.

SANTOS, S.D.; PENNA, G.O.; COSTA, M.C.N, et al. Leprosy in children and adolescents under 15 years old in an urban centre in Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v.111, n.6, p.359-364, 2016.

MATOS, E.V.M.; FERREIRA, A.M.R.; PALMEIRA, I.P. et al. Conjuntura epidemiológica da hanseníase em menores de quinze anos, no período de 2003 a 2013, Belém – Pa. **Hansen Int**, v.40, n.2, p. 17-23, 2015.

GASCHIGNARD, J.; GRANT, A.V.; THUC, N.V. et al. Pauci- and Multibacillary Leprosy: Two Distinct, Genetically Neglected Diseases. **PLoS Negl Trop Dis**, v.10, n.5, p. e0004345, 2016.

BANDEIRA, S.S.; PIRES, C.A.; QUARESMA, J.A.S. et al. Nerve Damage in Young Patients with Leprosy Diagnosed in an Endemic Area of the Brazilian Amazon: A Cross-Sectional Study. **J Pediatr**, v.185, p.143-148, 2017.

FREITAS, B.H.B.M.; CORTELA, D.C.B.; FERREIRA, S.M.B. Trend of leprosy in individuals under the age of 15 in Mato Grosso (Brazil), 2001-2013. **Rev Saúde Pública**, v.51, n.28, 2017.

BARBIERI, R.R.; VENDAS, A.M.; ILLARRAMENDI, X. et al. Diagnostic challenges of single plaque-like lesion paucibacillary leprosy. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v.109, n.7, p. 944-947, 2014.

ROCHA, M.C.N.; LIMA, R.B.; STEVENS, A, et al. Epidemiological investigation of reported deaths having as the primary cause of leprosy occurred in Fortaleza, Ceará, 2006-2011. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.4, p. 1017-1026, 2015.

SANTOS, V.S.; SANTOS, L.C.; LÔBO, L.V.R, et al. Leprosy and disability in children younger than 15 years in an endemic area of northeast Brazil. **Pediatr Infect Dis J**, v.34, p.44–47, 2015.

X *Leprosy in Southern Brazil: a twenty-year epidemiological profile*. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.50, n.2, p.251-255, 2017.

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM LESÃO POR PRESSÃO ATENDIDOS EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS

Márcia Mara Cavalcante da Silva

Enfermeira pós-graduada na modalidade de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência UNINTA/SCMS- Sobral/Ceará.

Eliziane Ribeiro Barros

Enfermeira Estomoterapeuta do Hospital Regional Norte- Sobral/ Ceará.

Uilma Silva Sousa

Mestranda do programa de mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- PPCCLIS/ UECE. Pós-graduada na modalidade de Residência em Urgência e Emergência UNINTA/SCMS- Sobral/ Ceará.

José Flason Marques da Silva

Enfermeiro pós-graduado na modalidade de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência UNINTA/SCMS- Sobral/Ceará.

Antônia Smara Rodrigues Silva

Enfermeira pós-graduada na modalidade de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência UNINTA/SCMS- Sobral/Ceará.

Jessica Costa Brito Pacheco

Especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Enfermeira Hospital Regional Norte- Sobral/ Ceará.

Ana Suzane Pereira Martins

Mestre em Enfermagem UFPI. Enfermeira Hospital Regional Norte- Sobral/ Ceará.

Raila Souto Pinto Menezes

Mestre em Saúde da Família-UVA. Professora do Curso de Enfermagem UNINTA- Sobral/ Ceará.

Maria Cláudia Galdino Araújo Lima

Enfermeira Estomoterapeuta Hospital Regional

Norte- Sobral/ Ceará.

RESUMO: O estudo teve como objetivo caracterizar os pacientes assistidos na unidade de cuidados críticos quanto à ocorrência de lesão por pressão durante internação. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e transversal, abordagem quantitativa, realizada na unidade de cuidados críticos do setor de urgência e emergência do hospital de ensino Santa Casa de Misericórdia de Sobral, tendo sido aprovada pelo comitê de ética sob parecer CEP N° 2.196.740. A coleta de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2017. No período de um mês, 25 pacientes atenderam ao critério de inclusão, dentre estes, 06 foram transferidos para outro setor e 03 evoluíram a óbito, totalizando 16 pacientes para análise dos resultados da pesquisa. Entre os 16 pacientes, 08 desenvolveram LP, apontando uma incidência de 50%, sendo que 03 pacientes incidiram com LP entre 0 a 7º dia de internação, 04 pacientes quando estavam entre 8º e 14º dias de internação e 01 quando se encontrava com mais de 14 dias de internação. Referente ao sexo, 05 pacientes eram do sexo feminino e 03 pacientes do sexo masculino, em relação a variável idade, entre os pacientes que desenvolveram LP, 04 pacientes apresentavam idade maior que 48 anos, 02 pacientes estavam

entre as idades de 40 a 48 anos e 02 dos pacientes apresentavam idades entre 22 a 39 anos. Os resultados confirmam o que outros estudos nacionais apontam, permitindo traçar medidas de prevenção que reforçam o cuidado e minimizam os riscos preestabelecidos aos pacientes gravemente enfermos.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Cuidados Críticos. Estomoterapia.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH PRESSURE INJURY AT A CRITICAL CARE UNIT

INTRODUÇÃO

A lesão por Pressão (LP) representa um grave problema para os serviços de saúde, principalmente para as equipes de enfermagem e multidisciplinar, quer seja pela elevada incidência, prevalência, diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas existentes ou pelo aumento da mortalidade, morbidade, repercutindo no aumento dos custos associados às estas lesões (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

A LP é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente normalmente sobre uma proeminência óssea, relacionado a uma pressão exercida ou de uma combinação entre esta e forças de torção e estão associadas a fatores contribuintes (NPUAP/EPUAP, 2014).

Segundo Silva et al (2010), os fatores de risco para o desenvolvimento de UP são: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações do nível de consciência, incontinências e vasculopatias. Ressalta-se que a existência de uma lesão por pressão ocasiona ainda problemas adicionais como dor, sofrimento e aumento na morbimortalidade, podendo ocorrer prolongamento do tempo de permanência hospitalar e o custo da internação.

O desenvolvimento de lesão por pressão apresenta uma frequência elevada nas unidades hospitalares. Conforme Caminha et al (2013), o Brasil apresenta estudos onde foi avaliado a incidência e a prevalência de UP tanto no ambiente hospitalar como nas instituições de longa permanência e nos domicílios, revelando que os números variam de acordo com o cenário e o perfil dos pacientes estudados, estando a incidência entre 3,6% a 66,6%.

No que tange ao mundo da terapia intensiva, a ocorrência LP pode apresentar-se com números ainda bem mais elevados, em decorrência da gravidade dos pacientes, de frequentes procedimentos terapêuticos, uso de drogas vasoativas, imobilidade no leito, conexão de dispositivos específicos e longos períodos de internação (CAMINHA et al, 2013).

Nesse sentido, estudos apontam que em terapia intensiva, a incidência de UP apresenta variação de 1% a 56% e no Brasil, estudos em unidade de terapia intensiva

estimaram incidências de 10,62% a 62,5% (PALHARES; PALHARES NETO, 2014).

No que concerne à nomenclatura até então utilizada para definir LP, no ano 2016 ocorreu à deliberação de uma nova nomenclatura, segundo publicação oficial no site da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE. Na qual descreve que o NPUAP no dia 13 de Abril de 2016 anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão (UP) para Lesão por Pressão (LP) e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação (SOBEST, 2017).

Palhares e Palhares Neto (2014) consideram que o profissional de enfermagem possuem papel fundamental no que se refere ao cuidado do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas.

Nesse contexto, o uso de escalas de predição de risco viabiliza avaliação do risco de formação de LP, e existem diversas escalas, entre elas a Escala de Braden (EB) que utiliza dois determinantes considerados críticos, a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância tecidual (MATTIA, et al, 2010). A EB está amparada na fisiopatologia das LP e permite uma avaliação dos aspectos relevantes ao desenvolvimento da lesão, segundo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. O risco é avaliado em escores que vão de 6 a 23 e sua pontuação identifica o risco de desenvolver LP, onde quanto maior o valor, menor será risco de desenvolver LP e de acordo com a pontuação o risco será identificado como elevado, moderado e risco mínimo (SOUSA JÚNIOR et al, 2017).

Frente às condições clínicas que apresentam os pacientes internados em UTI, seu tratamento, uso excessivo de aparelhos específicos e terapêuticos, tornando o paciente viável aos riscos e potenciais complicações, a ocorrência de LP, nos remete a um cuidado excessivo já que conforme a literatura acomete com muita frequência aos pacientes gravemente enfermos e requer dos profissionais uma atuação eficiente e multiprofissional pautados na qualidade.

Diante disso, percebeu-se a importância de caracterizar os pacientes com lesão por pressão com intuito de refletir acerca do cuidado prestado, identificação precoce dos problemas associados ao risco de desenvolver LP e desta forma permitir a melhoria na qualidade da assistência.

Com esse estudo teve-se como objetivo caracterizar os pacientes assistidos na unidade de cuidados críticos quanto à ocorrência de lesão por pressão durante internação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e transversal, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados durante o mês de dezembro de 2017.

Realizada na unidade de cuidados críticos do setor de urgência e emergência do hospital de ensino Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Durante o mês de dezembro de 2017, identificou-se 25 casos de pacientes em conformidade com critérios de inclusão estabelecidos: tempo de internação mínima de vinte quatro horas, maiores de dezoito anos e não apresentar lesão por pressão na admissão. Sendo que 06 evoluíram com transferência para outro setor, e 03 evoluíram com óbito, totalizando 16 pacientes para análise dos resultados da pesquisa. Para cada paciente participante foi atribuída um código alfanumérico utilizado como identificador no formulário de coleta (P1, P2,... P16). Utilizou-se um instrumento composto pelas seguintes informações: características sócias demográficas (sexo, idade, raça); característica clinica (diagnóstico médico, tempo de internação, escore da escala de Braden); fatores de risco (alteração do nível de consciência, mobilidade prejudicada, dieta zero, incontinências urinária e fecal, edema, medicação vasoconstritora, uso de sedação/analgesia) e medidas de prevenção utilizadas (hidratação da pele, mudança de decúbito e uso do colchão caixa de ovo). Os dados foram inseridos e organizados em uma planilha Microsoft Office Excel 2010 e em seguida realizados a tabulação para análise estatística, sendo apresentado em forma de tabela. Os resultados foram confrontados e discutidos a luz da literatura pertinente. A pesquisa respeitou todos os critérios citados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Vale do Acaraú-UVA, sob o parecer CEP N° 2.196.740.

RESULTADOS

Dos 25 pacientes inseridos na pesquisa, contemplou-se 16 pacientes para análise e discussão das informações, isso se deu ao fato de evolução para óbito ou transferência durante o período da coleta de dados, não sendo viável o acompanhamento diário.

A caracterização sócio-demográfica foi expressa, separadamente nas tabelas abaixo. No que diz respeito à distribuição quanto ao sexo, o feminino apresentou uma maior incidência, conforme ilustrado na tabela 1.

SEXO	QUANTIDADE
MASCULINO	7
FEMININO	9

TABELA 1. Distribuição dos pacientes quanto sexo.

Fonte: Autor.

Na tabela 2, relacionam-se a distribuição dos pacientes quanto à faixa etária, que foram distribuídos em limiares de faixa etária, de 22 a 39 anos, de 40 a 48 anos,

e acima 48 anos.

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE
22 à 39 Anos	6
40 à 48 Anos	2
> 48 ^a	8

TABELA 2. Distribuição dos pacientes quanto idade.

Fonte: Autor.

No tocante a distribuição dos pacientes, quanto aos diagnósticos médicos, apresentou diagnóstico de abdômen agudo, síndrome de parinaud, aneurisma cerebral, diagnóstico de acidente vascular cerebral, politraumatismo e traumatismo crânio-encefálico, conforme descritos na Tabela 3.

DIAGNÓSTICO	QUANTIDADE
ABDOMEM AGUDO	1
SÍNDROME DE PARINAUD	1
ANEURISMA CEREBRAL	1
AVC	5
POLITRAUMATISMO	2
TCE	6

TABELA 3. Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico médico.

Fonte: Autor.

Acerca da distribuição dos pacientes quanto ao tempo de internação, 06 pacientes encontravam-se internados entre 0 a 7 dias, 05 dos pacientes estavam internados entre 08 a 14 dias e 5 dos pacientes estavam a mais de 14 dias hospitalizados, dados apresentados na Tabela 4.

TEMPO	QUANTIDADE
0 A 7 Dias	6
8 A 14 Dias	5
> 14 Dias	5

TABELA 4. Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de internação.

Fonte: Autor.

Em relação à incidência de Lesão por pressão, dos 16 casos analisados, 08 dos pacientes desenvolveram lesão por pressão durante o período de internação. Logo, houve uma incidência de 50% de Lesão por pressão observada nos participantes deste estudo.

No que concerne à correlação dos fatores de risco com score da escala de Braden, percebeu-se que entre os pacientes que desenvolveram lesão por pressão (LP), os fatores de risco estiveram presentes correspondendo a relação dos dias de internação, em uma situação versamente proporcional.

DISCUSSÃO

Em relação a nomenclatura para classificação da lesão por pressão no ano de 2016 ocorreu uma mudança na definição para Lesão e nos seus estágios de classificação. Desde então define-se LP como 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. Em relação aos estágios a definiu-se da seguinte forma: Estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece; Estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; Estágio 3: perda da pele em sua espessura total; Estágio 4: perda da pele em sua espessura total e perda tissular; LP não Classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; LP Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece e outras definições adicionais como LP relacionada a dispositivo médico; LP em membranas mucosas (SOBEST,2017).

As lesões por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes gravemente enfermos durante internação. Estes por sua vez, são considerados críticos por apresentarem condições clínicas graves ou necessidade de monitorização frequente e rigorosa, estando associado a terapias de maior complexidade e de caráter invasivo.

O surgimento das lesões por pressão está associado a fatores de risco que predis põem os pacientes gravemente enfermos. Isso ocorre a partir de fatores extrínsecos: fricção, cisalhamento, umidade, e os intrínsecos: redução e/ou perda da sensibilidade, força muscular e imobilidade (SOUZA, et al, 2017).

Estes fatores predisponentes associados a variáveis como sexo, idade, tempo de internação e diagnósticos médicos contribui facilmente para as incidências de Lesão por pressão (LP) nos ambientes hospitalares e em unidade de cuidados críticos ou Unidade de Terapia Intensiva.

E com a porta aberta aos fatores de risco ou preditores do desenvolvimento de LP analisou-se o tempo (dias) de internamento como um forte indicio de vulnerabilidade do paciente e impactação no surgimento de uma LP.

Estudo internacional em UTI tem mostrado coeficientes de incidência de LP

entre 3,2 e 39,0%. No Brasil, a incidência em UTI varia de 10,0 a 62,5%, porém existem alguns outros estudos que apontam essa relação com valores maiores, que variam entre 23,1 a 62,5%) (CAMPANILI, et al,2015; TEIXEIRA et al, 2017).

Durante o período de coleta de dados, nosso estudo acompanhou 16 pacientes que no momento da admissão não apresentavam LP, porém no período de hospitalização 08 pacientes desenvolveram LP apontando uma incidência de 50%.

Dos pacientes que desenvolveram lesão por pressão, 03 pacientes incidiram com LP no 7º dia de internação, 04 pacientes quando estavam entre 8º e 14º dias de internação e 01 quando se encontrava com mais de 14 dias de internação, destes, 05 pacientes apresentaram LP única, na região sacral e em estágio I e 02 apresentaram LP na região sacral e calcânhar em estágio I, posteriormente evoluindo para estágio II e 01 paciente apresentou LP única na região do calcânhar, única, estágio I.

Corroborando com nosso estudo, autores realizaram uma pesquisa de coorte prospectiva, com 77 pacientes, na qual teve como objetivo averiguar a incidência de LP e evidenciou que 17 pacientes (22%) desenvolveram LP, única, na região sacral em estágio I (BORGHARDT, et al, 2015).

Em outro estudo observacional realizado no centro de terapia intensiva adulto com 27 pacientes, que buscou verificar a prevalência e incidência das LP, teve como resultados uma incidência de 10 pacientes (37,03%) (MATOS, et al, 2010). Desse modo, esse estudo aponta resultados aproximados aos de outras pesquisas, onde a incidência de LP nos sujeitos estudados apresentou valores já citados na literatura pesquisada.

Diante da incidência observada no estudo, percebe-se que é necessária uma atuação pautada em medidas de prevenção, tais como o uso de escala de predição e avaliação da pele diária, hidratação adequada, colchão e travesseiros apropriados para o alívio da pressão nas proeminências ósseas, trocas de fraldas e higiene sempre que estiver presente sujidade, manter a pele seca, evitar fazer pressão em proeminências como fêmur e trocânter durante as mudanças de decúbito e realizar mudança de decúbito conforme estabelecido pela instituição.

A qualidade do cuidado a ser estabelecido e prestado ao paciente é algo a ser discutido, visto já altos custos para a manutenção dos serviços assistenciais, dos escassos recursos disponíveis e do envelhecimento global da população, e que a eminência de LP aumenta na medida em que este paciente fica mais dias internado.

É importante ressaltar que a mudança de atitude dos profissionais diante desta realidade, partirá da conscientização de cada um, momentos de educação permanente sobre o assunto, como também suporte de materiais necessários e protocolos institucionais.

No tocante a variável sexo, nosso estudo apresentou entre os pacientes que desenvolveram LP, 05 pacientes do sexo feminino e 03 pacientes do sexo masculino, este resultado diverge com alguns estudos nacionais.

De acordo com o estudo de revisão integrativa realizado por Souza et al, (2017),

a relação entre os sexos apresenta grande divergência nos resultados. Ressalta-se que alguns estudos apresentam predominância de pessoas do sexo masculino e em outros para o sexo feminino.

Em um estudo documental nacional, cujo objetivo foi analisar o perfil das incidências das LP em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto no ano de 2014, evidenciou que 35 dos pacientes (51,5%) analisados eram sexo masculino e 33 pacientes (48,5%) eram femininos (TEIXEIRA, et al, 2017). Enquanto Moro e Caliri, (2016), em sua pesquisa com 23 pacientes em domicílios após alta hospitalar, apontou em seus resultados uma predominância do sexo feminino (52,2%).

A divergência encontrada entre os estudos já realizados e o resultado encontrado, nos remete a uma reflexão inconclusiva acerca da variável sexo, onde podemos observar que isoladamente a variável sexo não levará ao surgimento da Lesão por pressão (LP), porém associada a fatores como diagnóstico médico, idade, tempo de internação, imobilidade e alteração do nível de consciência, contribuíram para novos casos de LP.

Ao se tratar da variável idade, entre os pacientes que desenvolveram LP 04 pacientes apresentavam idade maior que 48 anos e 02 pacientes estavam entre as idades de 40 a 48 anos e 02 dos pacientes apresentavam idades entre 22 a 39 anos. Esta realidade encontrada está de acordo com o perfil de atendimento do hospital onde foi realizado o estudo, já que é referência em trauma e doenças cerebrovasculares, permitindo os limiares entre as idades.

Estudos apontam a idade como um fator que estar intrinsecamente voltado para predisposição de LP, e que a população idosa está mais propensa a desenvolver LP em decorrência das modificações surgidas na pele, nos tecidos subcutâneos, a diminuição da elasticidade, a hidratação cutânea insuficiente, alteração na sensibilidade e cardiocirculatória (SOUZA, et al, 2017; BORGHARDT, et al, 2015).

Acerca dos diagnósticos médicos encontrados na população estudada, entre os que desenvolveram LP, 04 pacientes estavam internados com diagnósticos de AVC, 03 dos pacientes hospitalizados com quadro de TCE e 01 paciente internado com síndrome de parinaud.

Corroborando com os resultados supracitados, um estudo realizado com pacientes em domicílios após alta da unidade de emergência do hospital das clínicas de São Paulo, observou em seus resultados que havia uma predominância de problemas de saúde, onde mais frequente foi trauma de crânio, seguido de AVC. Outra publicação recente aponta os diagnósticos de AVC, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, neuropatias e pneumopatias como os diagnósticos correlacionados com o surgimento de LP (SOUZA, et al, 2017; MORO e CALIRI,2016).

Conforme as informações adquiridas relativas à variável diagnóstico médico, observa-se que estão de acordo com os indicadores de morbimortalidade nacionais, os quais indicam que os maiores índices de mortalidade são por causas externas

e por doenças do aparelho circulatório. Esta realidade é justificada pela gravidade dos casos, tempo de internação para procedimentos médicos e recuperação, como também por sequelas que algumas pacientes apresentam, ou seja, são pacientes que requerem uma atenção especializada e multiprofissional pautada em medidas de prevenção para que não ocorram possíveis complicações como as LP, e seja voltada também para reabilitação do doente.

Em relação ao tempo de internação hospitalar, nosso estudo aponta que entre os pacientes que desenvolveram LP, 01 paciente estava entre 0 a 7 dias de internação, 04 pacientes encontravam-se entre 08 a 14 dias de internação, e 03 pacientes estavam com mais de 14 dias de hospitalização.

Os resultados encontrados em publicações nacionais recentes reforçam as informações apresentadas em nosso estudo. Em uma pesquisa de campo, realizada com 30 pacientes, cujo objetivo foi identificar os principais fatores de risco para LP, observou que 14 pacientes (46,6%) permaneceram internados entre 06 e 15 dias; 08 (26,7%) mais de 16 dias e 08 (26,7%) menos de cinco dias. E em outro estudo de caráter epidemiológico, realizado com 370 pacientes, na qual objetivou analisar a incidência de LP em uma UTI cardiopneumológica, apontou o tempo de permanência igual ou maior que 9,5 dias (CAMPANILI, et al, 2015; MATTIA, et al, 2010).

Os resultados elencados nesse estudo reforçam a ideia que o tempo prolongado da internação, é um fator contribuinte para o desenvolvimento da LP e associado a outros fatores como idade, diagnóstico médico, alteração da mobilidade e do nível de consciência, uso de fármacos e incontinências, aumentam muito a chance do sujeito gravemente enfermo em desenvolver este tipo de complicação.

Entre os pacientes que desenvolveram LP, o estudo apontou que a média de escore da escala de Braden variou entre 10 pontos (alto risco) a 16 pontos (médio risco), o tempo de alteração do nível de consciência e da mobilidade prejudicada esteve entre 04 a 12 dias, tempo de dieta zero variou entre 02 a 04 dias, presença de incontinência fecal esteve entre 01 a 04 dias, em relação aos dias de uso de medicação vasoconstritora variou entre 04 a 08 dias e os dias em uso de sedação/analgesia variou entre 02 a 06 dias.

Percebe-se que os pacientes avaliados apresentaram alto risco para desenvolver LP conforme escala de risco de Braden, nível de consciência e mobilidade prejudicada, dias em dieta zero, incontinência fecal, uso de medicação vasoconstritora e sedação/analgesia. Ressalta-se que essas situações associadas aos fatores de riscos já apresentados neste estudo, contribuem para o aparecimento das LP.

Ancorando nos achados do estudo, os preditores de desenvolvimento de LP são possíveis alertar aos profissionais de saúde, que ações e cuidados ao paciente, em meios aos dias de internação pode impactar positivamente.

Os resultados apontados até então nos permitiu identificar o perfil dos pacientes que apresentam maiores riscos para desenvolver LP no presente serviço, e enquanto

equipe de saúde e de enfermagem, traçar plano de cuidado individual voltados para necessidade de cada um, fortalecer a discussão da criação de protocolos, medidas de prevenção e periodicidade de educação permanente acerca dos cuidados na prevenção e tratamento das LP, e ainda denotando que o cuidado à beira do leito, a mudança de decúbito, proximidade nas ações se tornam bem eficazes nas fragilidades que o paciente vai apresentando em meio ao seu internamento.

CONCLUSÃO

Uma das limitações do estudo foi o número limitado de pacientes constituído na nossa amostra e o período mínimo de tempo para coleta de dados. Sugerimos que novos estudos sejam realizados com um maior número de participantes com intenção de fazer testes estáticos robustos e gerar informações fidedignas acerca desta problemática. Contudo, embora nossos sujeitos da pesquisa tenham sido insuficientes, os resultados encontrados viabilizam confirmar o que outros estudos nacionais apontam, permitindo traçar medidas de prevenção que reforçam o cuidado e minimizam os riscos preestabelecidos aos pacientes gravemente enfermos.

Assim, é importante considerar as Lesões por Pressão (LP) como uma grave complicação que permeia a rotina dos pacientes hospitalizados e principalmente os que se encontram em unidades de cuidados críticos e terapia intensiva pelo arsenal de equipamentos, medicações e patologias, que tornam os pacientes mais propensos.

Ressalta-se a ainda a importância da atuação da equipe multidisciplinar na prevenção, tratamento, criação e implantação de protocolos, visando, principalmente, reduzir a exposição aos fatores de riscos, taxa de incidência, prevalência e complicações decorrentes das Lesões por Pressão.

REFERENCIAS

Associação Brasileira de Estomoterapia (SOBEST). TRADUÇÃO DO FAQ DE 13 DE MAIO DE 2016 **NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP)**, 2017. Disponível em: <<http://sobest.org.br/noticia/138>>. Acesso em: 13 Fev.2017.

BORGHARDT, A.T; PRADO, T.N; BICUDO, S.D.S; CASTRO, D.S; BRINGUENTE, M.E.O. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Rev Bras Enferm** [Internet]. V 69, N 3:431-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 Fev, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Homologada em 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

CAMINHA, R.T do Ó.; SILVA, M. do L.N.; OLIVEIRA, S.H dos S.O.; DINIZ, E.R.S. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: Análise da incidência e das lesões instaladas. **Rev Rene**. V 14, N 5 :938-44. 2013; Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/3624/2866>>. Acesso em: 21 Jun, 2016.

CAMPANILI, T. C.G. F; SANTOS, V.L.C.G; PULIDO, K.C.S; THOMAZ,P.B.M; NOGUEIRA, P.C. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev Esc Enferm USP**. V 49 ed. Especial. P 7-14, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 Fev. 2018.

MATOS, L.S.; DUARTE, N.L.V.; MINETTO, R.C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletr. Enf.**, V.12 (4):71926. 2010 out/dez. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdf. Acesso em: 21 Jun, 2016.

MATTIA, A.L.; ROCHA, A.M.; BARBOSA, M.H.; GUIMARÃES, M.A.M.C.; BORGATO, M.O.; SILVA, S.R.R.; FREITAS FILHO, J.P.A. Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção. **Enfermagem em dermatologia**. V. 7, N 46, 2010. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215678003>. Acesso em: 12 Set. 2016.

MORO, J.V; CALIRI, M.H.L. **Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. Esc Anna Nery**. V 20, N3, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 Fev, 2018. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and PanPacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Disponível em:<http://www.sobende.org.br/pdf/PortugueseQuick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2016.

PALHARES VC, PALHARES NETO AA. Prevalência e incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, V 8 (supl. 2):3647-53, out, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br>. Acesso em: 15 Fev. 2018.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL. **A Empresa**. Acesso em: <http://stacasa.com.br/site/historico>. Disponível em: <http://stacasa.com.br/site/>. Acesso em: 10 Agosto, 2016.

SILVA, E.W.N.L.; ARAÚJO R.A.; OLIVEIRA E.C.; FALCÃO V.T.F.L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. V 22 (2):175-185, 2010. Disponível em: <http://www.rbti.org.br>. Acesso em: 21 Jun. 2016.

SOUSA JUNIOR, B.S; SILVA, C.C, DUARTE, F.H.S.; MENDONÇA, A.E.O.; Dantas, D.V. Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden. **Revista ESTIMA**. V 15, N1, P 10-18, 2017. Disponível: <https://www.revistaestima.com.br>. Acesso em: 25 Abr. 2017.

SOUZA, N.R; FREIRE, D.A; SOUZA, M.A.O; MELO,J.T.S; SANTOS, L.V; BUSHATSKY, M. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Revista estima**, V15, N 4, P 229-239, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br>. Acesso em: 15 Fev, 2018.

TEIXEIRA, A.K.S; NASCIMENTO T.S; SOUSA, I.T.L; SAMPAIO, L.R.L; PINHEIRO, A.R.M. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**. V 15, N 3, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br>. Acesso em: 15 Fev.2018.

CASOS DE TUBERCULOSE NOS ANOS DE 2008 À 2017 NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

Renan Rhonalty Rocha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
SOBRAL-CEARÁ

Maria Vitória Laurindo

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Sannia Martins Sampaio

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Robson Ciochetta Rodrigues Filho

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Rosana Da Saúde de Farias e Freitas

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Francisca Aila de Farias

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Derivânia Vieira Castelo Branco

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

RESUMO: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa provocada pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis*. É uma doença de notificação compulsória e por isto considerada um grave problema de saúde pública, levando anualmente a cerca de 10 milhões novas notificações em todo mundo e mais de um

milhão de óbitos. A consolidação dos dados epidemiológicos da tuberculose se dá por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde é possível registrar dados obrigatórios e essenciais para gestão da informação da patologia. O presente estudo tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose nos anos de 2008 à 2017 no município de Acaraú-CE. Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa, tendo como base os dados dos relatórios do Departamento de Informática do SUS – DataSUS nos anos de 2008 a 2017. Com base nos resultados os casos de tuberculose estiveram predominantemente sexo masculino (64%) com idade entre 15-39 anos (52%), baixa escolaridade (44%), da cor parda (83%) e com residência urbana (65,9%). Diante do exposto observou-se que a tuberculose é um persistente problema de saúde pública. Um dos maiores desafios que a saúde pública, ainda tem em relação ao controle da tuberculose, é diminuir a sua incidência, reduzir a coinfeção e melhorar a adesão do paciente ao tratamento. Assim, é necessário mais investimento no combate a essa doença através da disseminação de informações para a população sobre o risco que a tuberculose apresenta.

PALAVRAS-CHAVE:
Prevalência. Infecção.

Epidemiologia.

ABSTRACT: Tuberculosis is an infectious disease caused by the *Mycobacterium tuberculosis mycobacterium*. It is a compulsory notification disease and therefore considered a serious public health problem, leading to around 10 million new notifications worldwide and more than one million deaths annually. The consolidation of epidemiological data on tuberculosis is done through the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), where it is possible to record mandatory and essential data for the management of pathology information. The present study aims to trace the epidemiological profile of tuberculosis cases in the years 2008 to 2017 in the municipality of Acaraú-CE. This is a descriptive, descriptive, retrospective study of a quantitative approach, based on data from the Department of Information Technology Department of SUS - DataSUS in the years 2008 to 2017. Based on the results, the cases of tuberculosis were predominantly male (64%) with age between 15-39 years (52%), low schooling (44%), brown color (83%) and urban residence (65.9%). In view of the above, it has been observed that tuberculosis is a persistent public health problem. One of the major challenges that public health still has in relation to tuberculosis control is to decrease its incidence, reduce coinfection, and improve patient adherence to treatment. Thus, more investment is needed in the fight against this disease through the dissemination of information to the population about the risk presented by tuberculosis.

KEYWORDS: Epidemiology. Prevalence. Infection.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa provocada pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis*, da família *Mycobacteriaceae* e gênero *Mycobacterium* (BRASIL, 2017).

Já foram descobertas mais de 100 diferentes espécies sendo alguns patogênicos ao ser humano. A bactéria é bacilo de Gram indefinido, pois apresenta perfil de bactérias Gram-positivas e negativas (DUCATI *et al.*, 2006).

A TB é uma doença infectocontagiosa que acomete principalmente os pulmões, podendo também ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins e meninges (BRASIL, 2007).

Classificada como uma notificação compulsória e por isto considerada um grave problema de saúde pública, levando anualmente a cerca de 10 milhões novas notificações em todo mundo e mais de um milhão de óbitos (BRASIL, 2017). Tem a obrigatoriedade da notificação estabelecida pela lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 2018).

Segundo Zocche e Silva (2006), a infecção pelo HIV é considerada, hoje, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da TB ativa, já que o vírus compromete a resposta imunológica do paciente, o que predispõe a reativação do bacilo latente. Estes pacientes são mais susceptíveis à doença, chegando a duplicar o risco após a soro-conversão devido a diminuição da produção de interferon pelos

linfócitos.

Em 2013 no Brasil, foram notificados cerca de 4577 óbitos ocasionados pela TB, com uma taxa de mortalidade de 2,3 óbitos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Quando pesquisado os índices dessa doença no Ceará, no ano de 2014 houve 182 registros de óbitos, correspondendo a um percentual de 2,1 mortes para cada 100.000 habitantes. Ao considerarmos o número de habitantes do Estado do Ceará podemos afirmar que estes valores são baixos, podendo ser uma justificativa para tais resultados os casos subnotificados da doença (BRASIL, 2015).

Para Scatena *et al.* (2009) o diagnóstico da TB ainda é tardio o que requer maior eficácia e efetividade do acesso da população à saúde. Devido ao fato das pessoas contaminadas não terem acesso aos serviços de saúde contribui para que muitos casos não sejam diagnosticados, constituindo uma desigualdade na atenção à saúde.

Ainda segundo os mesmos autores, o diagnóstico da TB é baseado nos sinais e sintomas referidos pelo paciente, como: tosse persistente, por mais de três semanas, febre, dispneia, sudorese noturna, dor torácica e emagrecimento. Já o diagnóstico clínico da patologia pode ser confirmado por meio de exames específicos, entre eles, o raio-X dos pulmões, baciloscopia do escarro e cultura do bacilo. Outro exame que pode ser solicitado é o Teste Tuberculínico PPD (*Purified Protein Derivate*), recomendado no caso de pacientes assintomáticos ou contato direto com portadores da bactéria (BRASIL, 2011).

O tratamento dessa patologia tem como principais fármacos utilizados a isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol (CRUZ et al, 2012). Para Hijjar *et al.* (2005) é necessário, de forma efetiva, a manutenção dos níveis de cobertura vacinal com BCG já alcançados, bem como, a expansão da quimioterapia para grupos mais susceptíveis ao adoecimento, como diabéticos e portadores do HIV.

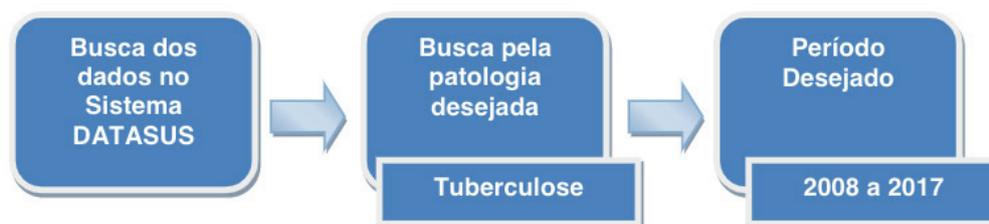
O Brasil adotou como metas internacionais de detecção, pelo menos, 70% dos casos novos infecciosos e curar, pelo menos, 85% dos casos já notificados. Para metas do milênio, preconizou reduzir, até 2015, a prevalência e a mortalidade por TB para 50%. Assim, nosso país vem conseguindo alcançar a meta de diagnóstico, contudo na meta de cura não obteve o mesmo êxito, principalmente no pertinente aos altos índices de abandono ao tratamento que algo em torno de 10 a 12% (HIJJAR *et al.*,2005).

A consolidação dos dados epidemiológicos se dá por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde é possível registrar dados obrigatórios e essenciais para gestão da informação da patologia, visualizando sua distribuição em espaço e em determinados períodos (BIOLCHI, 2012).

Considerando que a TB, sua magnitude, e potencial de disseminação e vulnerabilidade, o estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos casos de TB do Município de Acaraú-CE, uma cidade no interior do Ceará.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória, retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa. Sendo realizada com base nas notificações dos casos de TB no município de Acaraú através dos dados coletados no sistema DATASUS no de agosto de 2018, tendo como referência todas as notificações da patologia dos anos entre 2008 a 2017. Seguindo o esquema abaixo:



Fonte: autoria do pesquisador.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o sistema DATAUS do qual coletamos informações importantes para o estudo como ano do diagnóstico, sexo, faixa etária, escolaridade, raça, zona de residência e situação de encerramento dos afetados. Foram incluídas no estudo todas as notificações no sistema DATASUS referentes ao município de Acaraú do ano de 2017.

Os dados coletados pelo sistema Hórus foram organizados no programa *Microsoft Office Excel*® versão 2010, sendo computados e apresentados em gráficos e tabelas. Seguiu-se, então, a Resolução nº 466/12 que norteia as pesquisas com seres humanos, de forma direta ou indireta. A coleta dos dados foi extraída do sistema Hórus, assim, não ocorrendo em momento algum, revisão de prontuários e nem visitas clínicas aos pacientes, desta forma, não apresentou riscos aos pesquisadores, colaboradores e pacientes. Desta forma, estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os riscos pertinentes à pesquisa, se encontraram na quebra da confidencialidade em relação aos dados obtidos no programa, sendo tomadas todas as medidas a fim minimizar tais riscos. Os benefícios por sua vez, se constituíram no fato da pesquisa vim servir como fonte de estudo para o município a respeito da doença.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi avaliado o perfil epidemiológico dos casos de TB do Município de Acaraú, uma cidade no interior do Ceará, no período de 2008 a 2017 segundo sexo, faixa etária, escolaridade, zona de residência, raça e situação de encerramento dos pacientes.

O gráfico 1 apresenta o total de casos confirmados de TB do Município de Acaraú-CE, uma cidade no interior do Ceará no período de 2008 a 2017.

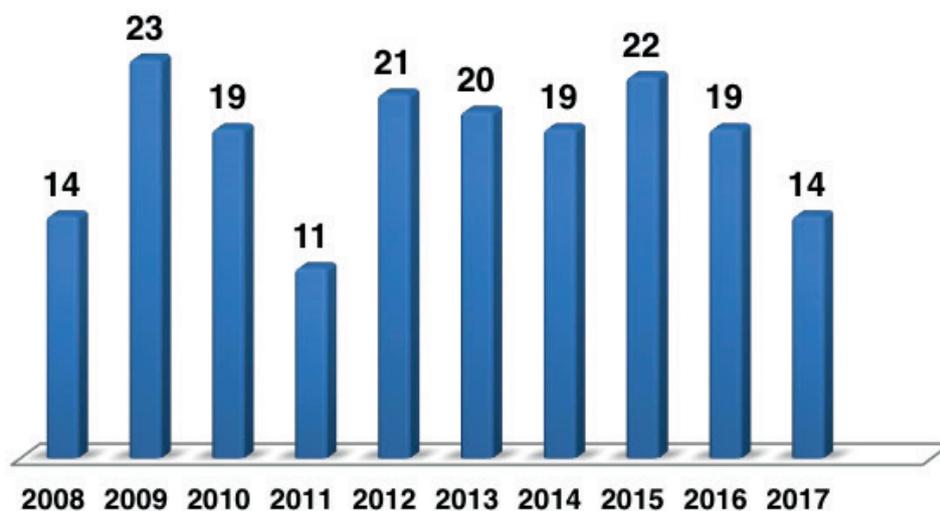


GRAFICO 1: Total de casos confirmados casos de TB do Município de Acaraú-CE, uma cidade no interior do Ceará no período de 2008 a 2017:

Fonte: autoria do pesquisador.

Neste estudo, foram confirmados e notificados 182 casos de TB, um número bastante inferior em relação a estudos realizados por Silva et al. (2017) e Oliveira et al. (2018) nos estados do Piauí e Maranhão respectivamente. Contudo o número de casos confirmados se mostra bastante constante, tendo apenas os anos de 2009, 2015 e 2012 apresentando índices maiores. Além disso, de acordo com Montechi et al. (2013), o conjunto de interesse da Organização Mundial de Saúde - OMS e do Ministério da Saúde do Brasil é a descentralização das ações do Programa Nacional de Controle da TB para a Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, que possibilitou a facilidade do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB, podendo ter contribuído para a redução da taxa de incidência da doença no Ceará e, particularmente na cidade do Acaraú.

O número global de casos confirmados foi dividido por sexo, onde o masculino se apresentou como mais suscetível (64%) em relação ao sexo feminino (36%), apresentados no gráfico 2:

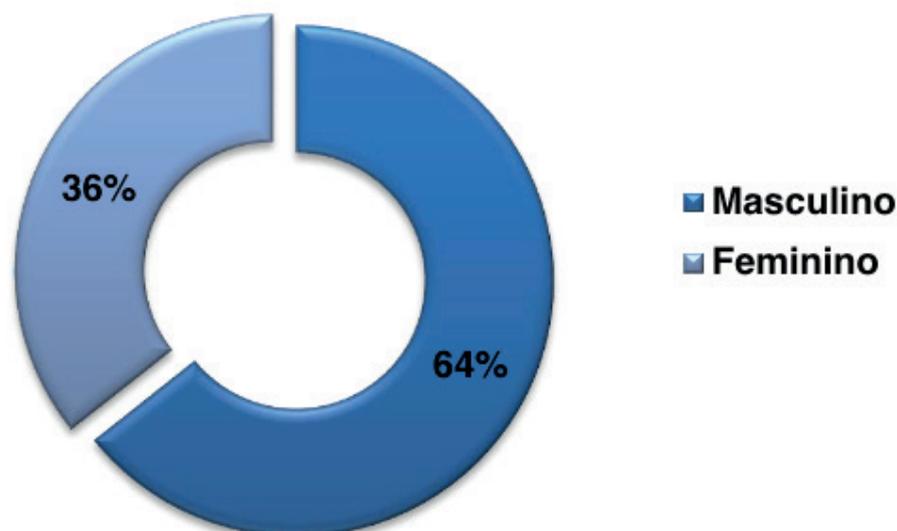


GRAFICO 2: Casos confirmados de TB distribuídos por sexo no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

Estes resultados estão de acordo com os encontrados no estudo em João Pessoa, entre 2007 e 2010, o número de casos em indivíduos do sexo masculino foi de 67,7% e as mulheres representaram 32,3%, identificado uma relação no município de Teresina – PI de 64,2% dos casos no sexo masculino e 35,8% do sexo feminino, isto mostra uma razão de masculinidade (REIS et al., 2013). Este fato ainda é um aspecto estudado em várias pesquisas (SELIG et al., 2004; FERREIRA; DA SILVA; BOTELHO, 2005; SCATENA et al., 2009; HINO et al., 2011) pode ser explicado pela diferença de exposição a fatores de risco por parte dos homens e aos hábitos de vida desta população associados à limitada procura pelos serviços de saúde, favorecendo desta forma, a maior incidência neste sexo (HINO et al., 2011; COUTINHO, et al., 2012; SILVA et al., 2017).

Dados mostraram que a faixa etária mais proeminente e que apresenta o maior risco de adquirir e transmitir a doença está entre 15 e 39 anos, provavelmente por se tratar de uma faixa mais ativa, tendo um contato maior entre eles como mostra o Gráfico 3:

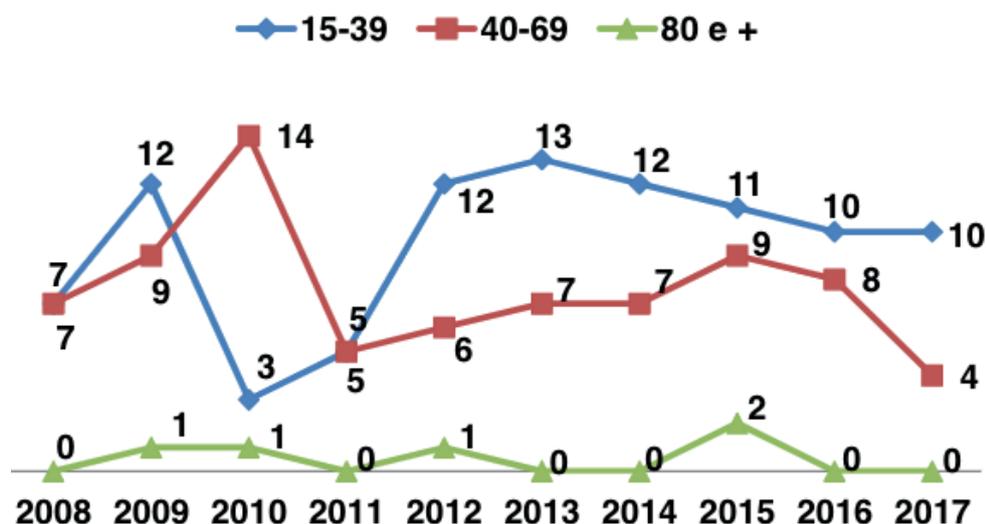


GRAFICO 3: Casos confirmados de TB distribuídos por faixa etária no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

A despeito da idade, indivíduos na fase economicamente produtiva foram os mais atingidos. A existência de jovens adultos bacilíferos indica a ocorrência de transmissão recente (CAVALCANTE; SILVA, 2013). Isto retrata um problema na esfera socioeconômica do País, uma vez que a doença afasta o trabalhador de suas atividades ocupacionais, elevando o absenteísmo e diminuindo a produtividade das empresas, baixando os rendimentos familiares, quando não comprometendo totalmente, e incapacitando temporariamente o trabalhador. O afastamento compulsório do trabalho decorrente do adoecimento pode levar ao agravamento do sofrimento da pessoa com TB, uma vez que a mesma sente que a doença acarreta um afastamento social e uma limitação ocupacional. Esse padrão epidemiológico difere do encontrado em países europeus, em que a doença tem sido mais bem controlada e atinge uma camada mais idosa da população (MORAES et al., 2010; CAVALCANTE; SILVA, 2013).

Outro aspecto relacionado ao padrão demográfico da doença refere-se ao nível de escolaridade que não foi informado em 43% dos casos confirmados com TB como mostrado na tabela 1:

Ano Diagnóstico	Ignorado/Branco	Analfabeto	Ensino fundamental	Ensino médio	Educação superior completa
2008-2017	43%	6%	38%	11%	1%

TABELA 1: Percentagem de casos confirmados de TB distribuídos de acordo com a escolaridade no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

Mas, considerando apenas os casos com essa informação neste estudo, foram concordantes com os da literatura (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005), que relata a inexistência ou baixa escolaridade da maioria dos casos, sendo um fator de risco para a tuberculose, contribuindo inclusive para a não adesão ao tratamento e para o aumento da taxa de abandono. A baixa escolaridade da população é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor aderência ao respectivo tratamento literatura (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005; COELHO et al., 2010).

Desta forma, a instrução formal é fator determinante para o acesso à educação em saúde, para as possibilidades de ingresso no mercado de trabalho e o favorecimento de aquisição de renda, fatores que se refletem nas condições de vida, moradia e da própria saúde. Tratando-se de doenças infecto-contagiosas, o conhecimento adequado dessa patologia, bem como das medidas de controle e do seu tratamento são de importância essencial para a evolução do paciente, de modo que, a formação escolar do indivíduo é bastante relevante para a compreensão da assistência à saúde, como também para a adoção de um estilo de vida mais apropriado que favoreça essa assistência (BARROS et al., 2011).

Quanto à zona da residência dos pacientes tem elevada importância, uma vez que a TB tem sua transmissão principalmente pelo ar, e lugares muito apertados, aglomerados, casas com muitos moradores fazem com que a infecção se espalhe muito rápido como mostrado no gráfico 4:

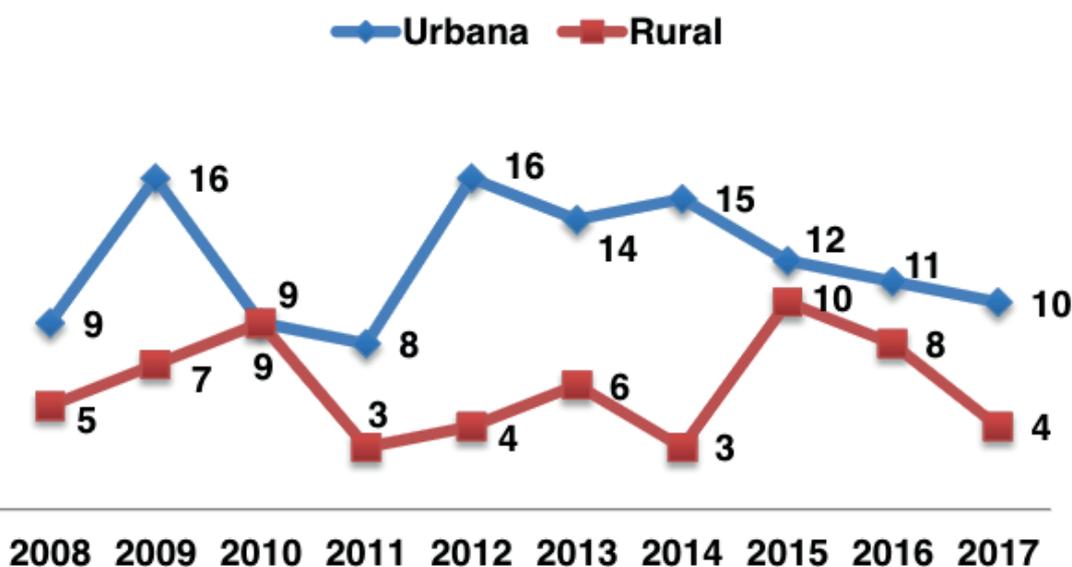


GRAFICO 4: Casos confirmados de TB distribuídos por zona de residência no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

Quanto à extensão territorial do município, são exibidas marcantes diferenças

demográficas e socioeconômicas. Explicar a doença como fenômeno de massa pede a investigação de suas vertentes populacionais. A estrutura e organização do espaço geográfico é o resultado histórico da interação entre a população e o ambiente, no qual nesse espaço ocorrem doenças contagiosas e coletivas cujo surgimento está associado a uma estrutura socioeconômica propícia e intermediado por uma conjuntura de fatores sociais e ecológicos, ligados aos componentes populacional e ambiental, respectivamente (BARROS et al., 2011).

As raças envolvidas nas confirmações da doença dizem respeito a como os pacientes se sentem, sendo assim um dado subjetivo. Segundo o gráfico 5, a cor parda foi a mais citada entre os entrevistados:

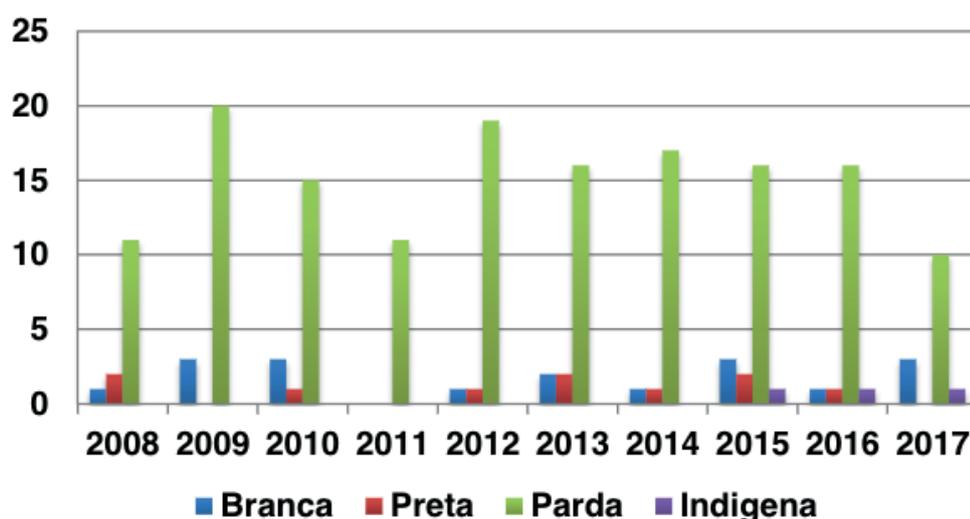


GRAFICO 5: Casos confirmados de TB distribuídos por zona de residência no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

O aumento do número de casos de TB na cor parda pode estar relacionado ao também aumento das pessoas que se autodeclararam pardas, segundo o censo 2010. A distribuição da população por cor ou raça obtida pelo Censo Demográfico 2010 difere daquela obtida em 2000. Percebe-se uma redução da proporção de pessoas que se declararam branca e crescimento das que se declararam pretas, pardas ou amarelas (IBGE, 2011).

Esses dados concordam em todos os sentidos com o estudo realizado no Piauí por Silva et al. (2017), onde houve uma enorme incidência de pacientes da cor parda, além de ter sido observado uma baixa incidência em pacientes indígenas.

Em um estudo realizado por Teixeira e Costa (2011), os pesquisadores concluíram que os indivíduos de cor preta apresentam maior probabilidade de serem vítimas da TB. Portanto, se o indivíduo é da cor branca e parda, o risco de se contrair a doença é reduzido em relação aos indivíduos de cor preta.

Tão importante quanto o acompanhamento epidemiológico de casos confirmados

de TB é a situação final destes pacientes diagnosticados, como mostrado no gráfico 6 a seguir:

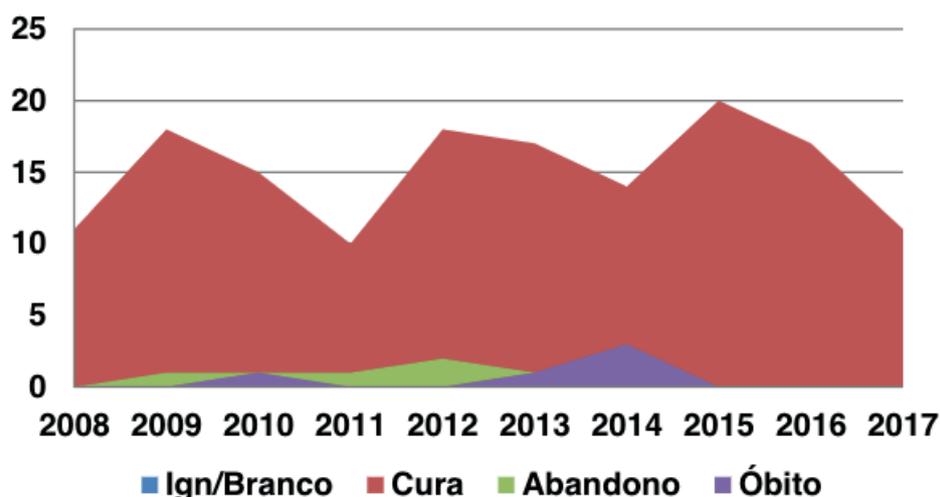


GRAFICO 6: Casos confirmados de TB distribuídos por zona de residência no município de Acaraú-CE, no período de 2008 a 2017.

Fonte: autoria do pesquisador.

Em nosso estudo o encerramento dos casos por cura foi prevalente concordando em parte com outros estudos, pois apresentaram elevada taxa de cura, mais também de abandono (OLIVEIRA et al., 2018). Em outro estudo realizado no Brasil observou-se que ao final do acompanhamento, a situação de encerramento foi de cura em 68,8% dos casos, enquanto abandono do tratamento ocorreu em 9,7% dos casos, óbito do paciente por TB (2,0%) ou por outras causas (6,8%) (ANGELLOTTI et al., 2013).

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto observou-se que a TB é um persistente problema de saúde pública apesar de evoluir bem para a cura. Os resultados deste estudo possibilitaram analisar as características dos casos notificados da TB de 2008 a em uma importante cidade ao norte do estado do Ceará.

Notou-se que as taxas de incidência de casos confirmados na cidade estudada tiveram pequenas oscilações ao longo dos anos, apresentando a maior incidência nos anos de 2009 e 2015. Além disso, o perfil prevalente traçado na cidade citada é de homens com idade entre 15-39 anos, baixa escolaridade, da cor parda e com residência urbana.

O sistema DataSUS, tem uma elevada contribuição, tanto na identificação como na avaliação e monitoramento de dados epidemiológicos que dizem respeito à saúde no Brasil, assim, pode-se obter melhorias nos serviços, podendo contribuir

para uma Saúde Pública consolidada. Contudo, um dos maiores desafios que a saúde pública, ainda tem em relação ao controle da TB, é diminuir a sua incidência, reduzir a coinfeção e melhorar a adesão do paciente ao tratamento. Assim, é necessário mais investimento no combate a essa doença através da disseminação de informações para a população sobre o risco que a TB apresenta.

Por fim, com o acompanhamento adequado e a realização de farmácia clínica e atenção farmacêutica, destacam-se a redução de custos ao sistema de saúde devido a redução de consultas médicas, de urgência e hospitalização, minimização de reações adversas e toxicidade dos medicamentos, além de facilitar uma melhor relação da unidade de saúde com o paciente, contribuindo desta forma para melhorar a adesão e persistência ao tratamento. Este conceito abrange os serviços de indicação terapêutica, dispensação, seguimento farmacoterapêutico, educação sanitária, farmacovigilância, formulação magistral e uso racional de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ANGELLOTTI, L. C. Z. et al. Qualidade de Dados de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose em Minas Gerais. **Rev enferm atenção saúde**. v. 2, n. 2, p. 84-98, 2013.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**. v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BIOLCHI, V.D. A. Perfil epidemiológico da tuberculose nos municípios do Mato Grosso do Sul. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde nas Fronteiras. **Escola Nacional de Saúde Pública**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>>. Publicado em 02 de maio de 2017. Acesso em: Ago/18.

_____. Ministério da Saúde, 2007. **Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/60tuberculose.htm>>. Acesso em: 24 Ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. 1.ed. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: Ago/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da tuberculose nos estados partes e associados do Mercosul 2009 a 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev Rene [Internet]**. v.14, n. 4, p. 720-729, 2013.

COÊLHO, D. M. M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]**. v. 19, n. 1, p. 34-43, 2010.

COUTINHO, L. A. S. A. et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa–PB, entre 2007-2010. **Rev bras ciênc saúde**. v.16, n. 1, p. 35-42, 2012.

CRUZ M.M, et al. **Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose - o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro**. Cad Saude Colet. 2012;20(2),217-24.

DUCATI R.G et al., (2006). **The resumption of consumption — a review on tuberculosis**. Mem Inst Oswaldo Cruz 101(7): 697-714.

FERREIRA, S. M. B.; DA SILVA, A. M. C.; BOTELHO C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT – Brasil. **J Bras Pneumol**. v. 31, n. 5, p. 427-35, 2005.

HIJJAR, A.M. **Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro**. Curso da tuberculose – aula 1. Rio de Janeiro.v.14, n.4, p. 310-314, 2005.

HINO, P. et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Cien Saude Coletiva**. v. 16, n. 1, p.1295-1301, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2018.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da Tuberculose entre casos notificados no município de Piriá, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**.v. 14, n. 1, p. 7-14, 2005.

MONTECHI, L. N. et. al. Distribuição espacial da tuberculose em Teresina, Piauí, de 2005 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília., v.22, n.3 set. 2013.

MORAES, N. L et al.. Características sócio-econômicas dos usuários do programa de controle da tuberculose do município do rio de janeiro. **Rev pesquis cuid fundam (Online) [Internet]**. v. 2, n. Supl, p. 209-212, 2010.

OLIVEIRA, M. S. R. et al. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Maranhão nos anos de 2012 a 2016. **Rev Pre Infec e Saúde**. v. 4, n. 1, p. 68-96, 2018.

REIS, D. N. et al. Epidemiological profile of tuberculosis in the city of Belo Horizonte (MG), from 2002 to 2008. **Rev Bras Epidemiol**. v. 16, n. 3, p. 592-602, 2013.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de saúde Pública**. Brasil. v.43, n.3, p. 389-97,2009.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**. v. 30, n. 4, p. 335-42, 2004.

SILVA, W. A. et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose no Piauí nos anos de 2010 a 2014. **R. Interd**. v. 10, n. 3, p. 31-38, jul. ago. set. 2017

TEIXEIRA, E. C.; COSTA, J. S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência. **Revista de Economia**, v. 37, n. 2, p. 106-123, maio/ago. 2011.

ZOCHE, T.L. SILVA, R.M. Tuberculose no município de Tubarão nos anos 2000-2006. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.70-76, 2009.

CONCEPÇÕES E CONDUTAS DE ENFERMEIROS FRENTE AOS ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Rosângela Silva Pereira

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Anderson Araújo Corrêa

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Adriana Alves Guedêlha Lima

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Gizelia Araújo Cunha

Universidade Federal do Maranhão
Codó – MA

Francisca Natália Alves Pinheiro

Prefeitura de Colinas
Colinas – MA

Otoniel Damasceno Sousa

Governo do Estado do Maranhão
Colinas – MA

Dheyimi Wilma Ramos Silva

Universidade Estadual do Maranhão
Coroatá – MA

Fernando Alves Sipaúba

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Jairina Nunes Chaves

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – MA

Adriana Torres dos Santos

Governo do Estado do Maranhão
São Luís – MA

Nathallya Castro Monteiro Alves

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus – AM

RESUMO: A administração de medicamentos é uma importante atribuição da enfermagem sendo que qualquer erro poderá ocasionar prejuízos irreparáveis a saúde do paciente. O objetivo desse estudo foi analisar a concepção e as condutas adotadas por enfermeiros quanto a ocorrência de erros na administração de medicamentos em dois hospitais do interior maranhense. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação, em Colinas – MA, e no Hospital Municipal Dr. Pedro Neiva de Santana, em Paraibano – MA. A coleta de dados foi executada entre os dias 15 e 30 de agosto de 2017, com uma amostra de 10 enfermeiros. Utilizou-se como instrumentos de coleta um questionário semiestruturado. A análise dos dados foi realizada através da técnica de Bardin. Verificou-se que o perfil dos enfermeiros é constituído basicamente pelo sexo feminino (70%), com faixa etária entre 23 e 34 anos (60%). O horário mostrou-se como o principal erro cometido na administração de medicamentos. Além disso, a manipulação inadequada dos medicamentos figurou como

erro frequente. Destaca-se que os enfermeiros apontaram a superlotação, como principal condicionante para o erro na administração medicamentosa. A conduta mais adotada nos casos de erro foi relatar o episódio ao médico responsável pelo paciente. Ademais, destaca-se que alguns enfermeiros, após a ocorrência de erros, propuseram mudanças na rotina de trabalho. Portanto, fomentar políticas de educação para a equipe de enfermagem torna-se fundamental, pois proporciona melhores condições de trabalho e, por conseguinte, reduz a possibilidade de erros no processo de administração medicamentosa.

PALAVRAS-CHAVE: Erro. Administração de Medicamentos. Enfermagem.

CONCEPTIONS AND CONDUCT OF NURSES TO ERRORS IN DRUG ADMINISTRATION

ABSTRACT: The administration of medications is an important nursing assignment and any mistake can cause irreparable harm to the patient's health. The objective of this study was to analyze the conception and conduct adopted by nurses regarding the occurrence of errors in medication administration in two hospitals in the interior of Maranhão. This is a qualitative approach, developed at the Municipal Hospital Nossa Senhora da Consolação, in Colinas - MA, and at the Municipal Hospital Dr. Pedro Neiva de Santana, in Paraibano - MA. Data collection was performed between August 15 and 30, 2017, with a sample of 10 nurses. A semistructured questionnaire was used as collection instruments. Data analysis was performed using the Bardin technique. It was verified that the profile of the nurses is constituted basically by the female sex (70%), with age group between 23 and 34 years (60%). The schedule proved to be the main mistake made in drug administration. In addition, improper handling of drugs was a frequent mistake. It is noteworthy that nurses pointed to overcrowding, as the main condition for the error in medication administration. The most used behavior in cases of error was to report the episode to the doctor responsible for the patient. In addition, it should be noted that some nurses, after the occurrence of errors, proposed changes in the work routine. Therefore, fostering education policies for the nursing team becomes essential as it provides better working conditions and, therefore, reduces the possibility of errors in the drug administration process.

KEYWORDS: Error. Medication Administration. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A administração de medicamentos é uma importante atribuição da equipe de enfermagem. Dessa forma, destaca-se que qualquer erro mínimo causado pode ocasionar prejuízos irreparáveis a saúde do paciente, dependendo da gravidade do seu estado clínico (GONÇALVES, 2009).

A alta demanda do sistema de saúde é sinônimo de hospitais cheios e

consequentemente serviços limitados. A equipe de enfermagem por prestar os cuidados ao paciente é exposta a possíveis erros que devem ser evitados em sua totalidade e, portanto, requerem uma atenção e capacitação mais detalhada por parte destes profissionais, principalmente, no que se refere aos erros de preparo e administração de medicamentos (LOPES, 2006).

A administração de medicamentos é na atualidade um serviço realizado quase que exclusivamente pelo profissional de enfermagem nos hospitais e demais unidades de saúde. Isto não quer dizer que outros membros da equipe de saúde não possam realizar tal atividade, no entanto, são estes profissionais que receberam capacitação teórica e prática específica. No entanto, para a realização deste importante serviço os profissionais de enfermagem devem obrigatoriamente possuir conhecimentos de farmacologia e olhar clínico para avaliar o estado de saúde do paciente (SOUZA, 2014).

De forma mais abrangente verifica-se que administração de medicamentos é um processo multidisciplinar que se caracteriza por envolver três segmentos da área da saúde que estão intimamente ligados, são eles: medicina, farmácia e enfermagem. Por consequente, o referido processo inicia-se no momento em que o médico prescreve o medicamento, logo em seguida aparece à figura do farmacêutico que é responsável por prover o mesmo e termina com o profissional de enfermagem que tem como uma das suas atribuições realizar a administração. Por conta disto, a administração medicamentosa se torna uma atividade complexa em que todos os envolvidos possuem a sua respectiva responsabilidade dentro da sua área de ação (CARVALHO, 2009).

No Brasil a administração de medicamentos é uma atividade especificadamente realizada pelo técnico de enfermagem sob a orientação e supervisão do enfermeiro. Em casos de erros e/ou falhas o profissional de enfermagem poderá responder administrativa, civil e penalmente, o que reforça a necessidade de conhecer as suas responsabilidades no exercício diário da sua profissão (COIMBRA, 2001).

Partindo desse pressuposto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) evidencia que erros na administração de medicamentos podem ser compreendidos da seguinte maneira: “qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Isso significa que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, e não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor” (COFEN, 2010).

O ser humano é passível de cometer erros no exercício da sua profissão, isto geralmente acontece devido alguns fatores, tais como: negligência, falta de conhecimento, descuido, omissão e desatenção. Enfim, são muitos os fatores que podem contribuir para o cometimento de erros neste importante setor da área da saúde. No entanto, registra-se a necessidade de minimizá-los o máximo possível, com objetivo de preservar a vida humana e o bem-estar dos pacientes (CARVALHO, 2009).

Os erros pertinentes à administração de medicamentos tornaram-se com o decorrer dos anos uma constante nos países em desenvolvimento como o Brasil, caracterizado pela pobreza e grande desigualdade social, onde um grande número de pessoas depende fundamentalmente da prestação dos serviços básicos da saúde pública. Esta, por sua vez, apresenta graves problemas relacionados à quantidade e qualidade dos seus respectivos profissionais, falta de fiscalização e controle, escassez de recursos financeiros e materiais, superlotação. Assim sendo, são muitos os gargalos da saúde pública brasileira que potencializa os profissionais da área da saúde (FERREIRA, 2014).

De acordo com os dados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) estima-se que aproximadamente 1,47 brasileiros morrem a cada 72 horas por consequências de erros relacionados à administração de medicamentos. O referido estudo ainda afirma que os eventos adversos ocorridos na administração medicamentosa possuem maior incidência nas regiões norte e nordeste do país, que são as localidades do território brasileiro que apresentam os maiores déficits de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), as piores condições de trabalho para as equipes de saúde, além da maior procura pelos serviços, ocasionando quase que sempre uma superlotação das unidades hospitalares (BRASIL, 2013).

Este não é um problema de exclusividade do Brasil, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (2017) somente nos Estados Unidos cerca de 98.000 habitantes morreram no ano passado em detrimento de erros cometidos na administração de medicamentos.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar a concepção e as condutas adotadas por enfermeiros quanto a ocorrência de erros na administração de medicamentos em dois hospitais do interior maranhense.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo utilizou a abordagem qualitativa e descritiva. O estudo foi realizado nos municípios de Colinas e Paraibano, ambos localizados na mesorregião Leste do Estado do Maranhão. A pesquisa foi desenvolvida nos hospitais gerais de cada município, Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação em Colinas/MA e Hospital Dr. Pedro Neiva de Santana em Paraibano/MA. O número de participantes em pesquisas qualitativas é definido durante a captura de dados usando o critério de saturação, onde as entrevistas foram interrompidas quando as respostas dadas pelos participantes apresentavam repetições das informações. Portanto, o presente estudo teve como população o quantitativo de 10 enfermeiros.

Foram inclusos no estudo os enfermeiros que possuíam no mínimo 06 meses de experiência e que aceitaram fazer parte do estudo assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os enfermeiros coordenadores, que não trabalham diretamente na prestação de cuidados aos pacientes.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário de entrevista contendo 07 questões. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição *ipsis literis* e análise de discurso. A coleta de dados foi realizada no período de 15 a 30 de agosto de 2017.

A análise de dados foi realizada pelo método de análise de conteúdo que possibilita uma descrição objetiva do material escrito e posterior investigação. Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, através da utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens expressas pelo indivíduo.

As categorias que emergiram da pesquisa realizada, conforme o conteúdo dos sujeitos entrevistados e que posteriormente compõem os resultados e discussões deste estudo são: categoria a) os principais erros na administração de medicamentos vivenciados pelo enfermeiro; categoria b) os principais agentes facilitadores do erro na administração medicamentosa e categoria c) o comportamento e medidas adotadas pelo enfermeiro frente ao erro na administração de medicamentos.

O estudo respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Projeto de Pesquisa foi enviado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, localizado na cidade de Caxias – MA, sendo aprovado, sob o parecer nº 2.217.294.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação ao perfil dos enfermeiros entrevistados, destaca-se que a maior parcela é do sexo feminino, apresentando na pesquisa um percentual de 70% (7) do total. Já os enfermeiros do sexo masculino correspondem a 30% (3).

De acordo com Souza (2014) desde os tempos mais remotos houve a presença mais acentuada do sexo feminino na enfermagem, que realizavam curativos aos maridos após chegarem de viagens, guerras e outras atividades que provocassem danos ao seu físico. Isto foi se perpetuando ao longo dos tempos e ainda hoje o sexo feminino possui uma maior representatividade na enfermagem. Percebe-se que a mulher possui maiores habilidades, cuidado e atenção nesta prática de cuidar das pessoas.

No tocante a faixa etária, evidencia-se que um número expressivo é constituído por indivíduos que possuem entre 23 a 27 anos, correspondendo a 60% (6). Já a faixa de 28 a 34 anos apresentou um percentual de 40% (4).

Os dados acima são muito semelhantes com os dados da pesquisa nacional

realizada pelo COFEN (2013), sobre o perfil dos enfermeiros, onde o maior percentual, cerca de 53,4% dos enfermeiros possuem entre 21 e 30 anos de idade.

No tocante ao tempo de serviço, observou-se que cerca de 40% (4) dos indivíduos entrevistados relataram trabalhar como enfermeiros entre 1 a 9 anos. Isto evidencia que os respectivos profissionais já possuem um considerável tempo de experiência. As demais variáveis apresentaram os seguintes percentuais médios: menos de 1 corresponde a 10% (1), entre 1 e 4 anos 30% (3), entre 7 e 10 anos 20% (2).

A enfermagem requer uma dedicação especial, pois, nunca se sabe quando e como chegaram os pacientes para receberem os respectivos cuidados e quanto mais tempo de serviço o profissional tiver a tendência é que tenha mais preparo e segurança na realização das atividades (SOUZA, 2014).

Análises dos principais erros na administração de medicamentos

Categoria 1: Principais erros na administração de medicamentos vivenciados pelo enfermeiro

Levando em consideração a opinião dos enfermeiros entrevistados acerca do principal erro cometido na administração de medicamentos, a maior parcela apontou o horário.

– E9 *“É difícil realizar a administração de medicamentos no horário certo aqui no hospital porque está sempre muito cheio e a quantidade de profissionais de um modo geral às vezes se torna muito escassa para atender esse horror de gente”.*

Determinados medicamentos possuem substâncias de alto impacto no organismo humano como, por exemplo, os antibióticos. Portanto, torna-se de extrema importância que os enfermeiros ministrem a dose correta no horário prescrito. Pois, em casos de administração medicamentos com dose maior ou menor, assim como não obedecendo o intervalo de horários daquele prescrito, os resultados serão diferentes daqueles esperados e dependendo da gravidade pode trazer sérias complicações ao paciente (MIASSO, 2006).

A manipulação inadequada dos medicamentos figurou como erro rotineiro no serviço de enfermagem. Durante a realização da visita *in loco* foi possível observar a falta de alguns materiais básicos de higiene pessoal, como também as precárias condições em que os profissionais de enfermagem manipulam os medicamentos.

– E6 *“Você vê em que condições nós trabalhamos, temos que nos multiplicar em vários e outra aqui falta muita coisa, a manipulação deveria ser feita num lugar mais apropriado, mas, não temos. Por isso, vamos nos virando do jeito que dá. Sei que isso aumenta as chances de erros, mas infelizmente não tem jeito”.*

As RDC's nº 67/2007 e 87/2008, ambas da ANVISA regulamentam as Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos, abrangendo questões de instalação,

equipamentos, recursos humanos, aquisição e controle da qualidade de matéria-prima, armazenamento, avaliação farmacêutica, transporte, dispensação, conservação e atuação dos profissionais da área da saúde em cada etapa do processo que vai da prescrição a administração (GONÇALVES, 2009).

De fato, os erros no processo de medicação podem gerar resultados danosos ao paciente, entre eles a piora do estado clínico ou mesmo o óbito. Vale ressaltar que tanto o técnico de enfermagem, quanto o enfermeiro e o médico podem ser responsabilizados judicialmente por danos causados a saúde e a integridade física do paciente (ABREU, 2013).

Categoria 2: Principais agentes facilitadores do erro na administração medicamentosa

No que diz respeito aos principais facilitadores de erros na administração de medicamentos, destaca-se que os enfermeiros entrevistados apontaram com maior incidência a superlotação.

– E1 *“Superlotado desse jeito é muito ruim trabalhar. Toda hora chaga alguma urgência, às vezes é acidente de múltiplas vítimas que você quer ajudar com atendimento ali imediato e acaba que fica mais propenso a cometo algum erro na hora de administrar medicamentos”.*

Em muitos hospitais e demais unidades de pronto-atendimento espalhados em todo o território brasileiro a superlotação é algo rotineiro, sendo considerado por muitos especialistas em saúde pública como um dos principais gargalos associados à falta de infraestrutura. Isto conseqüentemente potencializa os erros na administração medicamentosa (BITTENCOURT, 2010).

A grande maioria dos setores de urgência e emergência dos hospitais brasileiros apresentam uma grande quantidade de pacientes elevada para o número insuficiente de profissionais de enfermagem. Não é raro encontrar os respectivos profissionais realizando a administração de medicamentos em locais inapropriados e em situações sub-humanas porque os referidos estabelecimentos não possuem infraestrutura, assim como insumos para receber a demanda da população (CARVALHO, 2009).

– E8 *“Isso é muito complicado. Você chega animado para trabalhar. Aí se depara com esta realidade [...]. Falta muita coisa aqui pra gente ter condições de prestar um serviço de mais qualidade. E o pior que nenhuma autoridade pública vem aqui olhar as péssimas condições de infraestrutura em que temos que trabalhar. Minha filha tudo isso contribui para que haja erros na hora de dar o medicamento”.*

A falta de materiais básicos e itens de segurança como luvas e mascarás, acabam prejudicando a equipe de enfermagem na prestação de uma assistência de qualidade aos pacientes, o que conseqüentemente potencializa o cometimento de erros na administração de medicamentos (ABREU, 2013).

Segundo Bittencourt (2010) pelo fato de existir uma superlotação em vários hospitais brasileiros é comum os enfermeiros realizar a administração de medicamentos, quando na verdade deveria realizar a coordenação, orientação e a fiscalização do trabalho da equipe de enfermagem. Observa-se que o problema da superlotação contribui para que o enfermeiro realize outras atribuições que seriam do técnico de enfermagem.

Categoria 3: Comportamento e medidas adotadas pelo enfermeiro frente ao erro na administração de medicamentos.

Para muitos enfermeiros entrevistados a conduta adotada nos casos em que houve erro na administração de medicamentos foi relatar o episódio ao médico responsável pelo paciente.

– E5 *“Ao tomar conhecimento do erro acontecido, a primeira que tomei foi comunicar ao médico prescritor do respectivo medicamento. Na oportunidade ainda comuniquei o horário do episódio, os fatos ocorridos e levei as informações do prontuário do paciente”.*

Independente do erro cometido é obrigação do enfermeiro comunicar ao médico responsável que houve erro na administração. Além de juntamente com a equipe de enfermagem avaliar a potencialidade dos riscos, os danos causados e, sobretudo, tentar corrigir o erro para evitar piora no quadro clínico do paciente (FERREIRA, 2014).

O enfermeiro por ser o chefe da equipe deve possuir um perfil comunicativo, flexível e descentralizador, de tal forma que permita o técnico de enfermagem ter confiança na sua pessoa para comunicar os eventuais erros na administração de medicamentos. Pois, nesses casos é o enfermeiro o responsável por tomar as primeiras medidas (MIASSO, 2006).

Contudo, destaca-se que alguns enfermeiros ao tomarem conhecimento de erros na administração de medicamentos tomaram como medidas mudar algumas rotinas principalmente aquelas de caráter administrativo.

– E3 *“[...] Hum! Às vezes a rotina se torna tão estressante que trabalhamos no piloto automático. Isto é perigoso porque de certa forma não damos a devida atenção e cuidado quanto aos serviços de administração de medicamentos”.*

Ao constatar erros na administração de medicamentos o enfermeiro deve sempre saber as causas, as potencialidades do ato e a possibilidade de novas ocorrências, além de analisar os serviços rotineiros. A mudança em pequenos detalhes na rotina da equipe de enfermagem pode resultar na melhoria dos serviços prestados e consecutivamente minimizar os riscos de erros (FURTADO, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a concepção dos enfermeiros que trabalham nos hospitais Dr. Pedro Neiva de Santana e Nossa Senhora da Consolação, localizados respectivamente nos municípios de Paraibano/MA e Colinas/MA, frente aos erros de administração de medicamentos e conseqüentemente das condutas adotadas, tendo como finalidade contribuir para a diminuição dos riscos potenciais e melhoria dos serviços da equipe de enfermagem, sendo estes realizados com o máximo de segurança e eficácia. Haja vista, que os erros na administração medicamentosa podem afetar diretamente o tratamento realizado, pondo em risco a saúde e o bem-estar do paciente.

Com base na análise dos dados ofertados verificou-se que o perfil dos enfermeiros entrevistados é formado na sua maioria por profissionais do sexo feminino com faixa entre 23 e 34 anos de idade e apresentando como tempo de serviço entre 1 e 9 anos.

Entre os vários fatores abordados e discutidos observou-se que o horário incorreto é o principal erro cometido na administração de medicamentos. Fator estes desencadeado por problemas na infraestrutura hospitalar, escassez de recursos humanos, falta de materiais e equipamentos, além dos medicamentos serem manipulados e administrados em condições insalubres. Este se torna um erro grave, pois, as substâncias encontradas em alguns medicamentos ao entrar no organismo humano fora dos horários prescritos podem ter seu potencial diminuído ou elevado, colocando em risco a vida dos pacientes.

Com relação às condutas adotadas verificou-se que nos casos de erros na administração de medicamentos a maior parcela dos enfermeiros busca informar o prescritor do medicamento, com objetivo de somar sinergias juntamente com os demais membros da equipe de enfermagem para averiguar as causas do erro, possíveis danos causados ao paciente e formas de não agravar o problema existencial.

Por fim, conclui-se o presente estudo ciente de que o mesmo ainda não se encerra por aqui, visto a carência de pesquisas aprofundadas e contínuas sobre erros na administração de medicamentos, analisando-os sob a ótica do profissional de enfermagem. Portanto, destaca-se que fomentar políticas públicas na área da saúde torna-se fundamental para proporcionar aos profissionais de enfermagem melhores condições de trabalho, evitando assim erros na administração medicamentosa. Dessa forma, é necessário trabalhar em torno de um objetivo comum realizar a administração de medicamentos de forma segura e eficaz mediante as inúmeras situações adversas, sendo este um desafio para todos os envolvidos na equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F.G.S. de. **Erros de medicação: avaliação da prescrição percepção dos profissionais de enfermagem**. 2013. 79f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade de Brasília – Ceilândia, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70. 2011.
- BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional**. 2010. 152f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
- CARVALHO, V. T. de. **Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde**. Rev. Latino-am Enferm. Ribeirão Preto, v.7, n. 5, p. 67-75, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Erros na administração de medicamentos**. 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/anvisa-disponibiliza-formulario-de-erro-de-medicao-aos-profissionais-da-saude_6109.html>. Acesso em: 16 set. 2017.
- _____. **Pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/bloco2/tabelas/nordeste/ma/Enfermeiros.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- COIMBRA, J. A. H. *et al.* **Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência**. Rev. Latino-am. Enferm. v. 9, n. 2, p. 56-60, 2001.
- FERREIRA, M. M. de M. **O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos**. Rev. Enferm. Contem. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 61-69, 2014.
- FURTADO, D. D. **Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem**. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 45-50, 2014.
- GONÇALVES, M. L. Q. **Boas práticas para medicamentos fitoterápicos em escala magistral no setor público**. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- LOPES, C. H. A. F. **Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 59, n. 05, 2006.
- MIASSO, A. I. *et al.* **Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros**. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 524-532, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Até 2022, OMS quer reduzir pela metade problemas causados por erros no consumo de remédios**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/ate-2022-oms-quer-reduzir-pela-metade-problemas-causados-por-erros-no-consumo-de-remedios/>>. Acesso em: 13 set. 2017.
- SOUZA, L. L. de. **Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes**. Rev. Ciência e Cognição. Rondonópolis, v. 19, n. 2, 2014.

DESORDENS DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL E POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS CORTICAIS: IDENTIFICAÇÃO DE UM BIOMARCADOR NEURAL

Klinger Vagner Teixeira da Costa

Universidade Federal de Alagoas, departamento de química e biotecnologia.

Maceió - AL

Kelly Cristina Lira de Andrade

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, departamento de fonoaudiologia.

Maceió – AL

Aline Tenório Lins Carnaúba

Centro Universitário Cesmac, Faculdade de Medicina.

Maceió – AL

Fernanda Calheiros Peixoto Tenório

Universidade Federal de Alagoas, departamento de química e biotecnologia.

Maceió – AL

Ranilde Cristiane Cavalcante Costa

Universidade Federal de Alagoas, departamento de química e biotecnologia.

Maceió – AL

Luciana Castelo Branco Camurça Fernandes

Universidade Federal de Alagoas, departamento de química e biotecnologia.

Maceió – AL

Thaís Nobre Uchôa Souza

Universidade Federal de Alagoas, departamento de química e biotecnologia.

Maceió – AL

Katianne Wanderley Rocha

Centro Universitário Cesmac, departamento de otorrinolaringologia.

Maceió - AL

Dalmo de Santana Simões

Universidade Federal de Alagoas, faculdade de medicina.

Maceió – AL

Pedro de Lemos Menezes

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, departamento de fonoaudiologia.

Maceió – AL

RESUMO: As desordens do processamento auditivo central (DPAC) caracterizam-se por um inadequado processamento dos sinais acústicos no ao córtex auditivo e são decorrentes de inúmeros fatores, desde infecções congênicas maternas até síndromes genéticas. Na infância, levam ao comprometimento da linguagem, rendimento escolar baixo e, conseqüentemente, sequelas intelectuais na fase adulta. Seu diagnóstico depende de testes comportamentais e, preferencialmente, a utilização de exames eletrofisiológicos. Os potenciais evocados auditivos corticais (PEAC) são uma ferramenta diagnóstica fundamental para a busca de possíveis marcadores neurobiológicos nas DPAC. O objetivo deste trabalho foi realizar uma resenha crítica sobre a pesquisa de Koravand, Jutras e Lassonde (Abnormalities in cortical auditory responses in children with central auditory processing disorder) que investigou

neuromarcadores para o DPAC por meio dos PEAC em crianças com limiares auditivos tonais normais que apresentam problemas no processamento da informação auditiva. Os autores observaram que N2 apresentou padrões alterados em crianças em torno de 11 anos com DPAC e que tal informação serve como base para que novas pesquisas em faixas etárias menores.

PALAVRAS-CHAVE: Perda auditiva; desordens do processamento auditivo central; potenciais evocados auditivos.

AUDITORY PROCESSING DISORDERS AND CORTICAL AUDITORY EVOKED POTENTIALS: IDENTIFICATION OF A NEURAL BIOMARKER

ABSTRACT: Central auditory processing disorders (CAPD) are characterized by inadequate processing of acoustic signals in the auditory cortex and are due to many factors, from maternal congenital infections to genetic syndromes. In childhood, CAPD leads to language impairment, low school performance and, consequently, intellectual sequels in adulthood. Its diagnosis depends on behavioral tests and, preferably, the use of electrophysiological tests. Cortical auditory evoked potentials (CAEP)) are a fundamental diagnostic tool for possible neurobiological markers search in CAPD. The objective of this study was to perform a critical review of a research designed by Koravand, Jutras and Lassonde (Abnormalities in cortical auditory responses in children with central auditory processing disorder) that investigated neuromarkers for CAPD using CAEP in children with normal tonal auditory thresholds with problems in the processing of auditory information. The authors observed that N2 presented altered patterns in children around 11 years of age with CAPD and that this information is a basis for new research in younger age groups.

KEYWORDS: Hearing loss; central auditory processing disorders; auditory evoked potentials.

INTRODUÇÃO

Koravand A, Jutras B, Lassonde M. Abnormalities in cortical auditory responses in children with central auditory processing disorder. *Neuroscience*. 2017; 346:135-148.

Os Potenciais Evocados Auditivos (PEAs) são respostas eletrofisiológicas ao longo da via auditiva a variados tipos de estímulos e fornecem informações sobre o funcionamento das regiões subcorticais e corticais envolvidas na audição (HALL III, 2006a, 2006b, 2006c). Com o avanço nas técnicas de registro e a consequente melhoria da compreensão dos PEAs, a busca por medidas eletrofisiológicas que signifiquem parâmetros preditores no diagnóstico de certas patologias cresceu. Há décadas tem-se realizado pesquisas que utilizam os PEAs com o intuito de compreender melhor os aspectos que envolvem o Distúrbio de Processamento

Auditivo Central (DPAC) (MCPHERSON, 2016; ROMERO et al., 2016; YANG et al., 2012)middle latency response (MLR).

O estudo de Koravand et al. (2017), cujos autores fazem parte dos departamentos de audiolodia e psicologia da Universidade de Montreal no Canadá, envolve um tema que abrange aspectos extremamente importantes para diversas áreas como a neuropsicologia, a otorrinolaringologia, a fonoaudiologia e tantas outras afins que se dedicam ao estudo das Desordens do Processamento Auditivo Central (DPAC). A identificação de “marcadores neurais” é de extrema necessidade e pode contribuir em vários aspectos no tocante ao DPAC, pois podem ser uteis desde a triagem até a avaliação do progresso da terapia utilizada. Observa-se, na prática clínica, a necessidade de maior aproveitamento de todas as informações que os PEAs podem oferecer e mais pesquisas são necessárias para explorar todo o potencial que esta ferramenta apresenta.

O objetivo do referido trabalho foi identificar marcadores neurais de déficit cortical por meio da gravação dos PEAs em crianças com limiares auditivos tonais normais que apresentam problemas no processamento da informação auditiva. A justificativa para a realização deste trabalho se dá na importância de se identificar uma medida objetiva (marcador neural) que possa ser utilizada junto às medidas comportamentais no diagnóstico do DPAC em crianças. Atualmente, na prática clínica, o diagnóstico do DPAC é feito por equipe multidisciplinar, sendo a avaliação comportamental, em crianças muito pequenas, limitada pela dificuldade na obtenção de respostas consistentes.

METODOLOGIA

O estudo avaliou 23 crianças normouvintes, sendo 10 com DPAC (média de idade = 11 anos, DP = \pm 9 meses) e 13 sem DPAC (média de idade = 11 anos, DP = 8 meses). As crianças com DPAC foram recrutadas de três centros de reabilitação cujos diagnósticos foram feitos por audiologistas que utilizaram testes comportamentais já padronizados e utilizados na prática clínica. As crianças do grupo controle foram emparelhadas quanto ao sexo e à idade com as crianças com DPAC; um questionário foi utilizado para triagem de deficiências de aprendizado e leitura, assim como para desordens de linguagem, cognitivas ou neurológicas. Todas as crianças, com ou sem DPAC, apresentavam limiares tonais menores ou iguais a 15 dB HL nas frequências de 0.5 a 8 kHz e timpanogramas normais, bilateralmente. Embora não tenham sido avaliadas, nenhuma das crianças apresentava queixas de atenção ou memória. Para avaliar a capacidade de raciocínio não verbal, as crianças responderam ao teste de matrizes progressivas coloridas, o qual é composto por 36 questões de múltipla escolha que envolvem o raciocínio abstrato; a pontuação média do grupo no teste de raciocínio não-verbal foi acima do percentil 80, variando do percentil 75 a 95, de acordo com valores normativos de teste. Os estímulos utilizados duravam 4 ms de

duração e as respostas gravadas numa janela de 250 ms. Foram utilizados pares de estímulos verbais e não verbais artificiais, /ba/ e /da/, simples e complexos. As sequências de estímulos foram geradas por meio do software “E-prime Psychology”. Os estímulos frequentes ocorreram numa taxa de 85% em relação ao estímulo raro (15%) de forma randomizada. Durante as sessões de gravação, as crianças foram sentadas a cerca de 2 m de um monitor de computador e foram instruídas a ignorar os estímulos enquanto assistia a vídeos silenciosos com legendas.

Os sinais eletrofisiológicos foram adquiridos a uma taxa de amostragem de 250 Hz, com filtro analógico passa-banda (0.1-100 Hz). Os eletrodos terra (FCz) e de referência (Cz) foram fixados na testa e no vertex, respectivamente; os movimentos verticais e horizontais dos olhos foram medidos com eletrodos frontais Fp1 (esquerda), Fp2 (direita) e eletrodos colocados abaixo de cada olho. Os sinais foram filtrados e re-referenciados para as mastoides direita e esquerda. O EEG foi segmentado em períodos com um intervalo pré e pós-estímulo de 100 ms e 700 ms, respectivamente. Os dados foram corrigidos na linha de base para -50 ms e foram calculados em média separadamente para cada estímulo, frequente e raro. A detecção de amplitude de pico foi realizada para cada participante para medir a latência e a amplitude dos picos mais positivos e negativos.

A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. A análise de variância (ANOVA) foi realizada para medidas repetidas realizadas com o tipo de estímulo e a posição do eletrodo, tanto como variáveis intrasujeito e grupo (crianças com audição normal e crianças com DPAC) como variáveis entre sujeitos. Foi utilizada a correção de Huynh-Feldt para o ajuste de graus de liberdade para esfericidade. Foram aplicadas as correções de Bonferroni para o controle de erros do tipo I durante as análises post hoc. Foi realizado o cálculo do Z score para analisar os dados individuais mais significativos das crianças com DPAC. Os valores de p foram considerados significativos quando menores ou iguais a 0.05.

RESULTADOS

A análise ficou restrita à latência e a amplitude das ondas P1 e N2 dos estímulos frequente e raro, pois essas formas de onda foram observadas em todas as crianças, enquanto N1 e P2 estavam presentes em 75% das crianças sem DPAC e 38% com DPAC.

Nenhum efeito significativo sobre P1 foi observado. A latência de N2 se mostrou maior para os estímulos verbal e não verbal /ba/ e /da/ e sua amplitude se mostrou reduzida com estímulo puro de 2 kHz nas crianças com DPAC.

Com tons puros 1 e 2 kHz, entre 10% e 50% das crianças com DPAC apresentaram suas latências de N2 com mais de 2 desvios-padrão acima de seus

pares sem DPAC. Utilizando os estímulos verbais /ba/ e /da/, entre 50% e 80% das crianças com DPAC apresentaram a latência N2 com mais de 2 desvios-padrão acima de seus pares sem DPAC. A amplitude de N2 com o estímulo de 2 kHz se mostrou acima de 2 desvios-padrão em 20% das crianças com DPAC em relação aos seus pares.

BIOMARCADOR NEURAL NA DPAC

Os autores concluem que a onda N2 poderia ser um marcador de déficit neural em crianças com DPAC uma vez que o prolongamento da latência e a redução da amplitude de N2 poderiam ser manifestações de déficit no processamento inibitório. Contudo, a identificação de um marcador neural é tarefa difícil, pois a principal característica que o define é a especificidade. As características apresentadas a respeito da onda N2 em crianças com DPAC apenas indicam uma disfunção auditiva inespecífica.

A idade de diagnóstico do DPAC é fundamental para o grau de sucesso da terapia. A amostra deste estudo foi composta por crianças com cerca de 11 anos de idade. Nesta fase da infância, a criança com DPAC já apresenta prejuízo no processo de aquisição da linguagem e na aprendizagem escolar. Dispor de um marcador neural para DPAC faz-se necessário para a identificação da desordem nos primeiros anos de vida possibilitando que a terapia seja precocemente iniciada e os impactos na linguagem e na aprendizagem da leitura e da escrita sejam minimizados.

Com o intuito de se identificar o marcador neural, a formação dos grupos deve obedecer a critérios rigorosos de seleção dos sujeitos. No presente estudo, na seleção do grupo controle não foi aplicada a bateria de testes para DPAC para, de fato, confirmar que o grupo é composto por crianças sem DPAC; tais crianças foram selecionadas apenas com questionário de triagem. No grupo com DPAC, as crianças foram provenientes de três diferentes centros de tratamento e seus diagnósticos foram baseados em testes aplicados pelos audiologistas de cada centro. Como não há um critério universal para o diagnóstico do DPAC, pode ocorrer viés de diagnóstico quando os avaliadores não são previamente calibrados para a aplicação de tais testes; para tal, faz-se necessário a realização de teste piloto com a aplicação na análise de concordância Kappa, afim de se evitar uma diminuição no grau de confiabilidade na formação dos grupos.

O baixo grau de suspeição em quadros clínicos mais brandos do DPAC pode levar ao atraso no diagnóstico e o impacto ser silencioso e progressivo. Uma vez que é grande a variabilidade no grau de acometimento clínico, a composição da amostra deve contar com número maior de sujeitos para que o marcador neural identificado esteja presente no maior número possível de espectros clínicos do DPAC e em fases precoces da vida.

CONSIDERAÇÕES

A elaboração, análise e discussão de estudos cuja finalidade é descobrir marcadores neurais para populações específicas de pacientes não são tarefas fáceis. Os autores compreendem que na amostragem, manter os mesmos padrões de seleção dos sujeitos e um número da amostra representativo são, de fato, fatores limitantes. Desta forma, para superar tais fatores, uma possibilidade é investir esforços comuns na elaboração de estudo multicêntricos longitudinais pautados em critérios bem definidos.

A avaliação das habilidades auditivas requer um aprofundamento na compreensão das funções corticais. A definição de padrões eletrofisiológicos na via auditiva que possam caracterizar o DPAC trarão, sem dúvida, benefícios que ajudarão a integrar o diagnóstico precoce à intervenção multidisciplinar. O presente estudo evidencia que N2 apresenta padrões alterados em crianças em torno de 11 anos com DPAC; sem dúvida, tal informação serve como base para que novas pesquisas em faixas etárias menores sejam planejadas e seus resultados sejam mais esclarecedores. Assim, os PEAs nas pesquisas clínicas surgem como uma ferramenta promissora na busca de marcadores de déficit neural no DPAC, cujo diagnóstico ainda é tardio e pautado na expressão clínica.

REFERÊNCIAS

- HALL III, J. W. Auditory Middle-Latency Response (AMLR). In: HALL III, J. W. (Ed.). . **NEW HANDBOOK OF AUDITORY EVOKED RESPONSES**. 1. ed. Boston: Pearson Education, 2006a. p. 441–487.
- HALL III, J. W. ANATOMY AND PHYSIOLOGY PRINCIPLES OF AUDITORY RESPONSES. In: HALL III, J. W. (Ed.). . **NEW HANDBOOK OF AUDITORY EVOKED RESPONSES**. 1. ed. Boston: Pearson Education, 2006b. p. 35–57.
- HALL III, J. W. Auditory Late Responses (ALR). In: HALL III, J. W. (Ed.). . **NEW HANDBOOK OF AUDITORY EVOKED RESPONSES**. 1. ed. Boston: Pearson Education, 2006c. p. 488–517.
- KORAVAND, A.; JUTRAS, B.; LASSONDE, M. **Abnormalities in cortical auditory responses in children with central auditory processing disorder**. *Neuroscience*, v. 346, p. 135–148, 2017.
- MA, X.; MCPHERSON, B.; MA, L. **Electrophysiological assessment of auditory processing disorder in children with non-syndromic cleft lip and / or palate**. *PeerJ*, p. 1–19, 2016.
- ROMERO, A. C. L. et al. **Uso do potencial evocado auditivo de média latência em populações infantis: uma revisão integrativa**. *Rev. CEFAC*, v. 18, n. 1, p. 226–231, 2016.
- YANG, F. F. et al. **Central auditory nervous system dysfunction in infants with non-syndromic cleft lip and/or palate**. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 76, n. 1, p. 82–89, 2012.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE COBERTURA PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS/MA

Thays Luanny Santos Machado Barbosa

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Polyana Cabral da Silva

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Rosangela Almeida Rodrigues de Farias

Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Elza Lima da Silva

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Aline Santos Furtado Campos

Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Maria Lúcia Holanda Lopes

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Raquel de Aguiar Portela

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem.
São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO: A saúde materno-infantil tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas. Estudos nacionais têm apontado falhas na assistência pré-natal como dificuldade no acesso, número insuficiente de consultas, início tardio do acompanhamento e realização incompleta de procedimentos recomendados que interferem diretamente na qualidade e efetividade do pré-natal. Estas condições influenciam o aumento das taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil. Tem-se como objetivo investigar diferenças intraurbanas na distribuição espacial da cobertura pré-natal materna em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo ecológico com amostra de 376 mães de nascidos vivos em 2014. Os dados foram coletados no SINASC, na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA. O indicador de cobertura pré-natal foi representado pelo cálculo de cobertura de consultas de pré-natal com classificação adaptada para ausente quando for nenhuma consulta, inadequado de 1 a 5 consultas e adequada de 6 ou mais consultas. Utilizou-se o programa ArcGIS 10.5.1 para análise da distribuição espacial da cobertura pré-natal e aplicação da Técnica de Kernel. Verificou-se que 82,98% das mulheres eram adultas e jovens adultas, 57,72% eram pardas, 69,67% eram casadas/união estável, 75,27% possuíam mais de 9 anos de estudo. Sobre o pré-natal,

58,51% das mães realizaram 6 ou mais consultas. A cobertura pré-natal suficiente apresentou áreas com maior concentração nos distritos do Tirirical e Cohab e a cobertura pré-natal insuficiente no distrito Coroadinho e Itaqui-Bacanga. Os resultados confirmam diferenças intraurbanas na distribuição espacial das consultas pré-natais nos distritos Sanitários de São Luís, o que sugere má distribuição demográfica dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Materna. Distribuição Espacial da População. Indicadores Básicos de Saúde.

SPATIAL DISTRIBUTION PRENATAL COVERAGE IN SÃO LUÍS/ MA

ABSTRACT: Maternal and child health has been recognized as a priority for some decades. National studies have pointed to failures in prenatal care such as difficulty in access, insufficient number of consultations, late onset of follow-up and incomplete implementation of recommended procedures that directly interfere with the quality and effectiveness of prenatal care. These conditions influence the increase in maternal and child morbidity and mortality rates in Brazil. The objective is to investigate intra-urban differences in the spatial distribution of maternal prenatal coverage in São Luís, Maranhão. This is an ecological study with a sample of 376 live birth mothers in 2014. Data were collected at SINASC, at the Municipal Health Secretariat of São Luís / MA. The prenatal coverage indicator was represented by the calculation of coverage of prenatal consultations with a classification adapted to absent when there is no consultation, inadequate from 1 to 5 visits and adequate from 6 or more visits. The ArcGIS 10.5.1 program was used to analyze the spatial distribution of prenatal coverage and Kernel Technique application. It was verified that 82.98% of the women were adult and young adults, 57.72% were brown, 69.67% were married / stable union, 75.27% had more than 9 years of study. Regarding prenatal care, 58.51% of the mothers performed 6 or more visits. Sufficient prenatal coverage showed areas with greater concentration in the Tirirical and Cohab districts and insufficient prenatal coverage in the Coroadinho and Itaqui-Bacanga districts. The results confirm intra-urban differences in the spatial distribution of prenatal consultations in São Luís Health Districts, suggesting poor demographic distribution of health services.

KEYWORDS: Maternal Health. Spatial Distribution of Population. Basic Health Indicators.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde materno-infantil tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas por apresentar um percentual relevante de óbitos infantis e maternos decorrentes da prestação de cuidados inadequados desde o início da gestação até o pós-parto imediato (NUNES et al, 2016).

Embora a mortalidade materna e neonatal tenha sofrido redução, nos últimos

10 anos, essa condição depende, principalmente, de ações dirigidas à qualificação da atenção prestada durante o pré-natal e dos serviços de saúde de atenção ao parto (PEREIRA et al, 2017; SILVA et al, 2016).

Nesse contexto da atenção ao pré-natal, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria/GM nº 569 de 1 de junho de 2000, propõe ações de atenção à gestante, parturientes, puérperas e ao recém-nascido como forma de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2014), além de assumir como compromisso a expansão com qualificação e humanização da assistência pré-natal (CRUZ et al, 2014).

O objetivo do pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem causar danos à saúde materna, e ainda, identificando os aspectos psicossociais e intervenções de educação e prevenção. O principal indicador do prognóstico ao nascimento pode ser o acesso à assistência pré-natal no 1º trimestre da gestação (BRASIL, 2014).

Atualmente, o MS recomenda a realização de no mínimo 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre, sendo que a primeira consulta de pré-natal ocorra até o 4º mês de gestação. Até 42 dias após o parto, recomenda-se, também a realização de 01(uma) consulta no puerpério. Assim como, dispor de rede de assistência pré-natal ao parto, puerpério e neonatal, devidamente estruturado, com delimitação de unidades de referência para o diagnóstico, serviço ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2000).

Estudos nacionais têm apontado falhas na assistência pré-natal como dificuldade no acesso, número insuficiente de consultas, início tardio do acompanhamento e realização incompleta de procedimentos recomendados que interferem diretamente na qualidade e efetividade do pré-natal (VIELLAS et al, 2014). Esta condição da assistência pré-natal influencia o aumento das taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil.

Os óbitos maternos aumentaram em 22% na Amazônia entre 1996 e 2008, passando de 57 para 70 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, sem levar em conta que 29% dos óbitos maternos não são registrados no Brasil. Em 2008, foram registrados 53 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no país, valor 32% inferior à região amazônica. Entre os Estados da região amazônica, a taxa de mortalidade materna diminuiu no Acre (55%) e no Maranhão (7%); manteve-se estável no Pará e no Amazonas; e aumentou em outros Estados como Tocantins e Roraima, ambos com 90 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Ressalta-se que o Maranhão ainda apresenta uma das maiores taxas de óbitos maternos (94 óbitos/100 mil nascidos vivos) assim como os Estados já citados no mesmo ano de 2008 (CELENTANO et al, 2010).

O documento que trata da análise da situação da atenção obstétrica no mundo

publicado em 2014 faz um relato da prática obstétrica em 73 países da África, Ásia e América Latina (incluindo o Brasil). Esse relatório afirma que 3,6 milhões de mortes maternas, fetais e neonatais por ano poderiam ser evitadas se todas as mulheres tivessem acesso aos cuidados de saúde reprodutiva, materna e neonatal (UNFPA, 2014).

Além disso, os estados do Norte e Nordeste brasileiro apresentaram as mais altas taxas de mortalidade infantil e neonatal precoce do país por toda a década de 2000, revelando significativas desigualdades entre as regiões, e assim, persistem como desafios ao governo e à sociedade, mesmo considerando os avanços obtidos. Uma parcela considerável (70%) dessas mortes infantis poderia ser evitada, principalmente pela assistência pré-natal (39%), parto (14%) e neonato (28%) (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é investigar diferenças intraurbanas na distribuição espacial da cobertura pré-natal materna em São Luís, Maranhão. A realização deste estudo fornecerá subsídios para o planejamento de ações de saúde, em especial, para os profissionais que trabalham diretamente com o cuidado materno e poderá contribuir para pesquisas nacionais quanto à cobertura da assistência pré-natal.

2 | MÉTODOS

O estudo proposto é do tipo ecológico para análise espacial do indicador de cobertura pré-natal na cidade de São Luís/MA, dividida em sete Distritos Sanitários a saber: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança. A população do estudo é constituída por 16.475 mães de nascidos vivos residentes em São Luís/MA, cujos partos ocorreram em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde no ano de 2014. Foram excluídas as mães de nascidos vivos com endereços de residência incompletos, inexistentes ou não localizados na base cartográfica, como também, com dados ignorados quanto ao local de ocorrência do parto. A amostra foi calculada pela fórmula de populações finitas com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% correspondendo a 376 mães de nascidos vivos em 2014.

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2017, no banco de dados da pesquisa “Análise Espacial de Cobertura Pré-Natal em São Luís/MA”, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Maranhão, onde foram disponibilizadas as informações das Declarações de Nascidos Vivos – DNV, digitalizadas do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). As variáveis investigadas foram idade da mãe, escolaridade, estado civil, raça, perda fetal/ abortos, idade gestacional, gestação anterior, parto anterior, consultas pré-natais. A variável consulta pré-natal representou a variável dependente e compôs o cálculo de cobertura de consultas

pré-natais denominado nesta pesquisa como indicador de cobertura pré-natal.

Conforme padronizado pelo Ministério da Saúde, o indicador de cobertura pré-natal foi representado pelo cálculo de cobertura de consultas de pré-natal e terá a classificação adaptada para ausente quando for nenhuma consulta, inadequado de 1 a 5 consultas e adequada de 6 ou mais consultas. Esse indicador foi apresentado por distribuição espacial nos distritos sanitários de São Luís/MA.

Os endereços da amostra foram corrigidos com a utilização do Google Earth, versão 7.1.2.2041, e a busca das coordenadas latitude e longitude pelo site <http://batchgeo.com/> para serem georreferenciadas pelo programa TerraView, versão 4.2.2.

Após a geocodificação das residências das mães, aplicou-se a técnica de Kernel para determinar os padrões de densidade espacial, considerando o valor da banda de 1000 metros, pelo Programa ArcGIS 10.5.1. Esse método possibilita a interpolação exploratória, o que gera uma superfície de densidade para a identificação das áreas mais densas.

Esta pesquisa é parte integrante da pesquisa “Análise Espacial de Cobertura Pré-Natal em São Luís/MA” que foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466/2012, sob o número de aprovação 1.318.609. Foi financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa

3 | RESULTADOS

A população do estudo é constituída de 16.475 mães de nascidos vivos residentes em São Luís/MA, a amostra corresponde a 376 mães de nascidos vivos em 2014, cujos partos ocorreram em hospitais ou em outros estabelecimentos de saúde.

Variáveis	f	%
Idade materna		
10 a 19 anos	64	17.02
20 a 34 anos	276	73.41
35 anos ou mais	36	9.57
Raça/Cor		
Branca	51	13.56
Preta	4	1.06
Parda	217	57.72
Ignorado	104	27.66
Escolaridade		
Fundamental I	5	1.33
Fundamental II	88	23.40
Médio	191	50.80

Superior incompleto	25	6.65
Superior completo	60	15.96
Ignorada	7	1.86
Estado civil		
Solteira	107	28.46
Casada	84	22.34
Separada/Divorciada	1	0.27
União estável	178	47.33
Ignorada	6	1.60
Total	376	100

Tabela 01 – Características maternas de nascidos vivos residentes em São Luís, Maranhão, 2014.

Verificou-se que a 82,98% das mulheres pesquisadas eram adultas e jovens adultas (idade de 20 a 59 anos), porém, 17,02% eram adolescentes (10 a 19 anos). Quanto à raça/cor, 57,72% autodeclararam-se pardas. A maior porcentagem das mães (50,80%) tinha o ensino médio completo. A maior parte das mães possuía companheiro (69,67%), ou seja, era casada ou vivia em união estável (Tabela 1).

Variáveis	f	%
Consultas pré-natais		
Nenhuma	16	4.26
1 a 5 consultas	140	37.23
6 ou mais consultas	220	58.51
Idade gestacional		
Menos de 37 semanas	65	17.29
37 a 41 semanas	276	73.40
42 semanas ou mais	35	9.31
Gestação anterior		
Nuligesta	165	43.88
Primigesta	101	26.86
Secundigesta	63	16.76
Multigesta	47	12.50
Parto anterior		
Nulípara	187	49.73
Primípara	110	29.26
Secundípara	52	13.83
Múltipara	27	7.18
Perda fetal/abortos		
0	298	79.26
1	61	16.22
2	14	3.72
3	3	0.80
Total	376	100

Tabela 2 - Consultas pré-natais e antecedentes obstétricos maternos de nascidos vivos em São Luís, Maranhão, 2014.

Sobre o número de consultas pré-natais, 4,26% das mulheres não realizaram nenhuma consulta pré-natal, 37,23% realizaram de 1 a 5 consultas e 58,51% realizaram 6 ou mais consultas durante a gestação. O nascimento a termo foi mais frequente com 73,40%, enquanto o pré-termo foi 17,29%. Em relação aos antecedentes obstétricos, observou-se que 43,88% das mulheres eram nuligestas seguida de 26,86% de primigestas; 49,73% das mães não tinham realizados partos anteriores e somente 7,18% apresentaram mais de cinco partos. Quanto à perda fetal/abortos a maioria das mulheres não tiveram abortos (79,26%), porém 20,74% já tiveram 1, 2 ou 3 perdas fetais/abortos (Tabela 2).

Na Figura 1, observa-se a densidade espacial do número de consultas pré-natais pela técnica de Kernel, no ano de 2014. Os mapas da densidade espacial por meio da aplicação da técnica de Kernel mostram os locais de maior densidade de consultas por quilômetro quadrado (km²) com tons mais quentes.

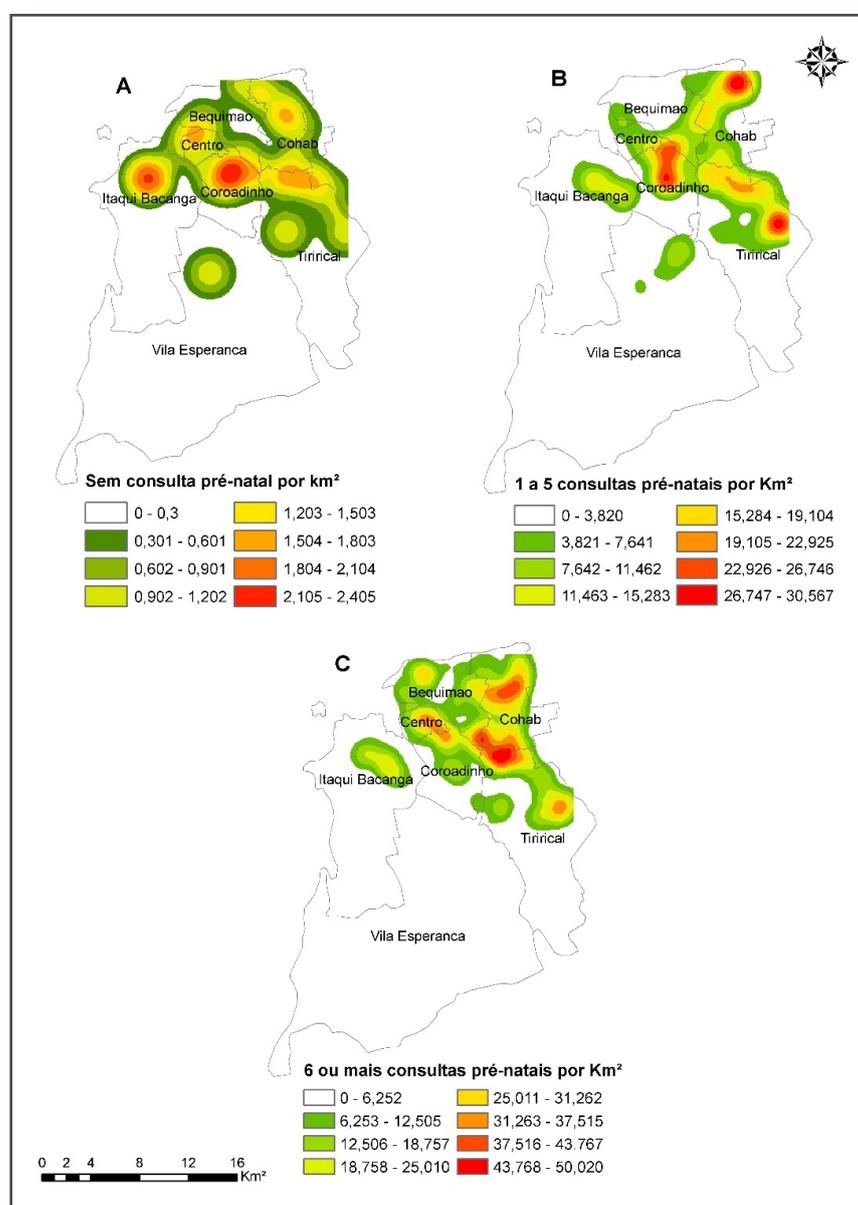


Figura 1 – Densidade espacial do número de consultas pré-natais pela técnica de Kernel, (A) sem consultas, (B) 1 a 5 consultas e (C) 6 ou mais consultas, nos distritos sanitários de São Luís, Maranhão, 2014.

Observa-se uma distribuição heterogênea, onde a maior concentração de mulheres que não realizaram consultas pré-natais se encontra no distrito Coroadinho e Itaqui-Bacanga (2,105 a 2,405 por km²), seguida de mulheres com 1 a 5 consultas pré-natais, nos distritos Coroadinho, Tirirical e Cohab (26,747 a 30,567 por km²). Em relação as 6 ou mais consultas de pré-natal, o distrito Tirirical e Cohab apresentam um aglomerado de consultas consideradas ideais para o acompanhamento pré-natal (43,768 a 50,020 por km²) (Figura 1).

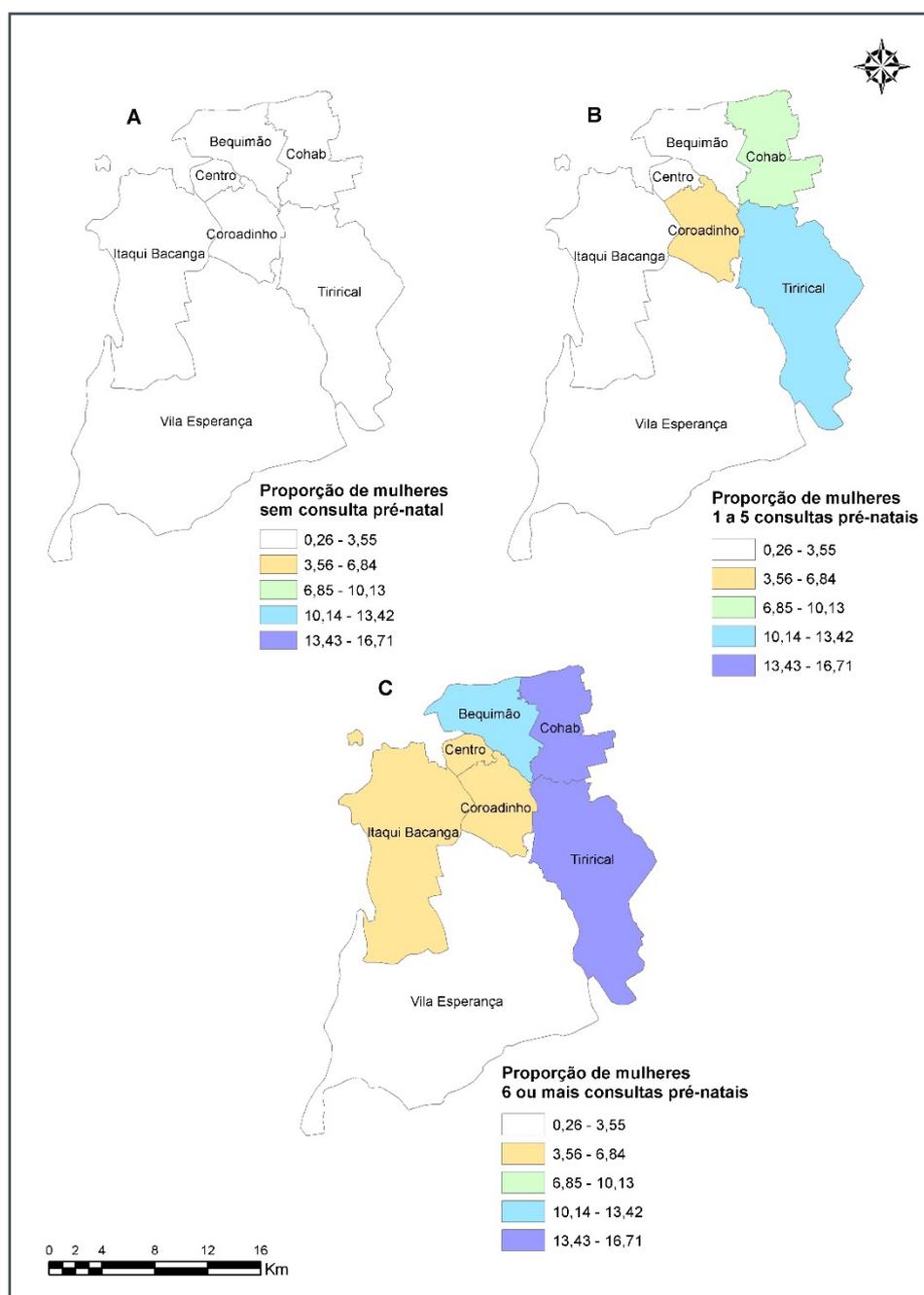


Figura 2 – Indicador de cobertura pré-natal, (A) sem consultas, (B) 1 a 5 consultas e (C) 6 ou mais consultas, nos distritos sanitários em São Luís, Maranhão, 2014.

A cobertura pré-natal ausente, inadequada e adequada, representada pelo indicador de cobertura pré-natal, mostrou uma baixa proporção de mulheres sem

consulta pré-natal nos distritos sanitários em São Luís/MA (0,26 a 3.55%). Destaca-se um aumento das proporções de 1 a 5 consultas para 6 ou mais consultas nos distritos de Bequimão, inadequado 0,26 a 3.55% para adequado 10,14 a 13,42%, Cohab, inadequado 6,85 a 10,13% para adequado 13,42 a 16,71% e Tirirical, inadequado 10,14 a 13,42% para adequado 13,42 a 16,71% (Figura 2).

4 | DISCUSSÃO

Na distribuição da cobertura pré-natal foram delineadas características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e o número de consultas realizadas pelas mulheres do estudo, esse número de consultas pré-natais foi localizado nos sete distritos de São Luís, com a finalidade de investigar diferenciais intraurbanos.

Em se tratando da idade materna, observou-se, nesta pesquisa, que o maior número de mulheres estava na faixa etária de 20 a 34 anos. Nesse contexto, o estudo de Martins (2016) revelou que em mulheres jovens, menor é a proporção de mães que realiza pré-natal ou atende ao número mínimo de consultas. Quanto à raça/cor, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou por meio do censo de 2010, que 56,06% das mulheres com filhos nascidos vivos eram pardas e 13,64% eram pretas na cidade de São Luís, considerando uma população de 743.662 mulheres com mais de 10 anos de idade com filhos nascidos vivos (IBGE, 2017), diferente desta pesquisa que somente 1,06% de mulheres pretas realizaram consultas durante a gestação.

Em relação à escolaridade, verificou-se que maioria das mulheres possuía mais de nove anos de estudo. Percebe-se crescente adequação do pré-natal com o aumento dos anos de estudo, sendo a possibilidade de um pré-natal adequado mais do que duas vezes superior naquelas com 12 ou mais anos de escolaridade (DOMINGUES et al, 2015). Acerca da situação conjugal, estudos apontam que a presença de um companheiro tem influência sobre a adequação do número de consultas realizado pela mulher (HAAS et, 2013). Consoante com tais estudos, os resultados demonstraram que a prevalência das mulheres que realizou pré-natal era casada ou vivia em união estável.

O Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre, sendo que a primeira consulta de pré-natal ocorra até o 4º mês de gestação (BRASIL, 2000). Em 2013, os índices nacionais ainda revelam uma persistência de elevadas proporções de mães com número reduzido de consultas de pré-natal (três ou menos), especialmente entre as residentes no Norte e no Nordeste com menos de 15 anos, baixa escolaridade e indígenas (BRASIL, 2015). Neste estudo, observou-se uma redução discreta do número de consultas abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, houve uma maior frequência de mulheres com 6 ou mais consultas pré-natais, o que indica a

melhoria da adesão ao acompanhamento pré-natal. No entanto, ainda há necessidade de sensibilizar equipes de saúde para promover ações socioeducativas resolutivas amparadas pelo PHPN.

O início tardio da assistência ao pré-natal para as gestantes está relacionado ao acesso aos serviços de saúde de atenção materno-infantil, onde se tem como entrave sua forma de organização. A qualidade deficiente do atendimento pré-natal no Brasil caracteriza-se pela dificuldade de acesso às consultas médicas, a fragilidade no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde com consequente demora no atendimento, a peregrinação para realização de exames, a falta de profissionais capacitados, e orientações insuficientes à gestante, condição que depende exclusivamente das atitudes dos profissionais (TOMASI et al, 2017; LUZ, 2018).

Em estudo realizado pelas cinco macrorregiões do país, demonstrou alguns fatores associados à demora da busca pelo pré-natal como dificuldade de diagnóstico da gravidez, questões pessoais e barreiras de acesso (VIELLAS et al, 2014). A dificuldade de acesso foi discutida em estudo do tipo qualitativo efetuado no Estado do Espírito Santo, onde a maioria das puérperas constatou os serviços como distantes de suas moradias, indicando a localização geográfica como barreira e motivo suficiente para o abandono da assistência pré-natal (ESPOSTI et al, 2015).

Neste estudo, o número de mulheres com gestações pré-termo é quase duas vezes maior que o número de mulheres com gestações pós-termo. Os nascimentos prematuros crescem em nível mundial e representam a principal causa de morte nas primeiras semanas de vida. Os serviços de saúde nacional devem se preparar para atender a essa demanda crescente e, assim, melhorar índices de nascimento prematuro (BRASIL, 2015).

Quanto ao número de gestação e partos anteriores, os resultados são semelhantes quando se considera que o maior número de mulheres não possuía gestação anterior, assim como parto anterior. O Ministério da Saúde e IBGE divulgou que, nos anos 2000 a 2011, a taxa de fecundidade total no Maranhão veio diminuindo gradualmente, com 3,03 em 2000 e 2,16 em 2011. Entretanto, o Maranhão ainda é o estado com a maior taxa de fecundidade total na região nordeste, ou seja, com o maior número médio anual de filhos por mulher por ano (IBGE, 2010).

Sobre a perda fetal/aborto, vários fatores podem levar à morte fetal e neonatal precoce e ambas estão relacionadas à qualidade do pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, condutas obstétricas e atendimento ao recém-nascido na sala de parto. Em 2010, 25% dos 30 mil óbitos fetais do país ocorreram em fetos com mais de 2.500g, que em relação ao peso, estariam aptos ao nascimento saudável. Esses desfechos negativos das gestações estão inerentes a falhas na capacidade preventiva e de resposta às intercorrências no perinatal (BRASIL, 2015). Um quarto de mulheres deste estudo teve pelo menos uma perda fetal/abortos, isso aponta que a mortalidade infantil ainda é problema de saúde pública e um desafio aos serviços voltados à saúde materno-infantil.

O mapeamento segundo a técnica de Kernel definiu a densidade espacial das consultas pré-natais nos distritos sanitários de São Luís/MA. As maiores concentrações por área de nenhuma consulta pré-natal foram identificadas nos distritos Coroadinho e Itaqui-Bacanga. Nos distritos Coroadinho, Tirirical e Cohab, verificou-se alta densidade de mulheres que realizaram 1 a 5 consultas pré-natais por quilômetro quadrado. Ainda nos distritos Tirirical e Cohab, observou-se os maiores valores de concentração de 6 ou mais consultas pré-natais.

O Coroadinho é o distrito que se destacou por apresentar a maior concentração de ausência de consultas pré-natais por quilômetro quadrado, o que pode ser justificado por ter apenas 3 unidades de saúde e 8 equipes da ESF, em uma área com elevadas densidades demográficas distantes das UBS (LOPES, 2016).

O IBGE (2010) constatou que no Coroadinho, 53.945 pessoas vivem em aglomerados subnormais, isso significa que, no mínimo, 51 unidades habitacionais são carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. O acesso ao serviço de saúde envolve o sistema de saúde, e também fatores individuais e comunitários (ESPOSTI, 2015). Sem a resolução desses fatores-problema é inviável prestar assistência de qualidade para população e principalmente, realizar um acompanhamento pré-natal às gestantes.

A densidade espacial das consultas pré-natais (6 ou mais consultas) apresentou áreas com maior concentração no distrito sanitário do Tirirical e Cohab. Acrescenta-se que o distrito do Tirirical também apresentou cobertura pré-natal adequada.

O distrito do Tirirical apresenta o maior número de unidades de saúde e equipes da Estratégia de saúde da família (ESF). Além disso, parte das UBS está bem distribuída geograficamente em relação à densidade demográfica, entretanto na região leste há uma elevada densidade demográfica que sobrecarrega uma única UBS (LOPES, 2016). A maior parte deste distrito indica que há uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e mais ações de saúde na comunidade por meio das equipes da ESF.

Já o distrito Cohab, apresentou setores de aglomerado de consultas consideradas ideais no acompanhamento pré-natal, isto pode estar relacionado com a extensa rede de atenção à saúde constituída por hospitais e clínicas com serviços ambulatoriais, situada naquela região, o que minimiza a sobrecarga para as UBS (LOPES, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) assegura que a Atenção Básica é desenvolvida com mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, as unidades devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e assim desempenha um papel central que garante à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado em 2016, cujo objetivo era identificar barreiras de acesso

às UBS do município de São Luís/MA, foi observado que a implantação de UBS em São Luís é insatisfatória por não considerar a demanda populacional e a distribuição geográfica. A análise espacial revelou ausência de UBS em locais de elevada densidade demográfica, sendo que algumas ainda apresentavam baixa qualidade na oferta de serviços (LOPES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A densidade espacial das consultas pré-natais se mostrou um importante indicador básico da cobertura pré-natal nos distritos de São Luís. Revelou que a cobertura pré-natal nos distritos é desigual devido às barreiras de acesso aos serviços de saúde. Esta pesquisa expõe resultados que confirmam diferenças intraurbanas na distribuição espacial dos números de consultas pré-natais nos distritos Sanitários de São Luís.

Após análise de resultados nota-se que ainda há um longo caminho e grandes barreiras em relação ao cuidado pré-natal de qualidade. A redução dos índices de mortalidade materna e infantil depende de intervenções de saúde que alcancem a mulher independente de suas características pessoais, sociais e econômicas. O cenário encontrado por este estudo reforça a necessidade ações prioritárias a serem implementadas por gestores para que assegurem uma gestação e um nascimento saudáveis, e também, cuidados específicos e efetivos para possíveis complicações nesse processo de gestar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Sistema Único de Saúde-Legislação Federal**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e causas externas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1:183, 2017.

CELENTANO, D; SANTOS, D; VERISSIMO, A. A Amazonia e os objetivos do Milênio 2010. **Belém: Imazon**. p. 88, 2010.

CRUZ, R.S.B.L.C; CAMINHA, M.F.C; FILHO, M.B. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **R Bras Ci Saúde**., v.18, n.1, p. 87-94, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam**, v. 37, n.3, p. 140-147, 2015.

ESPOSTI, C.D.D., OLIVEIRA, A.E., NETO, E.T.S., TRAVASSOS, C. Social Representations of prenatal care access within the Brazilian National Health System in the Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo, Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n.3, p.765-779, 2015.

HAAS, C.N., TEIXEIRA, L.B., BEGHETTO, M.G., Adequacy of prenatal care in a family health strategy program From Porto Alegre-Rs. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34(3), p.22-30, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas sociais.** 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em 01 de jun. 2017.

LOPES, E. J. **Análise espacial da Unidades Básicas de Saúde:** identificando barreiras no acesso. São Luís, 2016. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Maranhão, 2016.

LUZ, L.A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, v. 42, esp 2, p. 111-126, 2018.

MARTINS, A.L. *Near miss* e mulheres negras. **Saúde Soc.**; v. 25, n.3, p.573-588, 2016.

NUNES, F.B.B.F.; PRUDÊNCIO, P.S.; CARNEIRO, I.C.C.; MAMEDE, F.V. Evolução de indicadores maternos a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10 (Supl.2), p. 771-779, 2016.

PEREIRA, M.U.L.; LAMY-FILHO, F.; ANUNCIAÇÃO, O.S.; et al. Óbitos neonatais no município de São Luís: causas básicas e fatores associados ao óbito neonatal precoce. **Rev Pesq Saúde**, v.18, n.1, p.18-23, 2017.

SILVA, B.G.C.; LIMA, N.P.; SILVA, S.G.; et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência Temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol.**, v.19, n.3, p. 484-493, 2016.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T.; et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública.**, v. 33, n.3, p.1-11, 2017.

UNFPA - United Nations Population Fund. **The state of the World's midwifery 2014:** A universal Pathway. A woman's right to health. New York: UNFPA, 2014.

VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; et al. Assistência Pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 30, p. 85-100, 2014.

DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MÃES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Beatriz Borges Pereira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Marilha Neres Leandro

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Cinthyá Suyane Pereira Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Caroly Celina Feitosa Castelo Branco

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – Piauí

Larissa Magalhães Soares

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Yaskara Waleska Teles Dos Santos

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

RESUMO: INTRODUÇÃO: A primeira medida a ser estimulada para promoção da saúde e formação de hábitos alimentares saudáveis é a amamentação, pois é a única prática capaz de fornecer todos os nutrientes em quantidades equilibradas, atendendo às necessidades do lactente. **OBJETIVO:** Conhecer a duração do aleitamento materno exclusivo em mães atendidas em uma unidade básica de saúde e analisar os fatores que podem levar ao

desmame precoce. **METODOLOGIA:** Estudo de caráter transversal com abordagem quantitativa, de natureza descritiva. A população do estudo foi composta por 22 mães atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Juazeiro do Norte-CE, com idade superior a 19 anos, tendo filhos com idade entre 6 meses e 2 anos. **RESULTADOS:** 50% das entrevistadas não amamentaram exclusivamente até os seis meses de vida da criança, tendo algumas que o fizeram por menos de um mês. Alguns fatores influenciaram no desmame precoce como trabalho materno, renda, inexperiência com a gestação, o tipo de parto, pré natal deficiente e uso de bicos artificiais. Observa-se que muitos fatores que influenciaram o desmame precoce ou a inclusão de outros alimentos à dieta da criança são passíveis de modificação e de responsabilidade social do profissional de saúde, pois poderiam ser amenizados com uma correta orientação. **CONCLUSÃO:** Há necessidade de uma estratégia adequada para o fortalecimento da prática do aleitamento materno e caracterizar os fatores que interferem para a eficiência e aumento dos índices de amamentação exclusiva, principalmente nos primeiros seis meses de vida da criança levando em consideração os benefícios do mesmo. **PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno, duração, benefícios.

DURATION OF EXCLUSIVE MOTHER'S BREASTFEEDING IN MOTHERS SERVED IN A BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: INTRODUCTION: The first measure to be stimulated for health promotion and formation of healthy eating habits is breastfeeding, since it is the only practice capable of providing all nutrients in balanced quantities, taking into account the needs of the infant. **OBJECTIVE:** To know the duration of exclusive breastfeeding in mothers attending a primary care unit and to analyze the factors that may lead to early weaning. **METHODOLOGY:** Cross - sectional study with quantitative approach, of a descriptive nature. The study population consisted of 22 mothers attended at a Basic Health Unit in Juazeiro do Norte-CE, aged over 19 years, with children aged between 6 months and 2 years. **RESULTS:** Fifty percent of the women interviewed did not exclusively breastfeed until the child's six months of life, with some who did so for less than one month. Some factors influenced early weaning, such as maternal labor, income, inexperience with pregnancy, type of delivery, poor pre-natal care and use of artificial nozzles. It is observed that many factors that influenced the early weaning or the inclusion of other foods in the child's diet are susceptible of modification and social responsibility of the health professional, since they could be provided with a correct orientation. **CONCLUSION:** There is a need for an adequate strategy to strengthen the practice of breastfeeding and to characterize the factors that interfere with the efficiency and increase of exclusive breastfeeding rates, especially in the first six months of the child's life taking into account the benefits of breastfeeding. **KEYWORDS:** Breastfeeding, duration, benefits.

1 | INTRODUÇÃO

A amamentação é um processo fisiológico, natural, constituindo a melhor forma de alimentar e proteger o recém-nascido. A mesma está presente na Terra e acompanha o homem desde os primórdios da humanidade sendo seus descendentes, amamentados em 99,9% (CHAVES, 2013).

A primeira medida a ser estimulada para promoção da saúde e formação de hábitos alimentares saudáveis é a amamentação, pois é a única prática capaz de fornecer todos os nutrientes em quantidades equilibradas, atendendo às necessidades fisiológicas e digestivas da criança, considerando o seu metabolismo (BRASIL, 2015).

Levy e Bértolo (2012) firmam que o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer em longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

O referido alimento atende plenamente aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos, ao crescimento e desenvolvimento adequado de uma

criança no primeiro ano de vida, período de grande vulnerabilidade para a saúde da mesma (ABDALA, 2011).

O leite materno humano é, portanto, não apenas um suplemento nutricional perfeitamente adaptado para os bebês, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que o bebê receberá, oferecido em um momento em que a expressão gênica está sendo ajustada para a vida. Esta é uma oportunidade a conformação de saúde que não deve ser perdida (BRASIL, 2016).

Dessa forma o ato de amamentar é de extrema importância, proporciona um elo inseparável, por meio do contato direto entre mãe e filho, com efeito tranquilizante e analgésico para o lactente. Esta interação materno-infantil possui o poder de modular o estado comportamental da criança e da mãe, com influências no desenvolvimento psicológico afetivo e no aprendizado (XIMENES et al., 2010).

Entretanto, mesmo com os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado pela OMS e Ministério (BRASIL, 2009).

Muitos são os fatores associados ao desmame antes do 6º mês de vida da criança, alguns relacionados ao desconforto ao amamentar. Muitas mulheres não amamentam porque se deparam com dificuldades, sobretudo nos primeiros dias pós-parto, ou não têm sucesso na sua manutenção devido a problemas específicos do aleitamento materno, nomeadamente: traumas mamários (ingurgitamento, dor mamar, mastite, etc.), mamilos invertidos, monilíase, crenças (como a do “leite fraco”), pega incorreta, desconforto, entre outros (CREMONESE et al., 2011).

Assim a amamentação deve ser ativamente estimulada pelos profissionais de saúde envolvidos na relação mãe, filho e família. O aconselhamento deve ser iniciado logo na gravidez, uma vez que muitas mulheres tomam a sua decisão no decorrer desse período, devendo ser mantido após o nascimento do bebê, facultando à mãe um apoio contínuo para que se possam esclarecer dúvidas, desmistificar falsas crenças, medos, tabus e receios próprios dessa fase (GREINER, 2014).

Portanto o desmame não repercute apenas na saúde física da criança, mas, também, pode influenciar o aspecto psicológico, pela interrupção abrupta do vínculo mãe-criança. Além disso, retarda o retorno da mulher às suas condições físicas anteriores à gravidez (aspectos físicos e biológico) e afeta o orçamento familiar, devido ao custo das fórmulas lácteas (aspecto econômico) (ORIÁ, 2010).

Diante do contexto exposto, pode-se perceber os benefícios do aleitamento materno para lactentes e lactantes, desta forma é de suma importância analisar se as mães estão amamentando exclusivamente seus filhos até os seis primeiros meses de vida, observar se ocorre desmame precoce e identificar as possíveis causas. Deste modo o presente estudo objetiva Identificar a duração do aleitamento materno exclusivo em mães atendidas em uma unidade básica de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que compreende duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), 40 e 66, um Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A UBS está localizada no bairro São Miguel, município de Juazeiro do Norte – CE. Esta cidade está localizada na região metropolitana do Cariri, Sul do estado do Ceará e conta, atualmente, com uma população de 271,928 habitantes e área territorial de 248,832 km² (IBGE, 2018).

A população foi composta por 22 mães atendidas na UBS no período da coleta. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 19 anos, ter filho com idade compreendida entre 6 meses e 2 anos ou terem filhos com idade inferior a 6 meses, que não estivesse sendo amamentado exclusivamente. Os critérios de exclusão foram: idade materna inferior a 19 anos, ter filhos com idade superior a 2 anos ou inferior a 6 meses amamentando exclusivamente, também não puderam participar da pesquisa “mães não biológicas” e mães que foram impossibilitadas de amamentar por motivo de saúde.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário contendo perguntas sobre as condições socioeconômicas das puérperas, levantamento de informações sobre o período gravídico, parto e pós-parto, bem como os anseios das mães sobre amamentação e o conhecimento das mesmas sobre os benefícios do aleitamento materno.

Os dados foram analisados de acordo com uma estatística descrita. Os números foram organizados e posteriormente tabulados com auxílio do software Microsoft Office Excel 2013 onde foram elaboradas planilhas com os resultados, para posterior apresentação em forma de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte (CEP/FJN), obtendo número do Parecer 2.107.261 (ANEXO A). Posteriormente a secretaria de saúde assinou um termo autorizando a realização da pesquisa na UBS. As mães também confirmaram a participação no estudo, assinando o termo de consentimento (TCLE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada foi composta por 22 mães, com idades entre 20 a 44 anos. Destas 50% (n=11) amamentaram exclusivamente até o sexto mês. Dentre as que não fizeram a referida prática exclusivamente foi possível categorizar em quais meses foram incluídos outros alimentos aos bebês, observou-se que a maior prevalência de amamentação exclusiva foi até o terceiro mês 13,63% (n=3). Entretanto 9,09% (n=2) das mães amamentaram exclusivamente por menos de um

mês, ou seja, apenas nos primeiros dias de vida da criança (**Gráfico 1**).

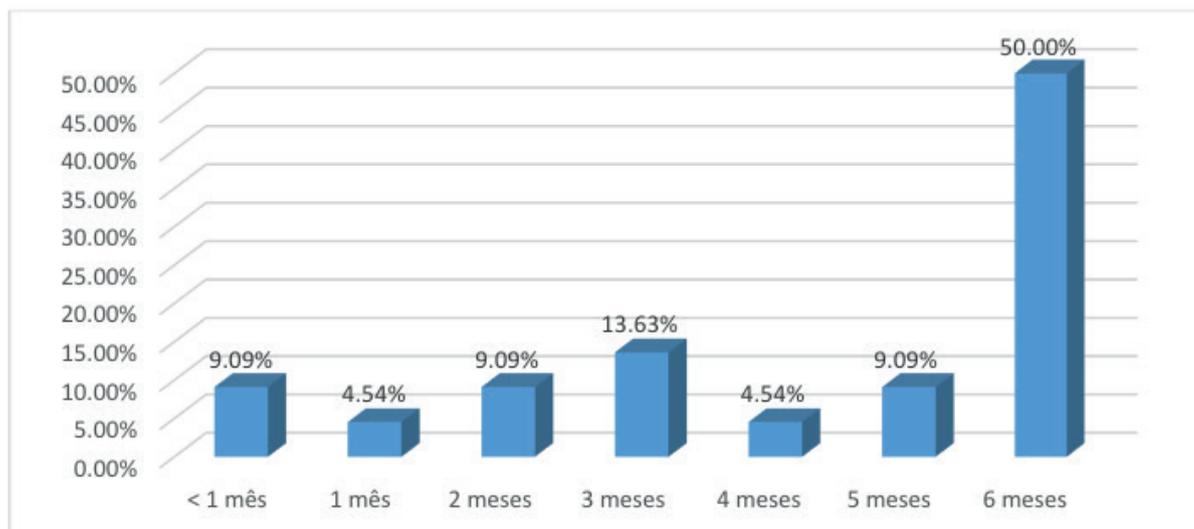


Gráfico 1: Duração em meses do aleitamento materno exclusivo em mães de crianças menores de dois anos assistidas em UBS de Juazeiro do Norte/CE.

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados mostram que uma parte considerável de mães amamentaram exclusivamente (50%). Um estudo realizado por Saldiva et al. (2011) em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou resultados semelhantes quanto ao tempo de aleitamento materno exclusivo dentre as crianças analisadas, destas 94% menores de três meses e 83% tinham entre três e seis meses, a taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 52,2% nas duas faixas de idade.

Em um estudo de coorte realizado por Rieth e Coimbra (2010) que foi realizado em dois momentos, utilizando dados coletados no município de São Luís - MA mostrou que em relação ao tempo de aleitamento materno 19,5% das crianças mamaram menos de 6 meses, 13,4% mamaram de 6 a 12 meses, 9,7% mamaram de 12 a 24 meses e 57,3% mamaram mais de 24 meses, este último representa um bom indicativo, uma vez que a OMS recomenda o aleitamento materno até dois anos de idade ou mais. Entretanto em relação ao AME até o sexto mês de vida, o referido estudo apresentou prevalência baixa.

Atualmente, no Brasil, 68% das crianças iniciam o aleitamento materno (AM) nos primeiros dias de vida, apenas 41% delas mantem-se em AME até os seis meses e 25% permanecem em AM 12 até os dois anos de idade (UNICEF 2014).

Na tabela 1 foi feita a relação entre os tipos aleitamento e as variáveis socioeconômicas, onde a maior parte da população estudada tinha idade entre 20 a 30 anos, era solteira, tinham ensino médio, trabalhavam fora de casa e tinham renda mensal menor que um salário mínimo.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi menor em mães que trabalhavam fora de casa e que ganhavam entre um e dois salários mínimos.

Variáveis	Número de mães		Aleitamento materno exclusivo		Aleitamento misto	
	N	%	N	%	N	%
Idade Materna						
20 a 30	12	54,54	7	58,33	5	41,67
31 a 40	7	31,81	2	28,57	5	71,43
>40	3	13,64	2	66,67	1	33,33
Estado Civil						
Casada	7	31,81	2	28,57	5	71,43
Solteira	15	68,18	9	60	6	40
Escolaridade						
Ensino Fundamental	2	9,10	2	100	0	0
Ensino Médio	19	86,36	9	47,37	10	52,63
Superior	1	4,54	0	0	1	100
Profissão/ocupação						
Autônoma	3	13,64	2	66,67	1	33,33
Dona de casa	8	36,36	5	62,5	3	37,5
Trabalha fora	11	50	3	27,27	7	63,64
Renda Familiar						
< 1 salário mínimo	12	54,54	6	50	6	50
Entre 1 e 2 salários mínimos	7	31,82	3	42,86	4	57,14
> 3 salários mínimos	3	13,64	2	66,67	1	33,33

Tabela 1. Caracterização dos tipos de aleitamento materno relacionados a fatores socioeconômicas das mães de crianças menores de dois anos assistidas em UBS de Juazeiro do Norte/CE

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à idade materna, observou-se uma prevalência de mães com idade entre 20 a 30 anos (54,54%), neste grupo e entre as mães que tinham mais de 40 anos observou-se uma prevalência maior de aleitamento materno exclusivo (58,33%) e (66,67%) respectivamente. O mesmo não aconteceu com as mães que tinham entre 31 a 40 anos, onde prevaleceu a aleitamento misto (71,43%).

Pesquisa realizada por Coelho (2014) com resultados semelhantes em relação à idade e o tempo de aleitamento no Centro Hospitalar Valem Tâmega e Sousa um total de 63 inquéritos foi obtido, com média da idade materna de 30 anos e 40 anos averiguou-se que as mulheres da amostra, que ainda amamentavam, eram mais velhas que as que haviam parado de amamentar, ainda que não seja estatisticamente significativa.

De acordo com Araújo et al. (2008) a idade materna mais jovem pode estar relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como o nível de escolaridade, ainda baixo, menor poder aquisitivo e, muitas vezes, o fato de serem solteiras.

No que diz respeito à escolaridade, 86,36% da amostra tinha ensino

médio. Observou-se que a prevalência de AME foi inversamente proporcional ao grau de escolaridade, sendo que 100% das mães que tinham nível fundamental amamentaram exclusivamente, decaindo para 47% para quem tinha ensino médio e chegando 0% para nível superior. Estudo realizado com 34 mulheres escolhidas de forma aleatória, com idades entre 14 e 42 anos, que se dispuseram participar voluntariamente da pesquisa na cidade de Guarapuava/PR, onde foram observados resultados semelhantes ao do presente estudo em relação à escolaridade onde 50% das mães que amamentaram exclusivamente tinham ensino fundamental incompleto (BENINCA, FREITAS 2009).

Ao relacionarmos profissão/ocupação e renda com os tipos de aleitamento, as mães que trabalhavam fora tiveram prevalência de aleitamento menor (27,27%) em relação as que eram donas de casa (62,5%) ou autônomas (66,67%). Já as que recebiam mais de três salários mínimos, tiveram uma maior prevalência de AME (66,67%) que as demais.

Resultados divergentes foram encontrados por Vitor et al. (2009) em um estudo feito em cinco cidades do Rio Grande do Sul, onde a amostra totalizou 200 crianças. Com relação ao trabalho materno, verificou-se que 69,2% das entrevistadas que eram donas de casa ofereceram aleitamento materno exclusivo por um tempo inferior a seis meses. Já quando se fez a correlação da variável renda familiar com aleitamento materno exclusivo foi possível observar semelhança com o presente estudo, pois verificou-se que 70,4% das entrevistadas que recebiam menos de 3 salários-mínimos não amamentaram exclusivamente por 6 meses. Em contrapartida das que recebiam mais de 3 salários-mínimos, 65,7% ofereceram aleitamento materno exclusivo pelo período de 6 meses.

Quanto aos fatores obstétricos foi possível observar que metade das mães haviam tido gestações anteriores, das quais 54,55% amamentaram exclusivamente, já entre as que não haviam tido filhos anteriormente, o índice de aleitamento exclusivo foi menor (45,45%). A maioria teve parto cesariano e não tiveram intercorrências durante a gestação. O índice de aleitamento materno exclusivo foi menor em mulheres que teve parto cesariano (**Tabela 2**).

Variáveis	Número de mães		Aleitamento materno exclusivo		Aleitamento misto	
	N	%	N	%	N	%
Gestações anteriores						
Sim	11	50	6	54,55	5	45,45
Não	11	50	5	45,45	6	54,55
Tipo de parto						
Vaginal	8	36,36	5	62,5	3	37,5
Cesariana	14	63,64	6	42,86	8	57,14
Intercorrências durante a gestação						

Sim	2	9,10	1	50	1	50
Não	20	90,91	9	45	11	55

Tabela 2. Caracterização dos tipos de aleitamento materno relacionados aos fatores obstétricos das mães de crianças menores de dois anos assistidas em UBS de Juazeiro do Norte/CE.

Fonte: Dados da pesquisa

Relacionando os tipos de aleitamento materno aos fatores obstétricos verificou-se uma prevalência de AME maior em mães multíparas (54,55%). Estudo com resultados semelhantes foi realizado por Santana et al. (2010) em quatro unidades de saúde da família, em Santo Antônio de Jesus-BA, onde das 87,5% multíparas que tiveram experiência em amamentações anteriores, 46,7% amamentaram exclusivamente até seis meses e 60% amamentaram de forma complementar por mais de 6 meses.

No presente estudo foi possível verificar que o maior percentual de AME foi proveniente das mães que tiveram parto vaginal (62,5%). D’Orsi et al (2005) em um estudo realizado no Rio de Janeiro, também encontrou maior prevalência de amamentação ao nascimento nos partos normais (33% em uma maternidade pública e 23,7% em uma maternidade privada) do que nos cesáreos (6,9% na pública e 8% na privada).

Já no estudo desenvolvido por Souza et al. (2013), realizado com 46 mães em uma creche comunitária situada na zona sul do Município do Rio de Janeiro, obteve resultado divergente onde 62,5% das que tiveram parto cesariano amamentaram exclusivamente, enquanto das que tiveram parto normal apenas 37,5% o fizeram exclusivamente.

Ao se observar as informações referentes ao pré-natal, ver-se que as maiorias das mães realizaram mais de seis consultas neste período 95,45% (n=21), dentre elas 52,38% amamentaram exclusivamente. Ao serem questionadas quanto as informações sobre o aleitamento materno durante o pré-natal, 90,90% (n=20) relataram ter recebido essas informações, destas 55% amamentaram exclusivamente, o mesmo não aconteceu com as que relataram não ter recebido as informações (9,10%), neste grupo nenhuma das mães amamentaram exclusivamente.

Quanto a pretensão de amamentar, todas as participantes relataram ter esse anseio. Também foi observado que 63,64% das mães ofereceram bicos artificiais aos seus filhos, dentre elas apenas 35,71% amamentaram exclusivamente (**Tabela 3**).

Variáveis	Número de mães		Aleitamento materno exclusivo		Aleitamento misto	
	n	%	N	%	N	%
Nº de consultas pré-natal						
< 6	1	4,55	0	0	1	100
≥ 6	21	95,45	11	52,38	10	47,62

Orientações sobre AM durante o pré-natal						
Sim	20	90,90	11	55	9	45
Não	2	9,10	0	0	2	100
Pretendia amamentar						
Sim	22	100	11	50	11	50
Não	0	0	0	0	0	0
Uso de bicos artificiais						
Sim	14	63,64	5	35,71	9	64,29
Não	8	36,36	6	75	2	25

Tabela 3. Caracterização dos tipos de aleitamento materno relacionados às informações do pré-natal das mães de crianças menores de dois anos assistidas em UBS de Juazeiro do Norte/CE.

Fonte: Dados da pesquisa

A realização do pré-natal durante toda a gestação é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança e evitar morbimortalidade materna e infantil. Trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes do cuidado infantil, como o fornecimento de informações essenciais para a promoção do aleitamento materno. No presente estudo todas as mães realizaram o pré-natal, dentre as que realizaram seis ou mais de seis consultas, 52,38% amamentaram exclusivamente, já a parcela que realizou menos de seis consultas não amamentou exclusivamente.

Estudo realizado por Barbieri et al. (2015) com 36 gestantes da Regional Pinheiros, que é constituída por três UBS, em Maringá-PR, mostrou resultados semelhante onde quase 90,0% das entrevistadas frequentaram mais de sete consultas durante o pré-natal, valores esses considerados positivos quanto a amamentação exclusiva. Dentre as mães que apresentavam experiência com amamentação a média de AME foi de 126,9 dias.

Quanto às orientações durante o pré-natal, os resultados mostram que 100% das mães que não receberam informações sobre aleitamento materno inseriram outros tipos de leites e/ou formulas infantis antes que o bebê completasse sei meses de vida. Enquanto 55% das mães que receberam essas informações amamentaram exclusivamente. Porcentagens um pouco maiores foram encontradas em uma pesquisa realizada por Santana et al (2010) em Santo Antônio de Jesus-BA, mostrando que 75% das gestantes que receberam informações durante o pré-natal amamentaram por mais tempo.

Outra pesquisa feita Barberi et al. (2015) em Regional Pinheiros, Maringá, Paraná, mostrou que 58,3% das entrevistadas receberam orientações sobre amamentação durante o pré-natal. Dentre as informações, o tempo de AME, a importância, o posicionamento e pega foram as mais referidas pelas mães. Na maternidade, a grande maioria das mães (83,3%) recebeu orientações sobre amamentação, sendo que apenas (16,7%) não foram orientadas sobre o tema.

Destas (21,3) amamentaram exclusivamente por seis meses.

Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, das desvantagens tanto para a mãe como para o filho, devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança. O profissional de saúde deve englobar um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e da criança.

Algumas mães ofereceram aos filhos bicos artificiais, neste grupo apenas 35,71% tiveram AME, enquanto as que não fizeram uso, o percentual de AME chegou a 75%. Estudo realizado por Alves (2003) pela análise multivariada, o risco bruto de interromper o aleitamento materno entre 1 e 6 meses foi maior com uso de substitutos do leite humano 95% ou com o uso em tempo integral de chupeta com 1 mês. Mesmo após o controle para potenciais fatores de confusão, incluindo a opinião materna sobre a influência das chupetas na amamentação, o risco permaneceu elevado quando a criança não foi amamentada ao seio ou usou chupeta em tempo integral 2,37% sendo ambos efeitos independentes.

Quando questionadas sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, 9,10%, das mães relataram não terem conhecimento, 18,18% dizem ser um alimento completo, a mesma parcela 18,18% relatou ajudar no nascimento dos dentes da criança e a maior parte delas citou que fortalece a imunidade e previne doenças 54,54% (n=12) (**Gráfico2**).

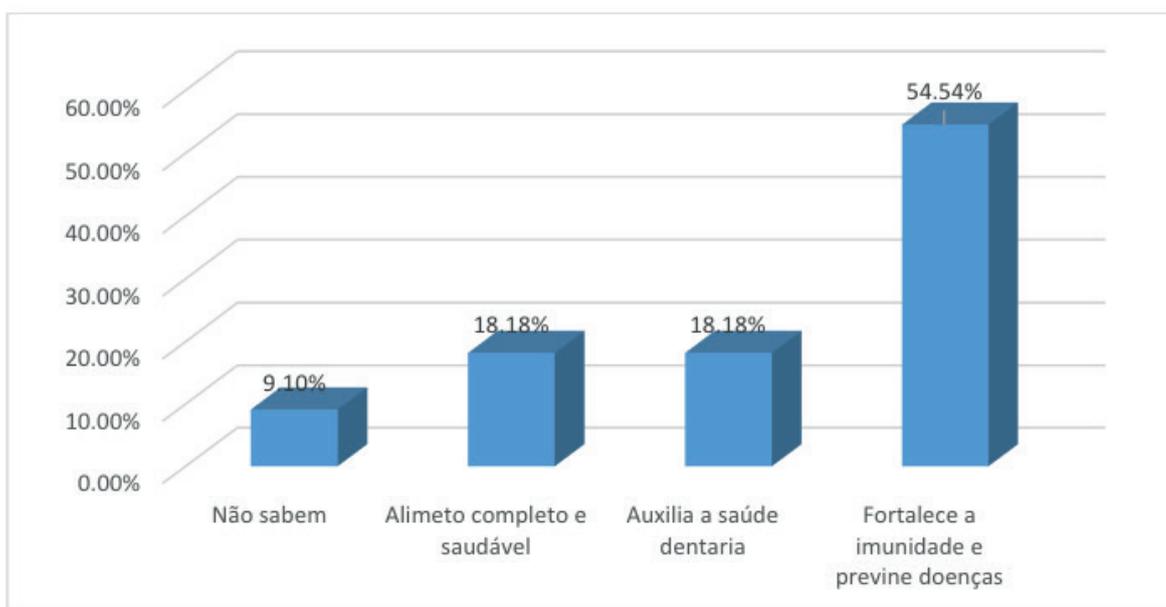


Gráfico 2: Benefícios do aleitamento materno exclusivo citado pelas mães de crianças menores de dois anos assistidas em UBS de Juazeiro do Norte/CE.

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação os benefícios do aleitamento tanto para a mãe quanto para a

criança 9,1% das mães dizem não saber e 54,54% dizem melhorar a imunidade do bebê e previne doenças, nenhuma mãe relatou benefícios do AM para sua própria saúde. Um estudo feito por Santana et al. (2010) observou-se que tanto as mulheres primigestas quanto as multíparas apresentam dificuldades relacionadas ao reconhecimento do aleitamento materno como alimento importante nos primeiros seis meses de vida da criança.

A compreensão que as mulheres têm sobre o aleitamento materno influencia diretamente as suas atitudes quanto ao ato de amamentar. Por isso, é relevante que elas tenham acesso ao conhecimento dos benefícios que a amamentação traz, bem como que os profissionais de saúde as orientem para se evitar o desmame precoce (ARAÚJO et al., 2008).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que metade das entrevistadas não amamentaram exclusivamente até os seis meses de vida da criança, tendo algumas que o fizeram por menos de um mês, taxas que são muito baixas e muito aquém do que recomenda a OMS. Pode ser observado que alguns fatores influenciaram o desmame precoce, entretendo os mesmos são passíveis de modificação e de responsabilidade social do profissional de saúde, pois poderiam ser amenizados com uma correta orientação ainda durante o pré-natal e nos acompanhamentos da puericultura.

Conclui-se que há necessidade de uma estratégia adequada para o fortalecimento da prática do aleitamento materno, levar mais conhecimento à população em geral e caracterizar os fatores que interferem para a eficiência e aumento dos índices de amamentação exclusiva, principalmente nos primeiros seis meses de vida da criança levando em consideração os benefícios do mesmo.

REFERÊNCIAS

ABDALA, M. A. P. **Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011. 57f. Monografia (especialização em Saúde da Família).

ALVES 2003. **O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno**. *Jornal de pediatria*. V77. n9,2003.

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.61, n. 4,p. 488-492, 2008.

BARBIERI, M. C.; BERGINI, L. O.; BRONDANI, K. J. M.; FERRARI, R. A. P.; TACLA, M. T. G. M.; SANT' ANNA, F. L. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 17-24, ago. 2015.

BENINCÁ, S. C.; FREITAS, A. R. **Prevalência de Fatores de Influência na Realização de Aleitamento Materno Exclusivo por uma Amostra de Mães da Cidade de Guarapuava-PR.** p. 2-20, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2ª ed. Brasília; 2015. 112p.

_____. **Campanha de aleitamento materno.** 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1x2wo58>>. Acesso em: 30 outubro. 2016

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); Cadernos de Atenção Básica, n. 23

CHAVES, R.G. Por que amamentar exclusivamente até 6 meses e manter a amamentação até 2 anos ou mais? In: SANTIAGO, L.B. **Manual de aleitamento materno.** São Paulo: MANOLE. p.22-30, 2013.

COELHO, A. M. G. **Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa.** Mestrado integrado em medicina 2014/2015.

CREMONESE, L.; WILHELM, L.A.; SANTOS, C. C.; ALVES, C. N.; MARTELLO, N. V.; SILVA, S. C.; CASTIGLIONI, C. M.; RESSEL, L. B. Dificuldades vividas no processo do aleitamento materno. **Trabalho de Pesquisa _UFSM2011.** Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5753.pdf>>

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública.** 2005; (39): p 646-54.

GREINER T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista Saúde Pública;** v.31, n. 2, p. 149-156, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** Juazeiro do Norte, 2018. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230730>>. Acesso em: 10/05/19.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno.** Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Edição revista: 2012 p8.

RIETH, N. F. A.; COIMBRA, L. C. Caracterização do aleitamento materno em São Luís-MA. **Revista de Pesquisa em Saúde,** v. 17, n. 1, p. 7-12, jan-abr, 2010.

SALDIVA, S. R. D. M.; VENANCIO, S. I.; GOUVEIA, A. G. C.; CASTRO, A. L.; ESCUDER, M. M.; GIUGLIANI, E. R. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Caderneta Saúde Pública.** v. 27, n. 11, p. 2253-2262, 2011.

SANTANA, J. M. S.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. Amamentação: conhecimento práticas de gestantes. **O mundo da Saúde,** São Paulo. v. 37, n. 3, p. 259-267, 2010.

SOUZA, M. H. N.; SODRÊ, V. R. D.; SILVA, F. N. F. Prevalência e fatores associados a prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. **Ciência y Enfermería XXI** v. 1, p. 55-67, 2013.

UNICEF. **Promovendo o aleitamento materno,** 2007. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pdf/aleitamento.pdf>.

VITOR, R. S.; VITOR, M. C. S.; OLIVEIRA, T. M.; CORRÊA, C. A.; MENEZES, H. S. Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul** - AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 44-48, 2009.

XIMENES, L.B. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. v.14, n.2, p.377-385, 2010

ORÍÁ, M. O. B, XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding SelfEfficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN DE 2008 A 2018

Jessica Costa Brito Pacheco Moura

Hospital Regional Norte (HRN). Coordenadora de Enfermagem da Emergência Pediátrica. Sobral – CE.

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Departamento de Enfermagem. Programa de Mestrado em Enfermagem. Redenção – CE.

Maria Thayane Jorge Freire

Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia. Sobral – CE.

Maria Aline Moreira Ximenes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Departamento de Enfermagem. Graduação em Enfermagem. Sobral – CE.

Camila Paiva Martins

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Programa de Residência em Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro – RJ.

Ana Suzane Pereira Martins

Universidade Federal do Piauí (UFPI). Departamento de Pós – Graduação em Enfermagem. Programa de Mestrado em Enfermagem. Teresina – PI.

Eliziane Ribeiro Barros

Hospital Regional Norte (HRN). Enfermeira do Serviço de Estomaterapia. Sobral – CE.

Maria Simônia Gonçalves de Oliveira

Centro de Referência em Infectologia de Sobral (CRIS). Assistente Social. Sobral – CE.

RESUMO: O objetivo dessa produção é analisar a situação epidemiológica da tuberculose no município de Sobral-Ceará no período de 2008 a 2018. Trata-se de estudo de natureza epidemiológica, documental e quantitativa, que buscou realizar a análise dos casos de tuberculose no município de Sobral. Foram incluídos casos de tuberculose de outros municípios da região de Sobral e anteriores a 2008. No SINAN foram estratificadas as seguintes variáveis: ano de notificação, sexo, faixa etária, raça, escolaridade, zona de residência, tipo de entrada, forma clínica e situação de encerramento. No período de 2008 a 2018, foram notificados em Sobral, 2.257 casos de tuberculose. Houve predominância do sexo masculino (66,1%). A zona de residência predominante foi à zona urbana (82,7%), acometendo a faixa etária economicamente ativa da população e com baixo nível de instrução. Em relação ao tipo de entrada dos pacientes notificados, a maioria foram casos novos (85,2%). Na análise das formas clínicas de tuberculose a maioria (85,1%) tratava-se da forma pulmonar. Quando investigada a comorbidade HIV, encontrou-se a associação em 6,8% dos casos. Quanto à situação de finalização dos casos de tuberculose notificados, houve predominância de casos com encerramento por cura (67,5%). No referido município cearense, a tuberculose

acomete majoritariamente a população masculina, em idade economicamente ativa, de raça parda e com baixo nível de instrução, residente em região urbana e com maior expressão de casos na forma pulmonar.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Tuberculose; Vigilância Epidemiológica; Notificação de Doenças.

EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF SOBRAL: ANALYSIS OF NOTIFICATIONS IN SINAN 2008 TO 2018

ABSTRACT: The objective of this study is to analyze the epidemiological situation of tuberculosis in the municipality of Sobral-Ceará from 2008 to 2018. This is an epidemiological, documentary and quantitative study that sought to carry out the analysis of tuberculosis cases in the municipality of Sobral. Cases of tuberculosis from other municipalities in the Sobral region and prior to 2008 were included in SINAN. The following variables were stratified: year of notification, sex, age, race, schooling, area of residence, type of entry, clinical form and situation closure. In the period 2008 to 2018, 2.257 cases of tuberculosis were reported in Sobral. There was a predominance of males (66,1%). The predominant area of residence was the urban area (82,7%), affecting the economically active age group of the population and with a low level of education. Regarding the type of entry of the notified patients, the majority were new cases (85,2%). In the analysis of the clinical forms of tuberculosis, the majority (85,1%) consisted of the pulmonary form. When HIV co-morbidity was investigated, the association was found in 6,8% of the cases. With regard to the situation of termination of reported cases of tuberculosis, cases with closure by cure (67,5%) predominated. In the city of Ceará, tuberculosis affects mainly the male population, of economically active age, of brown race and with low level of education, resident in an urban region and with a greater expression of cases in the pulmonary form.

KEYWORDS: Epidemiology; Tuberculosis; Epidemiological Surveillance; Disease Notification.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa transmitida pelas vias aéreas superiores que, predominantemente afeta os pulmões, e que quando os critérios técnicos são respeitados, o diagnóstico é determinado de forma rápida e com exatidão, o que favorece o estabelecimento da cura por meio de tratamento medicamentoso que perdura por seis meses (BRASIL, 2016).

Em todo o mundo, a tuberculose está entre as 10 principais causas de morte, e representa ainda, a principal causa de morte por um único agente infeccioso, inclusive acima do HIV/AIDS (OMS, 2018). Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas

morreram em decorrência da doença (BRASIL, 2018).

No Brasil, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil habitantes. Além disso, 529 pessoas com a doença nunca haviam sido registradas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e foram notificadas somente após a morte (BRASIL, 2018).

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, o plano apresenta como metas reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um óbito a cada 100 mil habitantes até 2035. As estratégias de enfrentamento estão organizadas em três pilares: pilar 1 – prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; pilar 2 – políticas arrojadas e sistema de apoio; e pilar 3 – intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017).

A fim de alcançar estas metas, principalmente em um cenário econômico desfavorável, o planejamento estratégico é essencial, para garantir maior eficácia dos programas de prevenção. Logo, a avaliação da epidemiológica da tuberculose permite direcionar planos e estratégias e fornecer subsídios para a tomada de decisão, posto que a doença possui complexidades devido às diversas realidades sociais e epidemiológicas existentes (SILVA, et al, 2017).

A avaliação do comportamento da tuberculose em uma população contribui para o conhecimento da doença e conseqüentemente melhor atuação dos profissionais de saúde quanto às ações de prevenção e controle. Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar a situação epidemiológica da tuberculose no município de Sobral-Ceará no período de 2008 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza epidemiológica, documental e quantitativa, que buscou realizar a análise dos casos de tuberculose no município de Sobral, localizado na Região Norte do Estado do Ceará, mediante dados dos casos de tuberculose notificados no referido município e transcritos para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As macrorregiões de saúde de Fortaleza e de Sobral foram as que apresentaram maior frequência de municípios com elevada prevalência de tuberculose, variando de 38,6 até 148,5 casos/100.000 habitantes (PERES et al., 2017). Assim, Sobral é considerado pelo Ministério da Saúde como prioritários nas ações combate à tuberculose (FARIAS, et al, 2013).

Os dados foram transcritos para instrumento criado pelas autoras, durante o mês de maio de 2018, os quais permitiram a composição do quadro epidemiológico da tuberculose em Sobral no intervalo temporal de 2008 a 2018. Foram incluídos

casos de tuberculose de outros municípios da região de Sobral e anteriores a 2008.

No SINAN foram estratificadas as seguintes variáveis: ano de notificação, sexo, faixa etária, raça, escolaridade, zona de residência, tipo de entrada, forma clínica e situação de encerramento.

Os dados foram transcritos para planilhas criadas na Plataforma Visual Basic For Applications (Excel) para facilitar a síntese e extração dos dados e, em seguida, transportados para o software Prisma Demo Grafada versão 5.0.

RESULTADOS

No intervalo temporal de 10 anos (2008 -2018) houve notificação de 2.257 casos de tuberculose. O gráfico 1 apresenta a distribuição histórica dos casos no intervalo de tempo em análise. Os anos que apresentaram os menores números de notificações foram os anos de 2010 e 2016. Os anos de 2012 e 2014 apresentaram maior índice de notificação de tuberculose.

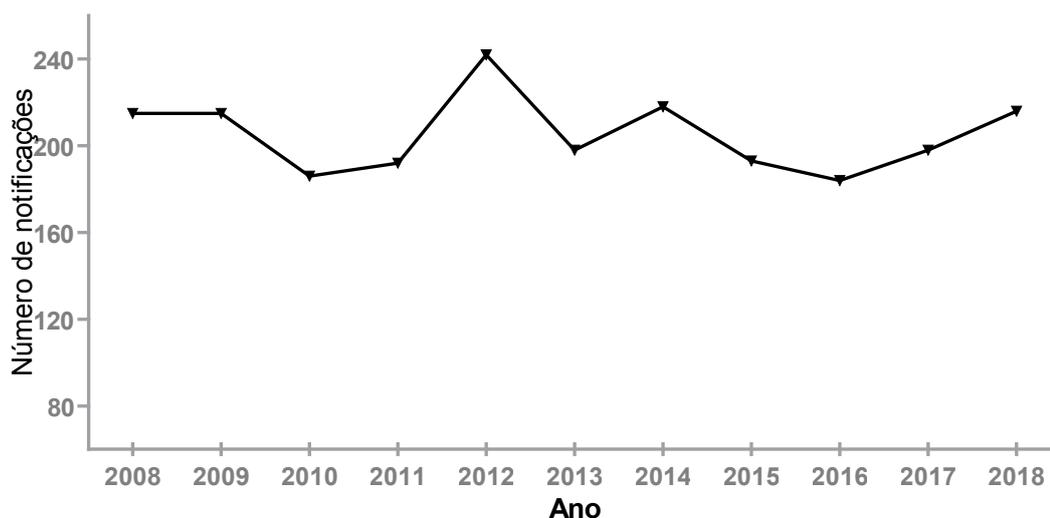


Gráfico 1. Distribuição histórica da tuberculose em Sobral, Ceará, 2008 a 2018. Sobral (CE), 2019.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No que se refere ao perfil dos casos notificados, houve predominância do sexo masculino com 1.493 notificações (66,1%) (Tabela 1). A zona de residência predominante foi à zona urbana, em que se identificou 1.868 casos (82,7%). O maior índice de tuberculose, conforme os dados do SINAN se remete a faixa etária economicamente ativa da população e com baixo nível de instrução, pois pessoas com idade entre 25 a 54 anos e ensino fundamental incompleto.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	1.493	66,1
Feminino	764	33,8
Faixa etária		
0 a 14	85	3,7
15 a 34	462	20,4
25 a 34	519	22,9
45 a 54	742	32,8
55 a 64	226	10
> 65	223	9,8
Raça		
Branca	235	10,4
Parda	1.717	76
Preta	214	9,4
Amarela	22	0,9
Indígena	08	0,3
Ignorada	61	2,7
Zona de residência		
Urbana	1.868	82,7
Rural	334	14,7
Periurbana	02	0,08
Ignorado	53	2,3
Escolaridade		
Analfabeto	236	10,4
Ensino fundamental incompleto	850	37,6
Ensino fundamental completo	143	6,3
Ensino médio incompleto	178	7,8
Ensino médio completo	223	9,8
Ensino superior incompleto	35	1,5
Ensino superior completo	39	1,7
Ignorado	529	23,4
Não se aplica	24	01

Tabela 1. Notificações de tuberculose em Sobral, Ceará, 2008 a 2018. Sobral (CE), 2019.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Em relação ao tipo de entrada dos pacientes notificados, foram evidenciados 1.925 casos novos (85,2%), 149 recidivas de tuberculose (6,6%), 120 reingressos após abandono (5,3%), 58 transferências (2,5%), três pós – óbitos e dois ignorados. Na análise das formas clínicas de tuberculose a maioria (85,1%) tratava-se da forma pulmonar com 1.921 casos. Quando investigada a comorbidade HIV, encontrou-se a associação em 6,8% dos casos.

Quanto à situação de finalização dos casos de tuberculose notificados, houve predominância (1.524 - 67,5%) de casos com encerramento por cura.

DISCUSSÃO

Na análise realizada, percebe-se que o sexo masculino ainda é o mais afetado pela tuberculose. A desigualdade de gênero pode ser causada por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição. Assim, os homens estão mais expostos ao agente etiológico da tuberculose fora de casa, por serem, em muitos casos, os únicos provedores da família (HOLMES; HAUSLER; NUNN, 1998).

Entretanto, em outro estudo foi relatado que as mulheres estão mais ligadas aos autocuidados relacionados à sua saúde, diferentemente dos homens. Por esse motivo, tendem a buscar o serviço de saúde mais rapidamente quando necessário, assim antecipam a descoberta de um possível problema de saúde, o que pode garantir o tratamento, até mesmo a cura (CAMPOS et al., 2014). Estudos realizados em Minas Gerais e Rio Grande do Sul também evidenciaram maior prevalência de TB no sexo masculino (SILVEIRA et al., 2007; PEREIRA et al., 2015).

Em relação à idade, a prevalência mais significativa foi de indivíduos em idade economicamente ativa, o que pode representar prejuízos ao padrão familiar e sistema previdenciário, relacionados ao adoecimento por tuberculose. Tal faixa etária corrobora com pesquisas realizadas no Rio de Janeiro e Paraná (SANTOS et al., 2018; DOTTI; CRUCIOL; LIMA, 2018).

Ainda na faixa etária, identifica-se que o menor número de casos ocorre na infância. Estudos demonstram que o número reduzido nessa idade se deve à impossibilidade de confirmação da doença pela confirmação bacteriológica, pelas manifestações clínicas e na coleta do escarro (ZOMBINI et al., 2013; MACHADO; MOREIRA; SANT'ANNA, 2015).

No que se refere à raça, houve predominância da parda (76%) e concerne com as evidências de estudos efetuados no Pará e Paraíba (FREITAS et al., 2016; ALMEIDA et al., 2015). Contudo, para Yamamura et al., (2015) e Ferraz et al., (2014) esse dado pode estar associado ao modo como a população se define no ato do preenchimento da notificação, não representando, portanto, uma informação fidedigna sobre a prevalência por raça.

A maioria das pessoas notificadas no período reside em zona urbana (82,7%), assim como em estudo realizado no Paraná (CARDOSO et al., 2018). Esses dados podem ser explicados pelo grande número de pessoas morando nessa área, onde são afetadas, principalmente, as que residem em periferias, estando associada à precariedade da infraestrutura, às más condições de moradia e de alimentação, do uso de álcool e outras drogas, além da falta ou dificuldade de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2012), o que aumentam as chances de transmissão da doença.

Foi evidenciado que os indivíduos com baixa escolaridade, assim como os analfabetos, possuem maior susceptibilidade quando comparados aos que possuem ensino superior. A baixa escolaridade na maioria das notificações analisadas pode influenciar negativamente na percepção e disseminação da doença (MACHADO;

FONSECA; BUENAFUENTE, 2016).

Quando se trata das formas clínicas de tuberculose, a maior parte das pessoas desenvolveu a forma pulmonar da doença, corroborando com estudo realizado no Maranhão, onde a forma clínica pulmonar foi predominante. A forma pulmonar é caracterizada por apresentar alta infectividade, sendo assim, necessária a confirmação precoce da infecção por tuberculose, para que assim possa ser interrompida a cadeia de transmissão da doença. (TIBERI et al, 2017; KUMAR et al, 2017).

Dessa forma, destaca-se relevância da vigilância epidemiológica associada à educação em saúde, melhoria da qualidade de vida da população por meio de boas condições de higiene e de acesso aos serviços de saúde, além da execução adequada das políticas públicas para controle da tuberculose, vacinação e busca ativa de contatos.

Contudo, aplica-se como limitação desse estudo a ocorrência de subnotificações que podem não representar todo o perfil atingido pela doença.

A subnotificação de casos no SINAN, muitas vezes, pode promover empecilhos ao conhecimento verídico da situação epidemiológica da TB e prejudica o planejamento das ações voltadas para seu controle. Não há dados que evidenciem se saiba o número de casos que são perdidos no SINAN, mas a recuperação rotineira de dados de diferentes fontes de informação utilizadas pelos Programas de Controle da Tuberculose poderia minimizar a ocorrência do problema (PINHEIRO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012).

CONCLUSÃO

A partir dos dados evidenciados no estudo, pode-se inferir que tuberculose no município de Sobral, Ceará, acomete majoritariamente a população masculina, em idade economicamente ativa, de raça parda e com baixo nível de instrução, residente em região urbana e com maior expressão de casos na forma pulmonar.

A realização da análise epidemiológica da TB é de extrema importância para que possam ser articuladas novas estratégias de prevenção e controle da doença, com participação ativa de gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.A.; BARROS, H.J.M.; SILVA, T.C.; MEDEIROS, R.L.S.F.M.; NASCIMENTO, M.M.P.; TEMOTEO, R.C.A. Perfil clínico-epidemiológico de casos de tuberculose. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9(Supl. 9), p. 1007-17, nov., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, 2011b. Disponível em: Acesso em 16 mai. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das**

Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose : Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas.** Boletim epidemiológico: especial tuberculose, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública.** Boletim epidemiológico: especial tuberculose. 2016.

CAMPOS, R. I.; NETO, R.T.L.; LEITE, S.F.P.; SARAIVA, N.B.; LIMA, F.V.F.; FERREIRA, N.B.; et al., Análise do perfil epidemiológico da tuberculose no município de Iguatu – Ceará. **Rev Cad. Cult. Ciênc.** Ano IX, v.13 n.1, p.61-68, Jul, 2014.

CARDOSO, L. C.; MELQUIADES, R.; MAGALHÃES, J. A.; CARVALHO, S. S.; ROSA, G. da; MERLINI, L. S.; JULIÃO, V. A. P. Aspectos epidemiológicos dos pacientes notificados com tuberculose na microrregião de Umuarama – noroeste paranaense de 2009 a 2014. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR,** Umuarama, v. 22, n. 3, p. 157-163, set./dez. 2018.

DOTTI, J.Z.; CRUCIOL, J.M.; LIMA, W.H.N. Perfil epidemiológico das notificações de tuberculose de pacientes com residência na 17ª Regional de Saúde do Paraná entre 2010 e 2017. **Rev Saúde Públ,** v.1, n.2, p. 75-82, 2018.

FERRAZ, A.F.; VALENTE, J.G. Epidemiological aspects of pulmonary tuberculosis in Mato Grosso do Sul, Brazil. **Rev Bras Epidemiol,** v.17, n.1., p. 255-66, 2014.

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

Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

KUMAR, A.M.V.; SINGARAJIPURA, A.; NAIK, B.; GUDDEMANE, D.K.; PATEL, Y.; SHASTRI, S.; et al. HIV-infected presumptive tuberculosis patients without tuberculosis: How many are eligible for antiretroviral therapy in Karnataka, India? **J Epidemiol Glob Health,** v. 7, n. 1, p. 11-19, 2017.

MACHADO, D.C.; MOREIRA, M.C.N.; SANT'ANNA, C.C. A criança com tuberculose: situações e interações no contexto da saúde da família. **Rev Cad. Saúde Pública,** v. 31, n. 9, p. 1964-1974, Set., 2015.

MACHADO, T.; FONSECA, A.J.; BUENAFUENTE, S.M.F. Pleural tuberculosis in the state of Roraima, Brazil, between 2005 and 2013: quality of diagnosis. **J Bras Pneumol.** v. 42, n. 2, p.106-13, 2016.

Pereira JC; Silva MR; Costa RR; Guimarães MDC; Leite ICGI. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev Saúde Pública,** v.49, n.6, p. 1-12. 2015.

PINHEIRO, R.S.; ANDRADE, V.L.; OLIVEIRA, G.P. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. **Rev Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1559-1568, ago, 2012.

SANTOS, J.N.; SALES, C.M.M.; PRADO, T.N.; MACIEL, E.L. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014. **Rev Epidemiol. Serv. Saude,** Brasília, v. 27, n. 3, e2017464, 2018.

SILVA, G.D.M.; BARTHOLOMAY, P.; GONÇALVES CRUZ, O.; POSENATO GARCIA, L. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 10, p. 3307-3319, 2017.

SILVEIRA, M.P.T.; ADORNO, R.F.R.; FONTANA, T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 2, p. 199-205, 2007.

TIBERI, S.; CARVALHO, A.C.C.; SULIS, G.; VAGHELA, D.; RENDON, A.; MELLO, F.C.Q., et al. The cursed duet today: Tuberculosis and HIV-coinfection. **Presse Med**, v. 46, n. 2, p. 23-39, 2017.

YAMAMURA, M.; SANTOS-NETO, M.; SANTOS, R.A.N.; GARCIA, M.C.C.; NOGUEIRA, J.A.; ARCÊNCIO, R.A. Epidemiological characteristics of cases of death from tuberculosis and vulnerable territories. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 910-918, 2015.

ZOMBINI, E.; ALMEIDA, C.H.D.; SILVA, F.P.C.V.; YAMADA, E.S.; KOMATSU, N.K.; FIGUEIREDO, S.M. Perfil clínico-epidemiológico da tuberculose na infância e adolescência. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2013.

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS DA FIBROSE CÍSTICA EM RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS NO BRASIL

Kayco Damasceno Pereira

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Ana Paula Melo Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Sabrina Sousa Barros

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Sara Samara Ferreira de Araujo

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Marcelo da Silva

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Henrique Alves de Lima

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Gabrielly Silva Ramos

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Suzana Pereira Alves

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem

Piripiri – Piauí

Bruno Nascimento Sales

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Grasyele Oliveira Sousa

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Anderson Pereira Freitas

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí, Professor no Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Fibrose Cística é uma doença hereditária, encontrada facilmente na população branca, com aparecimento de sintomas precoce na infância (antes dos 2 anos de idade), ela consiste na má absorção gastrointestinal e queixas respiratórias persistentes. **OBJETIVO:** Diante disso, o objetivo desta obra foi avaliar a epidemiologia da fibrose cística nos últimos anos em todas as regiões do Brasil com alvo em recém-nascidos e crianças com a finalidade de evidenciar a importância do diagnóstico precoce.

METODOLOGIA: Fundamentou-se no levantamento de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade disponível gratuitamente no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisadas as variáveis: sexo, cor/raça e faixa etária de menores de 1 ano até 9 anos das mortes no Brasil e suas regiões geográficas. O recorte temporal escolhido foi o intervalo de 2008 a 2017. **DESENVOLVIMENTO:** A FC é uma doença genética de caráter multissistêmica, e está relacionada à existência de um gene defeituoso, que faz com que o corpo produza um líquido denso e pegajoso desencadeando problemas infecciosos nos órgãos afetados. A perspectiva para os pacientes com FC tem melhorado devido o diagnóstico precoce com efetivas ações para melhorar a saúde dos pacientes. **CONCLUSÃO:** Observou-se que a sintomatologia e o índice de mortalidade afeta crianças menores de 1 ano de idade com predominância na raça branca e sexo feminino, com destaque para o Sudeste. O que evidencia a importância da triagem neonatal para o rastreamento adequado e o diagnóstico precoce dos recém-nascidos afetados com FC.

EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND PROSPECTS OF CYSTIC FIBROSIS IN NEWBORNS AND CHILDREN IN BRAZIL

ABSTRACT: INTRODUCTION: Cystic fibrosis is a hereditary disease, which is easily found in the white population, with the onset of early childhood symptoms (before 2 years of age). It consists of gastrointestinal malabsorption and persistent respiratory complaints. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to evaluate the epidemiology of cystic fibrosis in recent years in all regions of Brazil with a target in newborns and children, in order to highlight the importance of early diagnosis. **METHODOLOGY:** It was based on the collection of secondary data from the Mortality Information System available free of charge in the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The following variables were analyzed: sex, color / race, and age range of children under 1 year up to 9 years of age in Brazil and its geographic regions. The time cut chosen was the interval from 2008 to 2017. **DEVELOPMENT:** CF is a genetic disease of a multisystemic nature, and is related to the existence of a defective gene, which causes the body to produce a dense and sticky liquid triggering infectious problems in the affected organs. The outlook for CF patients has improved due to early diagnosis with effective actions to improve patients' health. **CONCLUSION:** It was observed that the symptomatology and the mortality rate affects children under 1 year of age with predominance in the white race and female, with emphasis on the Southeast. This highlights the importance of neonatal screening for adequate screening and early diagnosis of CF affected newborns.

1 | INTRODUÇÃO

A Fibrose Cística é uma doença hereditária, encontrada facilmente na população branca, com aparecimento de sintomas precoce na infância (antes dos 2

anos de idade), ela consiste na má absorção gastrointestinal e queixas respiratórias persistentes (DUNGAN, 2010). Ela vai ocasionar déficits de crescimento, infecção respiratória crônica, dano progressivo do tecido pulmonar e morte prematura (VANDEVANTER, 2015).

É uma doença caracterizada por uma mutação de um gene encontrado no cromossomo 7, chamado Regulador de Condutância Transmembranar de Fibrose Cística (CFTR), esse é encontrado em diversas células epiteliais e células sanguíneas (FREEDMAN, 2009).

A consequência dessa mutação é o acúmulo de uma camada espessa de muco nos pulmões e outros órgãos, obstruindo as vias aéreas e dificultando a respiração (DEMERDZIEVA, 2016). É devido a isso que a maioria dos pacientes com FC morre prematuramente de insuficiência respiratória e requerem apoio dos serviços de saúde a partir do diagnóstico (SMYTH *et al.*, 2013).

Além disso, muitas outras complicações como doença hepática crônica, diabetes, obstrução intestinal distal, pólipos nasais, prolapso retal, pancreatite, infertilidade, insuficiência cardíaca, entre outras também podem ocorrer. Na primeira infância o íleo meconial, desnutrição, diarreia, dificuldades respiratórias e infecções são os sinais mais comuns. Embora o diagnóstico precoce seja crucial para o prognóstico e expectativa de vida, o número de casos de FC diagnosticados aos 2 anos de idade não é muito satisfatório (POP-JORDANOVA, 2016).

As manifestações clínicas da FC são variáveis, elas vão depender de como a mutação do CFTR vai de desenvolver. Avanços no tratamento da FC nos últimos anos estão relacionados a terapias que visam melhorar a qualidade de vida e o manejo da doença, como medicamentos inalatórios, terapia respiratória, atendimento ambulatorial individualizado, tratamento de comorbidades, aconselhamento genético, adaptação dietética de enzimas pancreáticas, suplementos nutricionais, triagem neonatal por meio de tripsinogênio imunorreativo (IRT), antibioticoterapia, transplante pulmonar e, mais recentemente, terapia medicamentosa personalizada (MARSON, 2015).

Além disso, o exercício físico deve estar atrelado junto aos outros tratamentos da FC, pois ele ajuda a manter e retardar o declínio da função respiratória, diminui a obstrução por secreção e as doenças pulmonares crônicas e infecciosas, facilita as técnicas de liberação de ar, além de ajudar a melhorar a densidade mineral óssea, aumentando e mantendo a força muscular, flexibilidade e a postura (VILLANUEVA, 2017).

A FC é mais comum em populações de descendentes de europeus do norte, entre os quais a doença ocorre em aproximadamente 1 em 3000 nascimentos, sua prevalência é variável e está aumentando de país para país. Por exemplo, a doença ocorre em aproximadamente 1 em 3000 americanos brancos, 1 em 4000-10000 latinos Americanos e 1 em 15.000 a 20.000 afro-americanos. A FC é incomum na África e na Ásia, com frequência relatada de 1 em 350 000 no Japão (WALTERS

et al., 2007). Voltando um pouco para o país, no Brasil a relação de doentes para nascidos vivos é de 1 afetada para 10.000 pessoas nascidas (BRASIL, 2017).

Diante disso, o objetivo desta obra foi avaliar a epidemiologia da fibrose cística nos últimos anos em todas as regiões do Brasil com alvo em recém-nascidos e crianças com a finalidade de evidenciar a importância do diagnóstico precoce.

2 | METODOLOGIA

A análise da mortalidade por Fibrose Cística (FC) foi fundamentada no levantamento de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponível gratuitamente no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisadas as variáveis: sexo, cor/raça e faixa etária de menores de 1 ano até 9 anos das mortes no Brasil e suas regiões geográficas. O recorte temporal escolhido foi o intervalo de 2008 a 2017.

Os dados foram tabulados em planilhas e tratados no programa Microsoft® Office Excel para elaboração de tabelas que auxiliaram a organização dos resultados que foram descritos em valores absolutos e de porcentagem. Ressalta-se que por se tratarem de dados de domínio público, o trabalho dispensa a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com as disposições da resolução 466/12.

3 | DESENVOLVIMENTO

Muitas informações científicas são encontradas em publicações de artigos e representam uma fonte essencial do conhecimento sobre diversos temas. Mediante análise das bases de dados, utilizando as palavras-chaves e os filtros dos critérios de inclusão e exclusão foi possível encontrar um grande número de artigos sobre fibrose cística como mostra a **tabela 1**.

Anos	Bases		
	Pubmed	Science Direct	BVS
2008	88	207	89
2009	71	174	77
2010	78	167	84
2011	78	186	79
2012	73	274	75

2013	71	174	75
2014	110	172	104
2015	119	161	105
2016	118	162	103
2017	131	193	99

Tabela 1 - Quantidade de artigos encontrados por ano.

Fonte: Autoria própria, Piripiri-PI, Brasil, 2019.

3.1 Causas da Fibrose cística

Considerada uma doença genética autossômica recessiva e hereditária, de caráter multissistêmica, e está relacionada à existência de um gene defeituoso, que faz com que o corpo produza de forma anormal um líquido denso e pegajoso (muco) que se acumula em órgãos como os pulmões e pâncreas, desencadeando problemas infecciosos nos órgãos afetados. Devido a isto, várias dificuldades como insuficiência pancreática, deterioração funcional dos pulmões, problemas digestivos e nutricionais acometem as pessoas com essa doença (HAACK *et al.*, 2014).

O produto desse gene é o CFTR que encontra-se presente na superfície apical das células epiteliais e células sanguíneas. Em consequência da ausência ou deficiência desta proteína, não há um lúmen adequado de reidratação, levando a liberação de secreções mais viscosas que predisponham à colonização e subsequente infecção crônica por agentes oportunistas, como cepas mucoides e não mucoides de *Pseudomonas aeruginosa* (HAACK *et al.*, 2014).

Embora as funções do CFTR estejam ligadas principalmente com um canal de cloreto, existem muitas outras atribuições, incluindo a inibição do transporte de sódio através do canal de sódio epitelial, a regulação do exterior canal de cloreto retificador, regulação dos canais ATP, regulação do transporte de vesículas intracelulares e inibição da produção endógena canais de cloro ativados por cálcio, que influem na progressão da doença, (EMERSON *et al.*, 2008).

São reconhecidos mais de 1500 mutações de CFTR, mas apenas um pequeno número apresenta importância funcional. A ausência de fenilalanina na posição 508 (Phe508del, conhecido como F508del), que é uma mutação classe II é responsável por cerca de dois terços dos alelos mutados em populações do norte da Europa e da América do Norte (MEHTA, 2008).

É constante a variação e a progressão da doença, embora as alterações da proteína CFTR e os modificadores genéticos tenham um papel importante na heterogeneidade dos resultados da FC, o papel das exposições ambientais, como a exposição ao baixo nível socioeconômico e ao fumo são de grande importância

(ONG, 2017).

3.2 Diagnóstico da patologia

O diagnóstico de FC deve ser considerado nos casos em que o indivíduo apresente história familiar da doença, baqueteamento digital, tosse com produção de secreção, alcalose metabólica e hipoclorêmica em qualquer fase da vida. Na fase neonatal, o recém-nascido pode apresentar íleo meconial, icterícia prolongada, calcificações abdominais ou escrotais e atresia intestinal (FARRELL, 2008).

Na infância deve ser observado infiltrados persistentes nas radiografias torácicas, anasarca ou hipoproteinemia, diarreia crônica, distensão abdominal, colestase, pneumonia por *Staphylococcus aureus*, hipertensão intracraniana idiopática, anemia, pansinusite crônica ou polipose nasal, esteatorréia, prolapso retal, síndrome de obstrução intestinal distal ou intussuscepção, pancreatite crônica recorrente ou idiopática e doença hepática (FARRELL, 2008).

O diagnóstico clínico da FC é complementado com uma prova de CFTR disfunção do canal. Mas o quadro clínico abrangendo uma ampla gama de sintomas e disfunção do CFTR variando de leve para nenhuma função, pedir mais precisão no diagnóstico critério. Além disso, a maioria das crianças identificadas através de um teste de triagem neonatal positivo (NBS) é assintomática no momento do diagnóstico (REVIEWER, 2017).

O algoritmo de triagem neonatal para FC usado no Brasil baseia-se na quantificação dos níveis de IRT em duas dosagens, sendo a segunda feita em até 30 dias de vida. Frente a duas dosagens positivas, faz-se o teste do suor para a confirmação ou a exclusão da FC. A dosagem de cloreto por métodos quantitativos no suor ≥ 60 mmol/l, em duas amostras, confirma o diagnóstico. Alternativas para o diagnóstico são a identificação de duas mutações relacionadas à fibrose cística e os testes de função da proteína CFTR (ATHANAZIO, 2017).

Testes da função da CFTR são indicados quando o teste do suor e a análise genética são inconclusivos. Em essência, esses testes avaliam a função da proteína CFTR através da medida do transporte do cloreto. Atualmente, os testes da diferença de potencial nasal e da medida da corrente intestinal são internacionalmente padronizados. Outros testes promissores, como a avaliação da CFTR por evaporimetria e pela diferença de potencial das glândulas sudoríparas, estão sendo estudados (BEEKMAN, 2014).

Avaliações diagnósticas como acompanhamento de exames de recém-nascidos positivos são tipicamente realizadas por análise de mutação. Teste de cloreto de suor (também conhecido como iontoforese quantitativa de pilocarpina procedimento) também é realizado em instâncias de análise de mutação negativa para rendimento diagnóstico (JEFFREY, 2010).

A FC exige manejo multidisciplinar precoce, visando manter o estado nutricional normal e tratar as infecções respiratórias em tempo oportuno. Recomenda-se que

laboratórios qualificados para a realização do teste do suor tenham controle de qualidade interno e externo e que realizem no mínimo 100 testes/ano (mínimo de 10 testes/ano por técnico). A quantidade de amostras com suor insuficiente não deve ultrapassar 5% do total coletado (BOEC, 2017).

3.3 Mortalidade de pacientes com fibrose cística

Conforme os dados da **tabela 2**, a FC foi responsável por 357 óbitos de crianças com idade até 9 anos no período entre os anos de 2008 e 2017 no Brasil. As crianças menores de 1 ano foram as que mais morreram no recorte temporal analisado representando 60% do total de casos. No que se refere ao sexo, o feminino (56%) foi o mais prevalente. Quanto a cor/raça, a branca (48%), seguida da parda (41%), obtiveram os valores mais significativos.

Variáveis	Total	
	N	%
Faixa etária	357	100%
<1 ano	213	60%
1 - 4 anos	59	24%
5 – 9 anos	85	16%
Sexo	357	100%
Masculino	158	44%
Feminino	199	56%
Cor/raça	357	100%
Branca	171	48%
Preta	9	2%
Parda	146	41%
Indígena	2	1%
Ignorado	29	8%

Tabela 2. Distribuição da mortalidade por Fibrose Cística segundo faixa etária, sexo e cor/raça no Brasil no período de 2008 a 2017.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

A **tabela 3** demonstra a incidência da mortalidade nas diferentes regiões do país associando o sexo a faixa etária das crianças. Em todas as regiões brasileiras, os números apontaram que o sexo feminino prevaleceu sobre o masculino durante o período avaliado. Ao analisar as regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, observou-se que a mortalidade foi maior nas crianças do sexo masculino menores de um ano. Na faixa etária de 1 a 4 anos no Nordeste e de 5 a 9 anos no Sul também houve maior número de óbitos no sexo masculino distinguindo da prevalência nacional do sexo feminino.

Variáveis	<1 ano	1 - 4 anos	5 – 9 anos	Total	
				N	%
Região Norte				29	100%
Masculino	9	2	1	12	41%
Feminino	8	3	6	17	59%
Região Nordeste				105	100%
Masculino	24	10	15	49	47%
Feminino	33	8	15	56	53%
Região Centro-Oeste				40	100%
Masculino	14	2	2	18	45%
Feminino	12	5	5	22	55%
Região Sul				58	100%
Masculino	11	5	7	23	40%
Feminino	24	6	5	35	60%
Região Sudeste				125	100%
Masculino	40	6	10	56	45%
Feminino	38	12	19	69	55%

Tabela 3. Distribuição da mortalidade por Fibrose Cística segundo o sexo por faixa etária nas regiões brasileiras no período de 2008 a 2017.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

3.4 Perspectiva de vida dos pacientes com fibrose cística

A perspectiva para os pacientes com FC tem melhorado de forma contínua ao longo das últimas décadas, em grande parte com a melhora do diagnóstico precoce, equipe multidisciplinar, suplementação nutricional agressiva, novas terapias de inalação, erradicação de *Pseudomonas aeruginosa* e transplante pulmonar contribuíram para melhorias na sobrevivência da FC e espera-se que as novas terapias moduladoras do CFTR, aumente a expectativa de vida. Os pesquisadores agora têm uma compreensão mais completa do defeito molecular-biológico subjacente à fibrose cística, que está levando a novas abordagens ao tratamento (SULLIVAN *et al.*, 2008).

Segundo o grupo brasileiro de estudos sobre FC, anteriormente a doença era confinada à faixa pediátrica, hoje nos países de primeiro mundo, como Austrália, Europa, Canadá, mais da metade dos pacientes estão na faixa adulta. Além disso, inúmeros casos com apresentações mais leves estão sendo diagnosticados em pacientes mais velhos com sintomas respiratórios crônicos e ausência de acometimento pancreático e desnutrição. Com isso, vários pacientes estão chegando até a vida adulta com boa qualidade de vida, estudando, trabalhando, construindo relacionamentos e até mesmo tendo filhos (STEPHENSON *et al.*, 2017).

Já outros estudos realizados pela Fundação da Fibrose Cística dos EUA mostrou que a expectativa de vida projetada para pacientes aumentou de 31 anos a 37 anos na última década, uma pesquisa realizada por pesquisadores do Reino

Unido, prevê que uma criança nascida com FC hoje, normalmente, viverá até os 50 anos de idade ou mais (DODGE *et al.*, 2007).

Os registros nacionais de dados de pacientes com FC, realizados em países como Austrália, Brasil, Canadá, Nova Zelândia, Estados Unidos e vários países europeus informa que a idade média prevista de sobrevivência ao nascer é de 50% dos recém-nascidos, enquanto que, o número de adultos que vivem com FC aumentará aproximadamente 75% entre 2010 e 2025. Estes achados são devidos ao fato de que a mortalidade pediátrica relacionada à FC, atualmente vem diminuindo nos países desenvolvidos e que a longevidade vem aumentando em adultos. Os registros mostram também uma pior sobrevida global em pacientes do sexo feminino com FC, apesar da gravidade da doença para os homens (KNAPP *et al.*, 2016).

Uma pesquisa realizada por Rosenfeld *et al.*, descobriu que as mulheres são 60% mais prováveis para morrer do que os homens entre a faixa etária 1-20 anos, para chegar a essa porcentagem ele examinou 21.000 pacientes com FC nos EUA. Embora a causa a morte foi semelhante entre homens e mulheres. Em contrapartida, à medida que a longevidade aumenta na FC, a quantidade de pacientes com comorbidades multicomplexas também é crescente, e conseqüentemente necessitam de assistência multiprofissional (RONAN, 2017).

Para a melhora da sobrevida é necessário o tratamento de algumas comorbidades, como a diabetes relacionada à FC (CFRD), que é uma doença comum em pessoas com FC, principalmente em adultos. Após o diagnóstico e tratamento é possível observar uma maior longevidade (SULLIVAN, 2009).

São diversas as formas de melhoria da sobrevida, sendo que a suplementação nutricional é essencial, visto que pode aumentar as reservas musculares e de tecido adiposo e a ingestão calórica total desses pacientes é de grande importância para a sobrevivência, estabilidade e melhora da função pulmonar. É evidente que pacientes bem nutridos desfrutam de uma melhor qualidade de vida e longevidade (HAACK, 2014).

Apesar de que os procedimentos terapêuticos modernos tenham melhorado consideravelmente a sobrevivência e a vida de crianças com fibrose cística, os aspectos psicológicos relevantes ainda são tratados de forma insuficiente, não tendo a atenção necessária (JORDANOVA, 2016).

De acordo com o que foi explanado, foi possível identificar que os diagnósticos e tratamentos melhorados fizeram com que a FC evoluísse de uma doença pediátrica a uma em que a maioria dos pacientes agora são adultos. As informações dos registros dos pacientes forneceram dados vitais para melhorar nossa compreensão da epidemiologia da FC e demonstrou claramente que a sobrevivência aumentou drasticamente ao longo do tempo.

Portanto, prevê-se que as estimativas de sobrevivência continuarão a aumentar, o que mudará ainda mais as necessidades dos pacientes adultos vivendo na idade adulta com uma doença crônica. Dessa forma, é necessário que os prestadores

de cuidados de saúde precisem estar cientes das necessidades emergentes do envelhecimento da população e os recursos que precisam ser disponibilizados para atender essas necessidades (STEPHENSON *et al.*, 2017).

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos através do levantamento epidemiológico dos casos de fibrose cística em crianças no Brasil associado ao recorte temporal e faixa etária investigada, observou-se que os resultados corroboram com os dados atingidos no levantamento bibliográfico, visto que foi validado a manifestação sintomatológica e maior índice de mortalidade por volta dos primeiros anos de vida, com maior prevalência especificamente em crianças menores de 1 ano de idade e predominância na raça branca e sexo feminino, com maior destaque na região Sudeste seguido da região nordeste do Brasil. O que evidencia a importância fundamental da triagem neonatal para o rastreamento adequado e o diagnóstico precoce dos recém nascidos afetados com fibrose cística.

REFERÊNCIAS

ATHANAZIO, R. A. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Fibrose Cística.** J Bras Pneumol. v. 43, n. 3, p. 219-245, 2017.

BEEKMAN, J. M. *et al.* **CFTR Functional Measurements In Human Models For Diagnosis, Prognosis And Personalized Therapy:** Report On The Preconference Meeting To The 11th ECFS Basic Science Conference, Malta, 26-29 March 2014. J Cyst Fibros. v. 13, n. 4, p. 363-72, 2014.

BOEC, K.; VERMEULEN, F.; DUPONT, L. **The Diagnosis Of Cystic Fibrosis** (2017).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade. **Fibrose Cística.** Brasília, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DODGE, J. A.; Lewis P. A.; STANTON, M.; WILSHER, J. **Cystic fibrosis mortality and survival in the UK: 1947–2003.** Eur Respir J. v. 29, p. 522–26, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17182652>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

DUNGAN, J. S. **Carrier screening for cystic fibrosis.** Obstetrics and Gynecology Clinics, v. 37, n. 1, p. 47-59, 2010.

EMERSON, J.; ROSENFELD, M.; MCNAMARA, S.; RAMSEY, B.; GIBSON, R. L. **Pseudomonas aeruginosa and other predictors of mortality and morbidity in young children with cystic fibrosis.** Ped Pulmonol, v. 34, p. 91-100, 2008.

FARRELL, P. M. *et al.* **Guidelines for diagnosis of cystic fibrosis in newborns through older adults:** Cystic Fibrosis Foundation consensus report. J Pediatr. v. 153, p. S4–14, 2008.

HAACK, A.; NOVAES, M. R. G. **Cystic fibrosis patients assisted by a program nutrition therapy:** assessment of the use of supplements in patients colonized and non colonized by *P. aeruginosa*. Revista de Investigación Clínica, v. 66, n. 2, p. 136-143, 2014.

JEFFREY, S. **Carrier Screening for Cystic Fibrosis**. *Obstet Gynecol Clin N Am*. V. 37, p.47–59, 2010.

JORDANOVA, N. P.; DEMERDZIEVA, A. **Emotional health in children and adolescents with cystic fibrosis**. *prilozi*, v. 37, n. 1, p. 65-74, 2016.

KNAPP, E. A.; FINK, A. K.; GOSS, C. H. *et al.* **The cystic fibrosis foundation patient registry. Design and Methods of a National Observational Disease Registry**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19403164>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

MARSON, F. A. L. *et al.* **Demographic, clinical, and laboratory parameters of cystic fibrosis during the last two decades: a comparative analysis**. *BMC pulmonary medicine*, v. 15, n. 1, p. 3, 2015.

MEHTA, A. **CFTR: more than just a chloride channel**. *Pediatr Pulmonol* 2008; 39: p. 292–98.

PORTAL BRASIL. **Fibrose cística afeta uma a cada 10 mil pessoas no Brasil**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/09/fibrose-cistica-afeta-uma-a-cada-10-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

REVIEWER, G. V. S. S. *et al.* **Diagnosis And Management Of Cystic Fibrosis: Summary Of NICE Guidance**. *BMJ* 2017.

ROBINSON, D. T.; SMYTH R. L.; DIGGLE, P. J.; WHITEHEAD, M. **The effect of social deprivation on clinical outcomes and the use of treatments in the UK cystic fibrosis population: a longitudinal study**. *Lancet Respir Med* 2013; 1:121–8.

RONAN, N. J.; ELBORN, J. S.; PLANT, B. J. **Current and emerging comorbidities in cystic fibrosis**. *La Presse Médicale*, v. 46, n. 6, p. e125-e138, 2017.

ROSENFELD, M.; DAVIS, R. *et al.* **Gender gap in cystic fibrosis mortality**. *Am J Epidemiol*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9143209>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

STEPHENSON, A. L.; STANOJEVIC, S.; SYKES, J. *et al.* **The changing epidemiology and demography of cystic fibrosis**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28554720>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

SULLIVAN, B. P. O.; FREEDMAN, S. D. **Cystic fibrosis**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27078236>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

VANDEVANTER, D. R. *et al.* **Cystic fibrosis in young children: a review of disease manifestation, progression, and response to early treatment**. *Journal of Cystic Fibrosis*, v. 15, n. 2, p. 147-157, 2016.

VILLANUEVA, G. *et al.* **Diagnosis and management of cystic fibrosis: summary of NICE guidance**. *BMJ*, v. 359, p. j4574, 2017.

WALTERS, S.; MEHTA, A. **Epidemiology of cystic fibrosis**. In: Hodson M, Geddes DM, Bush A, eds. *Cystic fibrosis*, 3rd edn. London: Edward Arnold Ltd, p. 21–45, 2007.

ESTIGMA SOCIAL: OS LIMITES DO JULGAMENTO POR USUÁRIOS DE UM CAPS-AD - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luís Eduardo de França Barros Menezes

Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Teresina – Piauí

Bruna Rafaella Santos Torres

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

Izabelle Barbosa da Silva

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

Rayana Ribeiro Trajano de Assis

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

Soniely Nunes Melo

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

Maria Helena Rosa da Silva

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

Thiago Eudes da Costa Nunes

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – Alagoas

RESUMO: Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-AD foi fundamental para consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, posto que proporciona uma atenção priorizada à reabilitação e reinserção social do usuário na sociedade. Destarte, engloba-se no desafio de reduzir o senso comum de que todo dependente químico

é débil, perverso e que requer internação. Essa ideologia insere-se no conceito de estigmatização proposto por Stephen P. Hinshaw como a desvalorização de um grupo com implicações em julgamentos morais. **Objetivo:** Evidenciar o julgamento entre usuários de substâncias psicoativas dentro do CAPS-AD e reduzi-lo a partir da valorização do indivíduo no convívio social. **Métodos:** Trata-se de uma dinâmica vivenciada por acadêmicos de medicina junto a um grupo de usuários do CAPS-AD de Maceió-AL, pautada na divisão dos participantes em grupo de julgados e julgadores. Havia representantes para traficante, usuário de crack, alcoólatra e médico. Os julgadores definiam o destino de cada participante, fosse casa, “boca de fumo”, hospital, prisão ou cemitério, por meio de sua concepção de merecimento e de moralidade. Após a atividade, realizou-se uma reflexão acerca dessa percepção individual e trabalhou-se a conscientização de igualdade e de integralidade. **Resultados:** A dinâmica evidenciou que os usuários de álcool estigmatizam os dependentes de outras drogas como mais doentes, criminosos e com menor chance de reabilitação. Consequente à intervenção, tornou-se notória uma relevante mudança comportamental dos etilistas. **Conclusão:** Constatou-se a necessidade do desenvolvimento de atividades que estimulam reflexões empáticas, dada a importância do

vínculo e da visão holística de cada usuário participante do CAPS-AD.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Estigma Social; Usuários de Drogas

SOCIAL ESTIGMA: THE LIMITS OF THE JUDGMENT BY USERS OF A CAPS-AD - AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs - CAPS-AD played a fundamental role in the psychiatry consolidation of alcohol and drugs in Brazil, since it has been giving primary attention to the social reintegration of the user. Thus, it encounters the challenge of solving the common belief that all chemical dependents are weak, perverse and require hospitalization. This ideology inserts the concept of stigmatization, proposed by Stephen P. Hinshaw, as devaluation of a group with implications in moral judgments. **Objective:** To demonstrate the care among users of psychoactive substances within CAPS-AD and to reduce the value of the individual in social interaction. **Methods:** This is an experiment by medical students with a group of users of the CAPS-AD in Maceió-AL (Brazil), based on the session of students in a group of judged and judges. There were representatives for the drug trafficker, crack user, alcoholic and physician. The judges defined the fate of each participant, be it “home, drug dealer, hospital, prison or graveyard” through their sense of merit and morality. After an activity, there was an uneasiness about that consciousness and an awareness of equality and wholeness was worked out. **Results:** The dynamics show that alcohol users stigmatize other drug users as more of a sick, criminal and with less probable chance for rehabilitation. Consequences of the intervention shows a relevant compartment change of alcohol adepts. **Conclusion:** It was necessary to develop activities that stimulate empathic reflections, given the importance of the link and the holistic vision of each participant user of CAPS-AD.

KEYWORDS: Mental Health; Social Stigma; Drug users

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA EM VILA LITORÂNEA EM PERNAMBUCO, BRASIL

Hallysson Douglas Andrade de Araújo

Prefeitura Municipal do Ipojuca - Secretaria de Saúde; Rod. PE-60, km 19, s/n, Complexo educacional do Ipojuca (Bloco C), Centro, Ipojuca-PE.

Jussara Patrícia Monteiro Vasconcelos

Prefeitura Municipal do Ipojuca - Secretaria de Saúde; Rod. PE-60, km 19, s/n, Complexo educacional do Ipojuca (Bloco C), Centro, Ipojuca-PE.

Andrea Lopes de Oliveira

Prefeitura Municipal do Ipojuca - Secretaria de Saúde; Rod. PE-60, km 19, s/n, Complexo educacional do Ipojuca (Bloco C), Centro, Ipojuca-PE.

Juliana Carla Serafim da Silva

Prefeitura Municipal do Ipojuca - Secretaria de Saúde; Rod. PE-60, km 19, s/n, Complexo educacional do Ipojuca (Bloco C), Centro, Ipojuca-PE.

RESUMO: A esquistossomose é uma doença infecto-parasitária negligenciada, presente em 78 países e territórios das regiões tropicais e subtropicais. O *Schistosoma mansoni* é o único agente etiológico da patologia nas Américas, sendo também encontrada no Município do Ipojuca, área litorânea nas Comunidades de Porto de Galinhas Estado de Pernambuco. Assim, objetivamos investigar, diagnosticar e tratar os casos positivos

obtendo o conhecimento sobre a prevalência do *S. mansoni* nas comunidades de Porto de Galinhas, em Ipojuca, Pernambuco. O inquérito foi realizado com cadastros individual e entrega de coletores coprológicos para exames das fezes, através do método de Kato-Katz. Foram realizados 557 exames na comunidade de Salinas, 168 em Socó 489 em Pantanal e 378 exames em Merepe III, sendo diagnosticadas 5, 1, 7 e 11 pessoas parasitadas para o *S. mansoni* respectivamente com diferentes faixas etárias sendo os adultos jovens apresentaram um maior percentual de positividade. Sendo também um maior percentual de homens do que mulheres. A carga parasitária dos indivíduos para *S. mansoni* apresentaram-se relativamente alta. A prevalência das Comunidades de Salinas, Socó, Pantanal e Merepe III correspondeu a 0,89%, 0,59%, 1,43% e 2,91% respectivamente. Todos os casos diagnosticados foram tratados através da Estratégia de Saúde da Família. A positividade da esquistossomose nas Vila litorânea ainda fazem com que esta seja considerada endêmica sendo necessário implantar uma política de educação em saúde continuada em conjunto com serviços de infraestrutura nestas comunidades.

PALAVRAS-CHAVE: Inundação, Litoral, Esquistossomose, Saúde Pública.

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MANSON'S SCHISTOSOMIASIS IN COASTAL VILLAGE IN PERNAMBUCO, BRAZIL

ABSTRACT: Schistosomiasis is a neglected infectious-parasitic disease, which occurs in 78 countries and territories of tropical and subtropical regions. *Schistosoma mansoni* is the only etiological agent of this pathology in the American continent, thus it is found in the city of Ipojuca, a coastal area in the communities of Porto de Galinhas, state of Pernambuco. The aim of this study was to investigate, diagnose and treat positive cases of Schistosomiasis by obtaining knowledge about the prevalence of *S. mansoni* in the communities of Porto de Galinhas, Ipojuca, Pernambuco. The survey was conducted with individual records and delivery of coprological collectors for stool examinations, using the Kato-Katz method. A total of 557 exams were carried out in the community of Salinas, 168 in Socó, 489 in Pantanal, and, 378 in Merepe III, and 5, 1, 7 and 11 people were diagnosed with *S. mansoni*, respectively, with different age groups, but young adults men had greater percentage of positivity. The parasite load of the individuals for *S. mansoni* were relatively high. The prevalence in the communities of Salinas, Socó, Pantanal and Merepe III corresponded to 0.89%, 0.59%, 1.43%, and, 2.91%, respectively. All cases diagnosed were treated through the Family Health Strategy. The positivity of Schistosomiasis in the coastal villages still makes it endemic and it is necessary to implement policies of continuing health education in conjunction with infrastructure services in these communities.

KEYWORDS: Flood, Coast, Schistosomiasis, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A esquistossomose é uma doença infecto-parasitária, considerada uma endemia mundial negligenciada, presente em 78 países das regiões tropicais e subtropicais afeta aproximadamente 250 milhões de pessoas e representa um risco iminente adicionalmente a outras 800 milhões e excede 200.000 mortes a cada ano (VAN DER WERF et al., 2003; UTZINGER et al., 2011; WHO, 2019). São seis as espécies de *Schistosoma* spp. sendo o *S. mansoni*, a única encontrada no Brasil (KATZ, 2008; CHUAH et al., 2019).

No Brasil, aos problemas socioeconômicos, a falta de acesso a produtos e serviços essenciais, como água limpa, saneamento melhorado e principalmente à presença de moluscos do gênero *Biomphalaria* spp., milhares de novos casos e centenas de mortes são registrados anualmente (KLOOS et al., 2008; CALDEIRA et al., 2009; BARBOSA et al., 2016). O molusco *B. glabrata* é distribuído em toda a costa brasileira e também é suscetível a infecção com todas as cepas do *S. mansoni* tornando-se o principal vetor da doença (CAMPOS et al., 2002; SCHOLTE et al., 2014), concomitantemente lança diariamente milhares de cercárias no ambiente aquático responsáveis pela infecção dos hospedeiros definitivos, o homem. o *B. glabrata*, encontra-se mais localizado na faixa litorânea, e o *B. straminea*, apresenta

uma maior representatividade nas áreas rurais (BRASIL, 2014; FAVRE et al., 2015).

O aumento da esquistossomose urbana no Nordeste do Brasil e em outras regiões do Mundo mostra que ela ainda é uma ameaça constante para os países em desenvolvimento. Mesmo diante de todos os esforços do governo no Estado de Pernambuco para controlar sua expansão (fluxo de migração da Zona da Mata), o que se observa é o aumento da distribuição espacial dos casos com estabelecimento de novos focos ativos, principalmente em áreas urbanas e/ou litorâneas (BARBOSA et al., 2001; BARBOSA et al., 2010; 2011; 2014; 2015a; BARRETO et al., 2015). Desta forma ao analisar as notificações dos casos de esquistossomose nas áreas urbanas no Estado com focos dos vetores no litoral observa-se uma expansão da endemia, conseqüentemente uma mudança no seu perfil clínico-epidemiológico (BARBOSA et al., 2001; 2011). Atualmente o Estado de Pernambuco ocupa o terceiro lugar em positividade na Região Nordeste e o primeiro em óbitos, estando distribuída em 102 (55,2%) dos 185 municípios do Estado (BARBOSA et al.; 2010; BARRETO et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2019), sendo também considerada endêmica nas áreas que circundam a faixa litorânea, desde a década de 90 tem-se observado a expansão da esquistossomose para áreas litorâneas da Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco, quando foram registrados os primeiros casos em veranistas e moradores da Praia de Itamaracá (GONÇALVES et al., 1991; BARBOSA et al., 1998) e, posteriormente, em Porto de Galinhas (BARBOSA et al., 2001), está última localidade apresentou 662 casos positivos para *S. mansoni*. Sendo mais recentemente encontrado pessoas parasitadas no litoral de Serrambi (BARBOSA et al., 2015a).

Estudo malacológico de BARBOSA et al. (2014a) no litoral pernambucano, encontraram caramujos *B. glabrata* nas Comunidades de Porto de Galinhas, com taxa de infectividade para *S. mansoni* superior a 80%, percentual este de grande importância epidemiológica, uma vez que a espécie *B. glabrata* adaptou-se facilmente às condições dos ambientes costeiros, a taxas bem acima daquelas referenciadas na literatura (LEAL-NETO et al., 2013; BARBOSA et al., 2014a) apresentando assim alto potencial de transmissão. Assim, objetivamos identificar a prevalência da esquistossomose nas comunidades litorâneas da Vila de Porto de Galinhas, diagnosticando e tratando os casos positivos para o *S. mansoni*.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi realizado no mês de agosto de 2018, em um município situado na Região Metropolitana Sul de Pernambuco, limítrofe com a mesorregião Agreste, a 57 km de distância da Capital Recife. O município do Ipojuca possui 527,107 km² e uma população estima em 94.709 (IBGE, 2018). Limita-se ao Norte com o município do Cabo de Santo Agostinho, ao Sul com Sirinhaém, ao leste com o Oceano Atlântico e

a Oeste com a cidade de Escada. Possui clima quente e úmido. Bacias hidrográficas principais: Rio Ipojuca e bacias de pequenos Rios Litorâneos, Rio Maracaípe, Rio Merepe, RioTatuoca e Rio Massangana.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório da situação epidemiológica da esquistossomose nas Comunidades (Socó, Merepe III, Pantanal e Salinas) de Porto de Galinhas, PE, Brasil, no período de outubro a dezembro de 2017. Estas Comunidades foram selecionadas como prioridade do Programa Municipal de Controle da Esquistossomose -PCE em virtude do acometimento de inundações por fortes chuvas no primeiro semestre de 2017.

A WHO (2012) recomenda para o diagnostico laboratorial da esquistossomose para inquéritos populacionais (dados primários) e investigações epidemiológicas da incidência e prevalência da esquistossomose o método de Kato-Katz (KATZ, et al., 1972), por ser o exame parasitológico das fezes mais sensível, rápido e de fácil execução, além de ser o mais preciso qualitativamente pela presença de ovos de *S.mansoni* nas fezes e quantitativamente possibilita a estimativa da carga parasitaria de ovo(s) por grama de fezes (OPG) dos parasitados. A análise e o processamento estatístico dos dados foram realizados com o auxílio do programa, Excel Microsoft® para a construção dos gráficos e Microsoft® Word para as tabelas.

3 | RESULTADOS

Para a pesquisa epidemiológica, foram realizados um total de 1.592 exames nas Comunidades trabalhadas. Sendo o quantitativo individual para as Comunidades de Socó (168), Merepe III (378), Pantanal (489) e Salinas (557) conforme observamos na Figura 1.

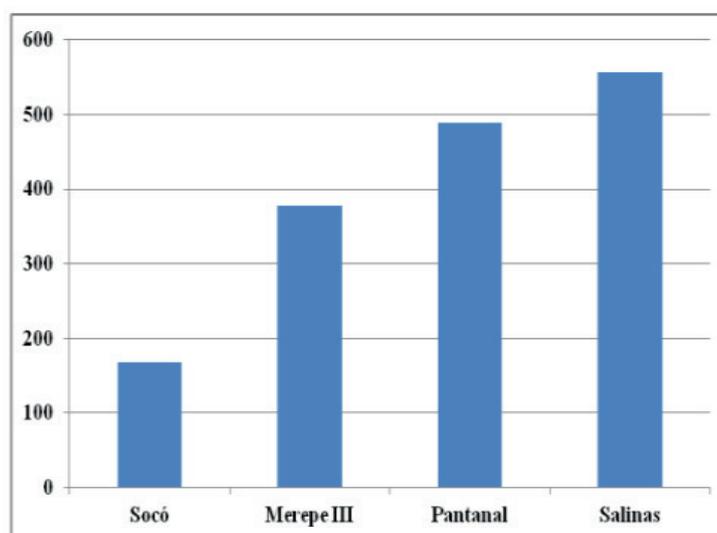


Fig. 1. Exames Realizados nas Comunidades de uma Vila do litoral Sul de Pernambuco.

Em relação aos números de casos positivos para *S. mansoni* nas Comunidades

trabalhadas o quantitativo encontrado após somatória foram 24 indivíduos. Na Figura 2, podemos observar que na comunidade de Socó foi encontrado apenas um caso, enquanto a comunidade de Merepe III apresentou o maior número de indivíduos parasitadas, 11 no total. As Comunidades de Pantanal e Salinas corresponderam a 7 e 5 pessoas diagnosticas para *S. mansoni*, respectivamente.

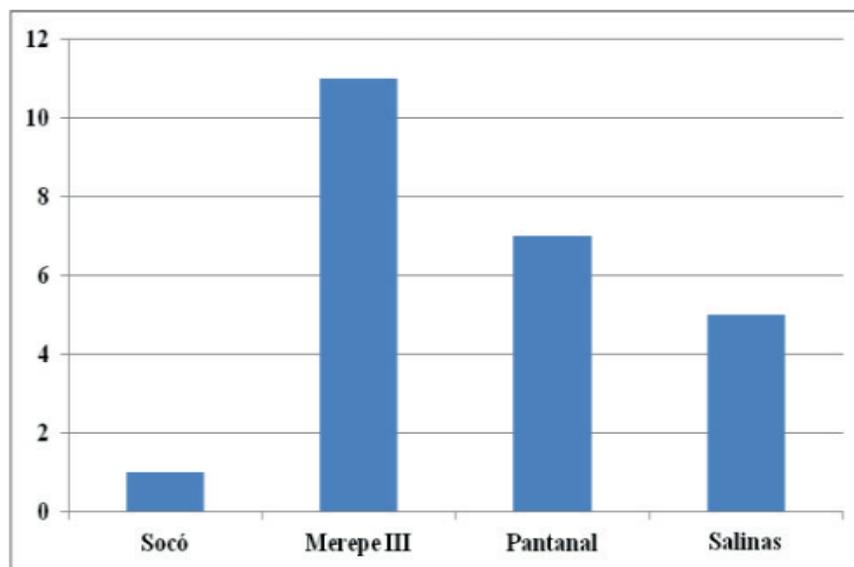


Fig. 2. Casos positivos para *S. mansoni* nas Comunidades de uma Vila do litoral Sul de Pernambuco.

Os resultados referentes ao gênero, faixa etária e as cargas parasitárias para cada comunidade são observadas na Tabela 1. Enquanto, os dados de prevalência e tratamentos são observados na Tabela 2. O sexo masculino foi o mais acometido pelo parasita, representando 62,5% dos casos positivos. Ao analisar a frequência dos casos positivos de acordo com a faixa etária, observa-se que os adultos jovens entre 21 a 40 anos foram os mais acometidos, seguidos de adultos entre 41-50 anos. As crianças (1-10 anos) e os idosos (> 60 anos), também foram acometidos pela esquistossomose (Tabela 1).

Em relação os resultados da intensidade da carga parasitária, observa-se que em todas as Comunidades apresentaram diferentes intensidades de infecção, desde infecções leve (0 - 99 opg), moderada (100-399 opg) a alta (> 400 opg). Observa-se que a comunidade de Merepe III correspondeu aos maiores valores de OPG, isto pode está diretamente associado ao maior número de casos positivos.

Comunidades	Gênero	(%)	Faixa etária	(%)	Carga parasitária (opg)*
Socó	Masculino	100 %	41-50 anos	100 %	24 ovos
Merepe III	Masculino	36,36 %	01-10 anos	18,18 %	
	Feminino	63,63%	11-20 anos	18,18 %	
			21-30 anos	18,18 %	24 a 2.208 ovos

			31-40 anos	36,36 %	
			41-50 anos	09,09 %	
Pantanal	Masculino	71,43 %	21-30 anos	57,16 %	
	Feminino	28,57 %	31-40 anos	14,28 %	24 a 729 ovos
			51-60 anos	14,28 %	
			> 60 anos	14,28 %	
Salinas	Masculino	100 %	01-10 anos	20 %	
			21-30 anos	40 %	72 a 432 ovos
			51-60 anos	20 %	

Tabela 1. Características parasitológicas das Comunidades trabalhadas em uma Vila do litoral Sul de Pernambuco em 2017.

* OPG: Ovos por grama de fezes

A prevalência para esquistossomose foi maior na comunidade de Merepe III, seguida de Pantanal. Socó e Salinas foram as Comunidades com menores ocorrências de casos, apresentando também os menores percentuais de prevalência, menos de 1% cada comunidade. Em relação ao tratamento 100% dos indivíduos positivos (24 casos no total), para o *S. mansoni*, de todas as Comunidades foram tratados através da Estratégia da Saúde da Família (Tabela 2).

Comunidades	Prevalência (%)	Tratamentos (%) *
Socó	0,59 %	100 %
Merepe III	2,91 %	100 %
Pantanal	1,43 %	100 %
Salinas	0,89 %	100 %

Tabela 2. Prevalência das Comunidades e tratamentos dos casos de acordo com as Comunidades trabalhadas em uma Vila litorânea de Pernambuco, 2017.

* Todos os casos diagnosticados positivos foram tratados através da Estratégia de Saúde da Família.

4 | DISCUSSÃO

A esquistossomose em números é uma doença altamente prevalente e endêmica, ocupando o segundo lugar no mundo perdendo apenas para a malária, a nível de parasitismo (SIQUEIRA et al., 2017). Nas Comunidades da vila litorânea as problemáticas relacionadas a doença são: não possui saneamento básico e ambiental direcionadas em todas as residências das Comunidades, os serviços de drenagens para escoamento das lâminas d'águas apresentam falhas e está presente o principal vetor da doença (GOMES et al., 2014). Estas condições são altamente favoráveis a permanência do ciclo biológico do parasita (UTZINGER et al., 2011,2013,2015; COLLEY, 2014; BERGQUIST et al., 2017).

Já é sabido que as inundações desempenham um importante papel em relação

a vida dos moluscos transmissores da esquistossomose, principalmente quando estes encontram-se parasitados com o *S. mansoni* pois as inundações contribuem alterando as características naturais dos seus criadouros de origem, podendo facilitar a proliferação e dispersão desses vetores a grandes distâncias (RAMOS et al., 1970; BARBOSA et al., 2001; 2015a,b). As inundações também propicia o lançamento de esgotamento sanitário em áreas urbanas não pavimentadas e/ou que apresentem serviços de saneamento ambiental inadequados. Conseqüentemente, pode ocorrer o aumento dos casos de esquistossomose relacionado aos focos antigos e principalmente o surgimento de novos casos. Este cenário marca a expansão da esquistossomose em áreas onde os solstícios de inverno e verão são bem definidos, situações estas observadas por PIZA et al. (1959), RODRIGUES e FERREIRA (1967) e RAMOS et al. (1970), em várias comunidade no Estado de São Paulo onde relataram que inundações de grandes proporções determinaram o aumento dos casos de esquistossomose, as confirmações vieram após exames coprológicos, devido o transbordamento dos principais rios da cidade, formando lâminas d'águas de vários centímetros obrigando os residentes a entrarem em contato direto com as águas das inundações que continuam o vetor da doença o *B. tenagophila* liberando cercarias de *S. mansoni*. Na literatura já existe relato de BARBOSA et al. (2001) sobre a inundação decorrente das fortes chuvas no ano de 2000 em Porto de Galinhas, sendo então realizado um inquérito censitário com todos os moradores das Comunidades de Porto de Galinhas onde foram diagnosticados 662 casos de esquistossomose mansônica.

Posteriormente GOMES et al. (2014), realizaram um outro inquérito censitário, 10 anos após o primeiro surto nas Comunidades de Porto de Galinhas e diagnosticaram 425 novos casos de esquistossomose. No decorrer do estudo, eles também realizaram uma simulação de uma possível inundação associando o alto volume e precipitação d'águas com os riscos de infecção por *S. mansoni* nas Comunidades de Porto de Galinhas e demonstraram que em solstício de inverno, as inundações tem grande influência na dinâmica da transmissão da esquistossomose. A simulação ainda mostrou que Salinas é a comunidade com o maior risco de transmissão da esquistossomose, levando em consideração as chances de contato com os focos e criadouros do vetor da doença por serem vários, localizados em diversos pontos da comunidade. Eles também associaram aos dados de prevalência, na qual Salinas apresentou uma taxa de 20,6%, que foi a taxa mais alta entre todas as Comunidades. Socó e Pantanal apresentaram a segunda e terceira maior prevalência, respectivamente, e Merepe III apresentou a menor prevalência. Conforme já mencionado que uma das características da inundação é a dispersão dos vetores para outras localidade, há um possibilidade dos caramujos infectados que estavam presentes em Salinas terem sido levados pela força das águas para a comunidade de Merepe III onde foi observado em nosso estudo o número mais significativo de pessoas parasitadas (11 casos), seguido das Comunidades de Pantanal (7 casos),

Salinas (5 casos) e Socó (1 caso) (Tabela 1), proporcionalmente estas Comunidades, como tal, apresentavam-se percentuais de prevalência distintos e similares conforme o número de parasitados (Tabela 2).

Em relação ao sexo, o gênero masculino foi o mais acometido em todas as Comunidades, com exceção apenas da comunidade de Merepe III onde o sexo feminino correspondeu a 63,63%. Esses resultados corroboram com os resultados apresentados por GOMES et al. (2014) que afirmaram que o sexo masculino foram os indivíduos mais afetados pela esquistossomose nos anos de 2000 e 2010 nas Comunidades de Porto de Galinhas. GOMES et al. (2014) associaram o maior número de casos de esquistossomose para o sexo masculino, por eles provavelmente estarem mais expostos aos focos vetoriais localizados nas ruas e nos quintais das casas das pessoas e que o seu contato pode ser destacado como acidental, involuntário e inevitável, na medida em que eles precisavam atravessar esses ambientes para realizar suas atividades sociais e trabalhistas.

Em relação a carga parasitária as manifestações clínicas nos parasitados varia um pouco, tanto da localização (áreas endêmicas para a esquistossomose e os constantes casos de reinfecções ao parasita), quanto da intensidade da carga parasitária, ovos do parasita encontrados nas fezes (TISCHENDORF et al., 1996; COLLEY et al., 2014). Visto que os sintomas da doença aos indivíduos parasitados estão intimamente relacionados com o processo de retenção de ovos nos tecidos do hospedeiro, principalmente no fígado, baço e intestino comumente e as respostas imunopatológicas do hospedeiro a eles (SCHERRER et al., 2009). De acordo com GOMES et al. (2016) do ponto de vista epidemiológico, indivíduos que apresentam carga parasitária leve, possivelmente assintomáticos, podem ser responsáveis pela manutenção dos focos da doença. No entanto, indivíduos com mais de 100 OPG apresentam maiores riscos de desenvolver as formas graves da doença (BINA e PRATA, 2003; ARAÚJO et al., 2007; BARBOSA et al., 2010; SARVEL et al., 2017). Neste contexto, observa-se que a carga parasitária oscilou consideravelmente, sendo que em todas as Comunidades, com exceção de Socó houve indivíduos que apresentaram entre 4 a 22 vezes um risco maior de desenvolver as formas graves da doença.

5 | CONCLUSÃO

A positividade da esquistossomose nas Comunidades de Porto de Galinhas ainda faz com que esta seja considerada endêmica, principalmente devido à contaminação ambiental dos recursos hídricos local e infectando muitos moradores de diferentes faixas etárias, embora já se observa atualmente uma redução importante nos números de casos em relação aos inquéritos anteriores graças aos esforços aplicados pelos gestores do poder executivos, sendo ainda necessário implantar uma política de educação em saúde continuada em conjunto com serviços

de infraestrutura nas Comunidades buscando eliminar esta parasitose.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, K. C. G. M.; RESENDES, A. P. C.; SOUZA-SANTOS, R.; JÚNIOR, J. C. S.; BARBOSA, C. S. **Análise espacial dos focos de *Biomphalaria glabrata* e de casos humanos de esquistossomose mansônica em Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil, no ano 2000.** Caderno de Saúde Pública., v. 23, n. 2, p. 409-417, 2007.
- BARBOSA, C. S.; GOMES, E. C. S.; CAMPOS, J. V.; OLIVEIRA, F. J. M.; MESQUITA, M. C. S.; OLIVEIRA, E. C. A.; DOMINGUES, A. L. C. **Morbidity of mansoni schistosomiasis in Pernambuco-Brazil: Analysis on the temporal evolution of deaths, hospital admissions and severe clinical forms (1999-2014).** Acta Tropica., v.164, p. 10-16, 2016.
- BARBOSA, V. S.; GUIMARÃES, R. J. P. S.; LOYO, R. M.; MARCELINO, S.; BARBOSA, C. S. **First report of schistosomiasis on Serrambi beach, Ipojuca, State of Pernambuco.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical., v. 48, n.6, p. 780-782, 2015a.
- BARBOSA, C. S.; SOUZA, A. T. O. F.; LEAL NETO, O. B.; GOMES, E. C. S.; ARAÚJO, K. C. G. M.; GUIMARÃES, R. J. P. S. **Turismo de risco para esquistossomose mansônica em Porto de Galinhas, Estado de Pernambuco, Brasil.** Revista Pan-Amazônica., Saúde. v. 6, n. 1, p. 51-58, 2015b.
- BARBOSA, C. S.; SANTOS, R. S.; GOMES, E. S.; ARAÚJO, K.; ALBUQUERQUE, J.; MELO, F.; SEVILHA, M. A.; BRASILEIRO, D.; BARRETO, M. I.; LEAL-NETO, O. B.; BARBOSA, V.; CORREIA, W.; GUIMARÃES, R. J. P. S. **Epidemiologia da esquistossomose no Litoral de Pernambuco.** Revista de Patologia Tropical., v. 43, n. 4, p. 436-445, 2014a.
- BARBOSA, C. S.; LEAL-NETO, O. B.; GOMES, E. C.; ARAÚJO, K. C.; DOMINGUES, A. L. **The endemisation of schistosomiasis in Porto de Galinhas, Pernambuco, Brazil, 10 years after the first epidemic outbreak.** Memórias do Instituto Oswaldo Cruz., v. 106, n. 7, p. 878-883, 2011.
- BARBOSA, C. S.; ARAUJO, K. C.; SEVILHA, M. A.; MELO F.; GOMES, E. C. S.; SOUZA-SANTOS, R. **Current epidemiological status of schistosomiasis in the state of Pernambuco, Brazil.** Memórias do Instituto Oswaldo Cruz., v. 105, n. 4, p. 549-554, 2010.
- BARBOSA, C. S.; DOMINGUES, A. L. C.; ABATH, F.; MONTENEGRO, S. M. L.; GUIDA, U. CARNEIRO, J.; TABOSA, B.; MORAES, C. N. L.; SPINELLI, V. **Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Pública., v. 17, n.3, p. 725-728, 2001.
- BARBOSA, C. S.; GONÇALVES, J. F.; ALBUQUERQUE, Y.; BARBOSA, F. S. **Urban schistosomiasis in Itamaracá Island, Pernambuco, Brazil: epidemiological factors involved in the recent endemic process.** Memórias do Instituto Oswaldo Cruz., v. 93, n. 1, p. 265-6, 1998.
- BARRETO, A. V. M. S.; MELO, N. D.; VENTURA, J. V. T.; SANTIAGO, R. T.; SILVA, M. B. S. **Analysis of Schistosomiasis mansoni positivity in endemic Health Regions in the State of Pernambuco, Brazil, 2005-2010.** Epidemiologia e Serviço de Saúde., v. 24, n. 1, p. 87-96, 2015.
- BERGQUIST, R. BRATTIG, N. W.; CHIMBARI, M. J.; ZINSSTAG, J.; UTZINGER, J. **Ecohealth research in Africa: Where from-Where to?.** Acta Tropica., v. 175, p. 1-8, 2017.
- BINA, J. C.; PRATA, A. **Esquistossomose na área hiperendêmica de Taquarendi: I Infecção pelo *Schistosoma mansoni* e formas graves.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical., v. 36, n.2, p.133-141, 2003.

BRASIL, 2014. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância da Esquistossomose Mansonii: diretrizes técnicas**. 4ª ed. Ministério da Saúde, Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_esquistossome_mansoni_diretrizes_tecnicas.pdf (Acesso 19/02/2019).

CALDEIRA, R. L.; JANNOTTI-PASSOS, L. K.; CARVALHO, O. S.. **Molecular epidemiology of Brazilian *Biomphalaria*: a review of the identification of species and the detection of infected snails**. Acta Tropica., v. 111, p. 1-6, 2009.

CAMPOS, Y. R.; CARVALHO, O. S.; GOVEIA, C. O.; ROMANHA, A. J. **Genetic variability of the main intermediate host of the *Schistosoma mansoni* in Brazil, *Biomphalaria glabrata* (Gastropoda: Planorbidae) assessed by SSR-PCR**. Acta Tropica., v. 83, n.1, p. 19-27, 2002.

CHUAH, C.; GOBERT, G. N.; LATIF, B.; HEO, C. C.; LEOW, C. Y. **Schistosomiasis in Malaysia: A review**. Acta Tropica., v. 190, p. 137-143, 2019.

COLLEY, D. G.; BUSTINDUY, A. L.; SECOR, W. E.; KING, C. H. **Human schistosomiasis**. Lancet., v. 1, p. 1-12, 2014.

FAVRE, T. C.; PEREIRA, A. P.; BECK, L. C.; GALVÃO, A. F.; PIERI, O. S. **School-based and community-based actions for scaling-up diagnosis and treatment of schistosomiasis toward its elimination in an endemic area of Brazil**. Acta Tropica., v. 149, p. 155-162, 2015.

GOMES, A. C. L.; GALINDO, J. M.; LIMA, N. N.; SILVA, E. V. G.; **Prevalência e carga parasitária da esquistossomose mansônica antes e depois do tratamento coletivo em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco**. Epidemiologia e Serviço da Saúde., v. 25, .n. 2, p. 243-250, 2016.

GOMES, E. C. S.; LEAL-NETO, O. B., OLIVEIRA-JUNIOR, F. J. M.; CAMPOS, J. V.; SOUZA-SANTOS, R.; BARBOSA, C. S. **Risk analysis for occurrences of schistosomiasis in the coastal area of Porto de Galinhas, Pernambuco, Brazil**. BMC Infectious Diseases., v. 14, n.101, p. 1-12, 2014.

GONÇALVES, F.; COUTINHO, A.; SANTANA, W.; BARBOSA, C. S. **Esquistossomose Aguda, de Caráter Episódico, na Ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco**. Caderno de Saúde Pública., v. 7, n. 3, p. 424-425, 1991.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018. **Resultado dos Dados População Estimada - 2018**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/ipojuca/panorama>. Acesso 19/02/2019.

KATZ, N. **The discovery of Schistosomiasis mansoni in Brazil**. Acta Tropica., v. 108, p. 69-71, 2008.

KATZ, N.; CHAVES, A.; PELLEGRINO, J. **A simple device for quantitative stool thick-smear technique in schistosomiasis mansoni**. Revista do Instituto de Medicina Tropical., v. 14, p. 397-400, 1972.

KLOOS, H.; CORREA-OLIVEIRA, R.; QUITES, H. F. O.; SOUZA, M. C. C.; GAZZINELLI, A. **Socioeconomic studies of schistosomiasis in Brazil: a review**. Acta Tropica., v. 108, n. 2-3, p. 194-201, 2008.

LEAL-NETO, O. B.; GOMES, E. C. S.; OLIVEIRA-JÚNIOR, F. J. M.; ANDRADE, R.; REIS, D. L.; SOUZA-SANTOS, R.; BOCANEGRA, S.; BARBOSA, C. S. **Biological and environmental factors associated with risk of schistosomiasis mansoni transmission in Porto de Galinhas, Pernambuco State, Brazil**. Caderno de Saúde Pública., v. 29, n. 2, p. 357-367, 2013.

NASCIMENTO, G. L.; PEGADO, H. M.; DOMINGUES, A. L. C.; XIMENES, R. A. A.; ITRIA, A.; CRUZ, L. N.; OLIVEIRA, M. R. F. **The cost of a disease targeted for elimination in Brazil: the case of**

schistosomiasis mansoni. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz., v. 114, p. e180347, 2019.

PIZA J. T.; RAMOS, A. S.; BRANDÃO, C. H.; FIGUEIREDO, C. G. **A esquistossomose no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo — Brasil). Observações sobre a doença em alguns de seus municípios e a fauna planorbídica da região**. Revista do Instituto Adolfo Lutz., v. 19, p. 97-143, 1959.

RAMOS, A. S.; PIZA, J. T.; FROES, E. **A importância das inundações na expansão da esquistossomose mansoni**. Revista de Saúde Pública., v. 4, n. 1, p.1-5, 1970.

RODRIGUES, D. C.; FERREIRA, C. S. **Esquistossomose mansoni nos municípios de Santo André e São Bernardo do Campo (SP, Brasil): encontro de casos humanos autóctones e de exemplares de *Biomphalaria tenagophila* naturalmente infestados pelo *Schistosoma mansoni***. Revista Paulista de Medicina., v. 71, n. 48, 1967.

SARVEL, A. K.; OLIVEIRA, A. A.; SILVA, A. R.; LIMA, A. C. L.; KATZ, N. **Evaluation of a 25-year-program for the control of Schistosomiasis mansoni in an endemic area in Brazil**. PLOS Neglected Tropical Diseases., v. 5: e990, p. 1-6, 2011.

SCHERRER, A. U.; SJÖBERG, M. K.; ALLANGBA, A.; TRAORÉ, M.; LOHOURIGNON, L. K.; TSCHANNEN, A. B.; N'GORAN, E. K.; UTZINGER, J. **Sequential analysis of helminth egg output in human stool samples following albendazole and praziquantel administration**. Acta Tropica., v. 109, p. 226-231, 2009.

SCHOLTE, R. G.; GOSONI, L.; MALONE, J. B.; CHAMMARTIN, F.; UTZINGER, J.; VOUNATSOU, P. **Predictive risk mapping of schistosomiasis in Brazil using Bayesian geostatistical models**. Acta Tropica., v. 132, p. 57–63, 2014.

SIQUEIRA, L. D. P.; FONTES, D. A. F.; AGUILERA, C.S.B.; TIMÓTEO, T. R. R.; ÂNGELOS, M. A.; SILVA, L. C. P. B. B.; MELO, C. G.; ROLIM, L. A.; SILVA, R. M. F.; ROLIN NETO, P. J. **Schistosomiasis: Drugs used and treatment strategies**. Acta Tropica., v. 176, p. 179-187. 2017.

TISCHENDORF, F. W.; BRATTIG, N. W.; BÜTTNER, D. W.; PIEPER, A.; LINTZEL, M. **Serum levels of eosinophil cationic protein, eosinophil-derived neurotoxin and myeloperoxidase in infections with filariae and schistosomes**. Acta Tropica., v. 62, p. 171-182, 1996.

UTZINGER, J., BRATTIG, N.W., LEONARDO, L., ZHOU, X.N., BERGQUIST, R. **Progress in research, control and elimination of helminth infections in Asia**. Acta Tropica., v. 141, p. 135-145, 2015.

UTZINGER, J., BRATTIG, N.W., KRISTENSEN, T.K. **Schistosomiasis research in Africa: how the CONTRAST alliance made it happen**. Acta Tropica., v. 128, p. 182-195, 2013.

UTZINGER, J.; N'GORAN, E. K.; CAFFREY, C. R.; KEISER, J. **From innovation to application: Social-ecological context, diagnostics, drugs and integrated control of schistosomiasis**. Acta Tropica., v. 120, n. 1, p. 121-137, 2011.

VAN DER WERF, M. J.; DE VLAS, S. J.; BROOKER, S.; LOOMAN, C. W.; NAGELKERKE, N. J.; HABBEMA, J. D.; ENGELS, D. **Quantification of clinical morbidity associated with schistosome infection in sub-Saharan Africa**. Acta Tropica., v. 86, p. 125-139, 2003.

WHO. World Health Organization, 2019. **Schistosomiasis. Fact sheet number 115**. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/> (acesso 15 junho 2019).

WHO. World Health Organization, 2012. **Research priorities for helminth infections: technical report of the TDR disease reference group on helminth infections**. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75922/WHO_TRS_972_eng.pdf;jsessionid=5ECF8FE5B0F3E2C00C8B871916F0D4AC?sequence=1 (acesso 19 fevereiro 2019).

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Pós-graduanda em Saúde da Família e em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte. Enfermeira do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Água Branca - PI. Professora da Faculdade Superior de Ensino Programus. Teresina-Piauí.

Jefferson Abraão Caetano Lira

Enfermeiro. Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí.

Camylla Layanny Soares Lima

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e em Docência para o Ensino Superior. Teresina-Piauí.

Whesley Fenesson Alves dos Santos

Enfermeiro. Residente de Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Piauí. Pós-graduando em Gestão Hospitalar e Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí.

Ângela Raquel Cruz Rocha

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e em Docência para o Ensino Superior. Teresina-Piauí.

Hérica Dayanne de Sousa Moura

Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Teresina-Piauí.

RESUMO: este estudo objetivou identificar na literatura os aspectos epidemiológicos e as medidas de prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados BDNF, MEDLINE e índice bibliográfico LILACS, no período de 2014 e 2018, totalizando 11 artigos, os quais foram analisados, sendo que os resultados foram organizados em categorias temáticas. O ano de 2015 apresentou maior produção, com cinco artigos, seguido de 2016, com três. No que tange aos principais resultados, as produções abordaram o perfil epidemiológico da Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI, com seis publicações, medidas de prevenção para infecções, com duas, e caracterização das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI em três artigos. Em relação ao perfil epidemiológico das infecções, constatou-se predomínio no sexo feminino, em idosos e naqueles que sofreram procedimentos invasivos. Observou-se que a implementação de medidas de prevenção de infecções na UTI reduzem os custos nos serviços de saúde. Dentre as medidas de prevenção, destacaram-se padronização de normas para inserção de dispositivos invasivos, ações organizacionais de incentivo e implantação dos cinco momentos de higienização das mãos. O principal patógeno das Infecções Relacionadas à Assistência à

Saúde foi o *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva. Infecção. Epidemiologia.

HEALTH ASSISTANCE INFECTIONS IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND PREVENTION MEASURES

ABSTRACT: this study aimed to identify in the literature the epidemiological aspects and the measures of prevention of infections related to health care in the Intensive Care Unit. It is an integrative review carried out in the databases BDNF, MEDLINE and LILACS bibliographic index, in the period of 2014 and 2018, totaling 11 articles, which were analyzed, and the results were organized in thematic categories. The year 2015 presented higher production, with five articles, followed by 2016, with three. Regarding the main results, the productions addressed the epidemiological profile of infections related to health care in the ICU, with six publications, infection prevention measures with two, and characterization of infections related to health care in the ICU in three articles. Regarding the epidemiological profile of the infections, it was found predominance in the female sex, in the elderly and in those who underwent invasive procedures. It was observed that the implementation of measures to prevent infections in the ICU reduces costs in health services. Among the preventive measures, we emphasized standardization of standards for insertion of invasive devices, organizational actions of incentive and implantation of the five moments of hand hygiene. The main pathogen of health care-related infections was oxacillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

KEYWORDS: Intensive Care Units. Infection. Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares são consideradas aquelas obtidas durante a internação de um paciente no ambiente hospitalar ou quando se manifesta após a alta, sendo vinculada à hospitalização (SOUSA *et al.*, 2015). Essa problemática aumenta os custos de tratamento que podem ser até três vezes maiores, se comparados aos clientes sem infecção. No Brasil, o índice de infecção é de 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por cliente internado nos hospitais brasileiros (OLIVEIRA; MOURA; NUNES, 2011).

Nesse contexto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui alta prevalência de infecções hospitalares. A UTI é direcionada ao atendimento de pacientes em estado delicado que, de uma forma geral, carecem de monitoramento e suporte constante de suas funções vitais. Desse modo, a UTI é considerada área crítica, tanto pela instabilidade hemodinâmica dos pacientes hospitalizados nessa unidade, quanto pelo risco elevado de desenvolver Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

As IRAS estão direta ou indiretamente relacionadas ao uso de procedimentos invasivos (cateteres venosos periféricos e centrais, sondas vesicais de demora e

ventilação mecânica), imunossupressores, período de hospitalização prolongado, colonização por microrganismos resistentes, uso indiscriminado de antimicrobianos e o próprio ambiente da unidade, que torna a seleção natural propícia ao desenvolvimento de microrganismos e, por conseguinte, a colonização e/ou infecção por microrganismos, inclusive multirresistentes (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O risco de IRAS é significativo em UTI. Dados europeus mostraram a prevalência de 19,5% de infecções em pacientes internados nesse setor, frente a 5,2% de infecções adquiridas em outras unidades de internação. Consequentemente, o uso de antimicrobianos foi elevado e, portanto, necessário em 56,5% dos pacientes em UTI (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) estima que o desenlace seja desfavorável em torno de 30% dos pacientes afetados por um ou mais casos de IRAS ocorridos em ambiente de terapia intensiva.

A ocorrência de IRAS em clientes hospitalizados em UTI contribui para o aumento no tempo de internação, maior mortalidade e elevação de gastos com medicamentos e materiais (HU *et al.*, 2013). Essas complicações infecciosas podem representar fardo ao paciente, expresso no aumento da carga de doença e na instauração de quadro séptico associado (RODRÍGUEZ *et al.*, 2011).

Como procedência mais comuns de danos evitáveis, as IRAS representam a maior ameaça à estabilidade do paciente. Estimativas recentes da morbidade e da mortalidade nacional, associadas a essas infecções, mostram a gravidade desse problema para a saúde pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011). Todavia, destaca-se que cerca de 20% a 30% dessas complicações infecciosas são preveníveis (CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA, SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE, 2019), enfatizando a importância da higienização das mãos por parte dos profissionais (ZIMBLICHMAN *et al.*, 2013).

Partindo desse pressuposto, este estudo objetivou identificar na literatura os aspectos epidemiológicos e as medidas de prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na Unidade de Terapia Intensiva.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em seis etapas: estabelecimento de hipóteses ou questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Na primeira etapa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais os aspectos epidemiológicos e as medidas de prevenção das infecções Relacionadas

à Assistência à Saúde na Unidade de Terapia Intensiva?”. Posteriormente, realizou-se o levantamento da produção científica nas bases de dados BDENF (Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) presentes na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Para tanto, utilizaram-se os seguintes descritores: “Unidades de Terapia Intensiva”, “Infecção”, “Epidemiologia”, encontrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Ressalta-se que os descritores controlados foram repetidos nas buscas como palavras-chave. Utilizaram-se os operadores booleanos “OR” e “AND” para elaborar a estratégia de busca. Na busca, foram encontrados 4.999 artigos. A busca foi realizada no mês de fevereiro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: texto completo disponível, no idioma português e publicados nos anos de 2014 a 2018. Excluíram-se Trabalho de Conclusão de Curso. Dessa forma, 4.988 artigos não atenderem aos critérios supracitados, restando 11 artigos, os quais foram submetidos ao processo de análise. Ressalta-se que os dados foram extraídos mediante instrumento próprio.

Após essa etapa, realizaram-se a organização do material e a classificação por similaridade semântica, elaborando as seguintes categorias temáticas: Perfil epidemiológico da Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI, medidas de prevenção para infecções e caracterização das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI.

3 | RESULTADOS

Dos 11 artigos, o ano de 2015 apresentou maior produção, com cinco artigos, seguido de 2016, com três. No que tange aos principais resultados, as produções abordaram o perfil epidemiológico da infecções na UTI, com seis publicações, medidas de prevenção para infecções, com duas; e caracterização das infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI em três artigos, conforme o Quadro 1.

ID	Título do artigo	Autores	Ano de publicação	Principais resultados
1	Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário	MICHELIN, A.F.; FONSECA, M.R.C.C.	2018	A infecção hospitalar na UTI é de importante magnitude. Os sítios e microrganismos envolvidos nas infecções foram semelhantes ao descrito na literatura. A letalidade da infecção foi alta e fatores como gênero, idade e dias de internação aumentam o risco desses pacientes irem a óbito.

2	Incidência de infecção do trato urinário relacionada ao cateterismo vesical de demora: um estudo de coorte	CAMPOS, C.C. <i>et al.</i>	2016	<p>O hospital que utilizou água e sabão para a higiene periuretral apresentou maior incidência do que o hospital que utilizou antisséptico. O fator de risco identificado foi a higienização periuretral com água e sabão.</p> <p>Os microrganismos mais prevalentes nas uroculturas foram <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Candida sp.</i>, <i>Escherichia coli</i> e <i>Proteus mirabilis</i>. Reforça a necessidade de estudos primários que identifiquem a solução mais eficaz para a realização da limpeza periuretral.</p>
3	Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva	SOUSA, A.F.L.; OLIVEIRA, L.B.; MOURA, M.E.B.	2016	<p>A infecção de trato respiratório foi a mais prevalente dentre o total das infecções. Chama-se atenção também para as altas taxas de Infecção do trato urinário e infecção de corrente sanguínea. A infecção de trato respiratório se configurou como a principal topografia infecciosa no ambiente hospitalar.</p>
4	Prevalência de infecção hospitalar pela bactéria do gênero klebsiella em uma Unidade de Terapia Intensiva	PERNA, T.D. <i>et al.</i>	2015	<p>Os números obtidos condizem com os demais hospitais de ensino, o que não significa que é um parâmetro que não pode ser mudado. Com a análise, pretendemos implantar medidas eficazes de controle de contaminação, assim como ações educativas para os demais profissionais da saúde, minimizando os desfechos ruins.</p>
5	Sepse neonatal tardia em recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer inferior a 1.500g	SILVA, S.M.R. <i>et al.</i>	2015	<p>A incidência de sepse neonatal tardia indica a vulnerabilidade desses pré-termos, devido à imaturidade imunológica dessa população. Assim, o conhecimento do perfil dos RNs internados na UTIN e os fatores de risco a que estão expostos são fundamentais para o planejamento dos cuidados de enfermagem desses pacientes.</p>
6	Infecções urinárias causadas por <i>Trichosporon spp.</i> em pacientes graves internados em unidade de terapia intensiva	MATTEDE, M.G.S. <i>et al.</i>	2015	<p>A infecção por <i>Trichosporon spp.</i> predominou no sexo masculino, de idade acima de 70 anos, com uso de sonda vesical de demora, por mais de 20 dias, e com uso de antibióticos de amplo espectro acima de 14 dias. Os pacientes que apresentaram a infecção urinária por <i>Trichosporon spp.</i> ficaram internados nos setores de terapia intensiva, com maior frequência, no período de outono e inverno.</p>

7	Resistência de bactérias isoladas em equipamentos em unidade de terapia intensiva	ROCHA, I.V. <i>et al.</i>	2015	Os microrganismos isolados mais frequentes foram: <i>Acinetobacter sp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Pseudomonas sp.</i> A maioria dos isolados apresentaram elevadas taxas de resistência microbiana aos medicamentos.
8	Pneumonia nosocomial na unidade de terapia intensiva: é possível prever a falha do tratamento?	RANZANI, O.T.; PRINA, E.; TORRES, A.	2014	Para melhor cuidar de seus pacientes, o médico responsável deve considerar a história natural da PAUTI. Além disso, o reconhecimento de preditores precoces de eventos adversos parece ser muito útil, quando se avalia a resposta do paciente a um tratamento antibiótico.
9	Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea	DANTAS, G.D. <i>et al.</i>	2017	16 profissionais não citaram as medidas de prevenção de ICSR-CVC. Houve incoerência entre o discurso e a prática. A equipe de enfermagem apresentou fragilidades na adesão às medidas de prevenção. A adesão às medidas de prevenção de ICSR-CVC deve ser incentivada, mediante educação continuada.
10	Impactos e fatores determinantes no <i>bundle</i> de pneumonia associada à ventilação mecânica	RODRIGUES, N.A. <i>et al.</i>	2016	Observou-se aumento na incidência de PAV após implementação do <i>bundle</i> ; Os óbitos foram iguais ou maiores a 50%. As mudanças de profissionais e a falta de insumos foram fatores determinantes. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de qualificação permanente da equipe, com o propósito de favorecer a adesão ao protocolo e prevenir a PAV.
11	Comparação entre um método de diagnóstico clínico e a técnica de vigilância do <i>m m Center for Disease Control and Prevention</i> para identificação de pneumonia associada à ventilação mecânica	WALTRICK, R. <i>et al.</i>	2015	O método do <i>Center for Disease Control and Prevention</i> falhou na detecção de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica e pode não ser satisfatório como método de vigilância.

Quadro 1 - Apresentação da síntese dos estudos incluídos por título do artigo, autores, ano de publicação e principais resultados. Teresina, PI, Brasil, 2019.

Fonte: pesquisa própria

Identificou-se que o tipo de estudo mais prevalente foi o descritivo, com cinco, seguido do coorte, apresentando três produções. Em relação ao cenário, 10 estudos ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva e um consistiu em editorial. O estado de

Minas Gerais apresentou maior produção científica, com dois artigos. A respeito das bases de dados, cinco artigos foram encontrados no LILACS, cinco na BDNF e um na MEDLINE, segundo o Quadro 2.

ID	Tipo de estudo	Cenário	Cidade e Unidade de federação	Base de dados
1	Quantitativo retrospectivo	Unidade de terapia intensiva	São Paulo – SP	BDNF
2	Estudo de coorte	Unidade de terapia intensiva	Belo Horizonte – MG	LILACS
3	Quantitativo descritivo	Unidade de terapia intensiva	Teresina – PI	LILACS
4	Descritivo transversal do tipo retrospectivo	Unidade de terapia intensiva	Juiz de Fora – MG	LILACS
5	Estudo de coorte prospectivo	Unidade de terapia intensiva neonatal	Porto Alegre – RS	BDNF
6	Descritivo observacional	Unidade de terapia intensiva	Vitoria – ES	LILACS
7	Estudo transversal	Unidade de terapia intensiva	Caruaru – PE	BDNF
8	Editorial	Não se aplica	Não se aplica	MEDLINE
9	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa	Unidade de terapia intensiva	Campina Grande – PB	BDNF
10	Estudo longitudinal retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa	Unidade de terapia intensiva	Fortaleza – CE	BDNF
11	Estudo de coorte prospectivo	Unidade de terapia intensiva	Joinville – SC	LILACS

Quadro 2 - Apresentação da síntese de artigos incluídos em relação à abordagem metodológica, cenário, unidade de federação e base de dados. Teresina, PI, 2019.

Fonte: pesquisa própria

4 | DISCUSSÃO

4.1 Perfil epidemiológico das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI

Os pacientes internados em UTIs abrangem um pequeno grupo de pacientes hospitalizados, representando apenas de 5 a 10% do total, mas que apresentam risco médio de infecção de 5 a 10 vezes maior do que outros setores, com taxa de mortalidade que variou de 10 a 80 (PERNA *et al.*, 2015).

Observou-se a predominância de IRAS na UTI no sexo masculino e, em sua

maioria, idosos, remetendo ao fato de ser uma faixa etária de maior suscetibilidade para infecções devido ao sistema imune já deficiente decorrente da idade (SOUSA; OLIVEIRA; MOURA, 2016).

Esses pacientes sofreram, no mínimo, um procedimento invasivo, como sonda vesical de demora, sonda nasoenteral e/ou acesso venoso central. Predominaram-se também infecções do trato respiratório, urinário e de corrente sanguínea, sendo que os microrganismos envolvidos nas IRAS foram semelhantes ao descritos na literatura (SOUSA; OLIVEIRA; MOURA, 2016).

A pneumonia é considerada uma das principais IRAS em UTI. Estatísticas internacionais descrevem a existência de 5 a 10 casos, por 1000 internações hospitalares, aumentada em até 20 vezes, se o paciente estiver sob ventilação mecânica e em cuidados intensivos (LIMA; ANDRADE; HAAS, 2007).

Ressalta-se que mais de 50% desses pacientes com IRAS evoluíram para óbito, destacando a importância da implementação de medidas eficazes de controle de contaminação, como ações educativas para os demais profissionais de saúde desse setor, minimizando, assim, os desfechos desfavoráveis (SOUSA *et al.*, 2015).

O enfermeiro como integrante ativo da Central de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é o principal responsável por ações que visam prevenir e controlar esses agravos de saúde e serve de ligação entre os setores da instituição e os profissionais de saúde. Deve ser disseminador de tais ações de prevenção e controle das IRAS (DANTAS *et al.*, 2017).

4.2 Medidas de prevenção para infecções

As IRAS constituem um risco significativo à saúde dos pacientes. As medidas de prevenção e controle são de grande importância e envolvem qualificação da equipe multiprofissional, mediante ações que resultem na melhoria da qualidade da assistência à saúde. Além disso, a instituição das medidas de prevenção das IRAS reduzem complicações e custos (MICHELIN; FONSECA, 2018).

Estudos demonstram a possibilidade de diminuição das taxas de infecções hospitalares, por meio de um conjunto de medidas consideradas de fácil aplicação e de baixo custo, a exemplo da padronização de normas para inserção de acessos venosos centrais, mediante *bundle* de inserção, técnica estéril e cuidados pós-inserção para que os valores se aproximem de zero (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Estudo realizado em UTIs dos EUA reconheceu que a instituição de protocolos de prevenção de infecções não é a única medida que consegue alcançar impactos na diminuição da incidência e na ocorrência de complicações relacionadas a essas infecções. É indispensável que os profissionais de saúde tenham competência e apresentem alta adesão às diretrizes recomendadas (FURUYA *et al.*, 2011).

Portanto, as diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* (2011) propõem a avaliação do conhecimento e das práticas dos profissionais no cenário

das UTIs e comprovam a necessidade de pesquisas que investiguem o conhecimento e adesão desses profissionais às medidas de prevenção de IRAS.

Salienta-se que a prevenção depende também de ações organizacionais que implicam no incentivo da gestão dos serviços de saúde ao conhecimento e cumprimento de cuidados de controle de infecção e segurança do paciente. Ações como a padronização de normas para inserção de acessos venosos centrais, cuidados de manutenção pós-inserção, adoção de protocolos de prevenção, uso de técnicas assépticas, higienização das mãos, realização de curativos de forma asséptica, uso de barreira máxima de proteção, observação do sítio de inserção diariamente e troca de equipos no tempo mostraram-se efetivas (DANTAS *et al.*, 2017).

Na maior parte das recomendações pra prevenção de IRAS, destaca-se a higienização de mãos como um dos principais mecanismos de sucesso. O conceito “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” resume as indicações de higiene das mãos nos casos em que ela é necessária. Esse método, como observado na Figura 1, facilita o entendimento dos momentos em que há riscos de transmissão de microrganismos pelas mãos, bem como a memorização e a incorporação nas atividades do dia a dia (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019).



Figura 1: Os cinco momentos para higienização das mãos. Teresina, PI, 2019.

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019.

Percebeu-se, nos estudos, que a equipe de profissionais possui fragilidade no conhecimento das medidas de prevenção de infecção hospitalar preconizadas pela ANVISA e pelos órgãos internacionais como o CDC. Além do mais, grande parte desses profissionais assinalou não ter tido treinamento voltado às medidas de prevenção (RODRIGUES *et al.*, 2016).

São combinadas diversas estratégias, como treinamento de equipes, implantação e manutenção de programas de controle de IRAS, realização de checklists para inserção e manipulação de dispositivos invasivos, comunicação entre os profissionais, a partir de mensagens eletrônicas e de redes de computadores

internas, além da adoção de pacotes de medidas para redução das infecções (ALLEGIANZI *et al.*, 2013).

4.3 Caracterização das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI

Vários são os organismos relacionados às contaminações em ambientes hospitalares e nos processos de IRAS. Dessa maneira, os principais patógenos incluem: *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (ORSA), *Enterococcus* sp. resistente à vancomicina (VRE) e, mais recentemente, enterobactérias produtoras de Beta Lactamase de Espectro Estendido (ESBL) e *Acinetobacter baumannii* resistente à antibióticos carbapenêmicos (ROCHA *et al.*, 2015).

Dentre esses microrganismos, o *Staphylococcus aureus* é o de maior incidência, o qual se caracteriza por uma bactéria esférica, do grupo dos cocos gram-positivos, encontrado, frequentemente, na pele e nas fossas nasais de pessoas saudáveis e também se distingue por grande resistência aos medicamentos (SANTOS *et al.*, 2007). A resistência bacteriana é natural e irremissível, no entanto a utilização constante e indiscriminada de antimicrobianos, sobretudo os de amplo espectro, repercutem no desenvolvimento e na aceleração de tal processo (DUPONT *et al.*, 2001).

Um dos principais determinantes dos desfechos dos pacientes com IRAS é o início apropriado do tratamento antibiótico, pois o diagnóstico, a administração precoce e adequada de antibióticos são fatores fundamentais para que se obtenham bons desfechos (DUPONT *et al.*, 2001).

Porém, evidenciou-se que a maioria das bactérias isoladas apresentaram elevadas taxas de resistência microbiana aos medicamentos, representando grande risco à saúde. Assim, faz-se necessário adotar estratégias que diminuam a resistência das espécies bacterianas, com o uso apropriado de antibióticos, pois essa estratégia é imprescindível para o controle das IRAS (LOUREIRO *et al.*, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Em relação ao perfil epidemiológico das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na UTI, constatou-se predomínio no sexo feminino, em idosos e naqueles que sofreram procedimentos invasivos, sendo as infecções do trato respiratório, urinário e de corrente sanguínea as mais prevalentes.

Observou-se que a implementação de medidas de prevenção de infecções na UTI reduzem os custos nos serviços de saúde. Dentre as medidas, destacaram-se padronização de normas para inserção de dispositivos invasivos, ações organizacionais de incentivo, melhora da comunicação entre profissionais, realização de checklists e implantação dos cinco momentos de higienização das mãos, as quais mostraram-se bastante efetivas.

No que tange à caracterização das Infecções Relacionadas à Assistência

à Saúde na UTI, identificou-se, na literatura, que o principal patógeno foi o *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina, destacando que a resistência bacteriana é um fato bastante preocupante, por isso a importância do controle e do uso adequado de antibióticos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Ministério da Saúde. **Os 5 momentos para higienização das mãos**. Acesso em: 04 mar 2019. Disponível em: http://www.relacionadas.aassistencia.saude.gov.br/servicos/saude/control/higienizacao_oms/5%20momentos%20A3.pdf
- ALLEGIANZI, B. *et al.* Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. **Lancet Infect Dis**, v.13, n.10, p.843-51, 2013.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Making health care safer: reducing bloodstream infections. Division of Healthcare Quality Promotion. **Vital signs**, v.60, n.8, p.1-4, 2011.
- CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA, SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE. **Infezioni correlate all'assistenza, aspetti epidemiologici**. Acesso em: 10 mar 2019. Disponível em: http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/epid.asp.
- DANTAS, G. D. *et al.* Adesão da equipe de Enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.10, p.3698-706, 2017.
- DUPONT, H. *et al.* Impact of appropriateness of initial antibiotic therapy on the outcome of ventilator-associated pneumonia. **Intensive Care Med**, v.27, n.2, p.355-62, 2001.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Rev Min Enferm**, v.18, n.1, p.9-11, 2014.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012**. Stockholm: ECDC, 2013.
- FURUYA, E. Y. *et al.* Central Line Bundle Implementation in US Intensive Care Units and Impact on Bloodstream Infections. **PLoS One**, v.1, n.6, p.1-6, 2011.
- HU, B. *et al.* Device-associated infection rates, device use, length of stay, and mortality in intensive care units of 4 chinese hospitals: International Nosocomial Control Consortium findings. **Am J Infect Control**, v.41, n.4, p.301-6, 2013.
- LIMA, M. E.; ANDRADE, D.; HAAS, V. J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. **Rev bras ter intensiva**, v.19, n.3, p.342-7, 2007.
- LOUREIRO, R. J. *et al.* O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução. **rev port saúde pública**, v.34, n.1, p.77-84, 2016.
- MICHELIN, A. F.; FONSECA, M. R. C. C. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário. **Revista Nursing**, v.21, n.236, p.2037-41, 2018.
- OLIVEIRA, A. C. *et al.* Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.3, p.89-96, 2012.

OLIVEIRA, F. B. M.; MOURA, M. E. B.; NUNES, B. M. V. T. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma reflexão no tratamento das infecções hospitalares. **R Interd**, v.4, n.4, p.72-7, 2011.

OLIVEIRA, F. J. G. *et al.* Use of clinical indicators in the evaluation of prevention and control practices for bloodstream infection. **Texto contexto enferm**, v.24, n.4, p.1018-26, 2015.

PERNA, T. D. *et al.* Prevalência de infecção hospitalar pela bactéria do gênero klebsiella em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.13, n.2, p.119-23, 2015.

ROCHA, I. V. *et al.* Resistência de bactérias isoladas em equipamentos em unidade de terapia intensiva. **Acta paul enferm**, v.28, n.5, p.433-9, 2015.

RODRIGUES, A. N. *et al.* Impactos e fatores determinantes no bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.6, p.1108-14, 2016.

RODRÍGUEZ, F. *et al.* The epidemiology of sepsis in Colombia: a prospective multicenter cohort study in ten university hospitals. **Crit Care Med**, v.39, n.7, p.1675-82, 2011.

SANTOS, A. L. *et al.* *Staphylococcus aureus*: visitando uma cepa de importância hospitalar. **J Bras Patol Med Lab**, v.43, n.6, p.413-23, 2007.

SOUSA, A. F. L. *et al.* Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da atenção primária. **Acta paul enferm**, v.28, n.5, p.454-9, 2015.

SOUSA, A. F. L.; OLIVEIRA, L. B.; MOURA, M. E. B. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. **Rev Pre Infec e Saúde**, v.2, n.2, p.11-7, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide**. Geneva: WHO, 2011.

ZIMBLICHMAN, E. *et al.* Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. **JAMA Intern Med**, v.173, n.22, p.2039-46, 2013.

MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE EXAMES COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO

Joseanna Gomes Lima

Secretaria Estadual de Saúde
São Luís - MA

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Maria de Fátima Lires Paiva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Alan Cássio Carvalho Coutinho

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Andréa Dutra Pereira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

Nathalia Gonçalves Mesquita

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

RESUMO: Objetivo: Realizar monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico e verificar se houve adoecimento desses contatos. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi de 40 contatos de portadores de hanseníase.

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Dermatologia de um Hospital Universitário, através de um questionário e entrevista, juntamente com a análise do prontuário foi realizado o exame dermatoneurológico visando detectar algum sinal de hanseníase. Na compilação dos dados adotou-se o software Excel® 2013 e na análise estatística, o software BioEstat (5.0). **Resultados:** Sobre os contatos: 57,5% eram do sexo feminino, 27,5% encontram-se entre a faixa etária de 12 a 17 anos e pode-se constatar que o parentesco mais comum (30%) foi o de pai/mãe. Verificou-se 62,5% eram intradomiciliares, 77,5% possui uma dose vacina BCG-ID e a maioria (90%) dos contatos não foram diagnosticados com hanseníase. Observa-se que 80% dos contatos são de casos índices multibacilares, com relação à forma clínica do caso índice, houve uma semelhança entre casos dimorfo-dimorfo e os que não souberam informar, 22,5% respectivamente. **Conclusão:** Conclui-se que estudos realizados em contatos de doentes de hanseníase são de grande importância para a elucidação da cadeia de transmissão da hanseníase.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase. Contatos. Epidemiologia.

MONITORING HANSENIASIS CONTACTS FROM COMPLEMENTARY EXAMS IN HYPEREDEMIC MUNICIPALITY

ABSTRACT: Objective: To monitor the contacts of people with leprosy in a hyperendemic municipality and to check if these contacts were sick. **Method:** This is an exploratory, descriptive, quantitative approach. The study sample comprised 40 contacts of leprosy patients. The data collection was performed at the Dermatology Service of a University Hospital, through a questionnaire and interview, along with the analysis of the medical record, the dermato neurological examination was carried out to detect any signs of leprosy. In the compilation of the data, the software Excel® 2013 was used, and in the statistical analysis, the software BioEstat (5.0). **Results:** About the contacts: 57.5% were female, 27.5% were between the age group of 12 to 17 years and it can be verified that the most common kinship (30%) was the father / mother. 62.5% were intradomiciliary, 77.5% had a BCG-ID vaccine dose and the majority (90%) of the contacts were not diagnosed with leprosy. It is observed that 80% of the contacts are multibacillary index cases, with respect to the clinical form of the index case, there was a similarity between dimorfo-dimorph cases and those who did not know to inform, 22.5% respectively. **Conclusion:** It is concluded that studies carried out on contacts of leprosy patients are of great importance for the elucidation of leprosy transmission chain.

KEYWORDS: Leprosy. Contacts. Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença crônica estigmatizante com potencial de causar danos neurológicos, resulta da infecção pelo *Mycobacterium leprae*. Apesar das várias campanhas para eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter anunciado a eliminação da doença em vários países endêmicos em 2005, sua incidência, que é estimada pela detecção de casos novos, permanece alta no Brasil (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) em 2015, houve uma regressão de 68% nos últimos dez anos na taxa de prevalência da doença. Porém, o Brasil ainda é considerado um dos países que não conseguiram eliminar a hanseníase e o que concentra o maior número de casos a cada ano (RODRIGUEZ, 2015). Existe, portanto, a necessidade de intensificar a busca ativa de casos novos devido à alta endemicidade em algumas regiões.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2015 o estado do Maranhão ocupou o terceiro lugar na taxa de detecção geral dos casos de hanseníase em relação aos demais estados do país. O Maranhão apresentou 51,27 casos/100 mil habitantes diagnosticados no país no ano de 2015 (BRASIL,

2016).

A doença pode acometer pessoas em qualquer idade e de ambos os sexos. Considera-se que a patologia se encontra em situação de endemidade quando há casos em menores de quinze anos (BRASIL, 2002). Segundo o SINAN, o Maranhão também ocupa o terceiro lugar em relação aos demais estados brasileiros no que se refere ao coeficiente de detecção dos casos de hanseníase em menores de 15 anos. A taxa de detecção é de 17,56 casos/100 mil habitantes, reforçando a situação de hiperendemicidade no estado (BRASIL, 2016).

A hanseníase é uma doença na qual a única fonte de infecção é o homem, a transmissão ocorre por meio das vias aéreas superiores das pessoas portadoras. Assim, os familiares (contatos intradomiciliares) são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos.

A OMS alerta para a implantação de soluções inovadoras, como monitoramento de contatos, encaminhamentos, gestão dos programas, eliminação do estigma e da discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias, bem como, a reinserção social dos doentes em suas comunidades (OPAS, 2010).

O contato de um indivíduo com a patologia torna-o mais propenso a adquirir a doença, sendo que este indivíduo possui grande importância na cadeia epidemiológica, visto que as ações voltadas para o controle dos contatos têm sido pouco valorizadas no contexto familiar e social, já que os serviços de saúde possuem maior preocupação com o controle da doença e do indivíduo doente (SOUSA et al., 2013).

Ressalta-se que os bacilos viáveis são eliminados pelas vias aéreas superiores ou por lesões na pele, principalmente por parte dos doentes multibacilares não tratados ou com bacilos resistentes às drogas. O contato prolongado de pacientes com indivíduos sadios, principalmente os familiares, torna-os um grupo com alto risco de desenvolvimento da doença uma vez que a exposição e o convívio constituem uma possível rota de infecção (PAIVA, 2013).

A mesma autora relata ainda que a hanseníase já foi considerada uma doença hereditária, mas hoje se sabe que é infecto-contagiosa e que a susceptibilidade individual é um dos principais fatores que determinam o adoecimento e, como este fator é determinado geneticamente, existe uma forte associação da incidência da hanseníase e susceptibilidade familiar, evidenciada pela distribuição familiar da doença. Os contatos domiciliares, em geral, são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos (PAIVA, 2013).

Ximenes Neto et al. (2013) relatam que o diagnóstico rápido e efetivo, com o acompanhamento do tratamento, vigilância epidemiológica eficiente, sobretudo na busca ativa dos contatos, além das visitas aos lares das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atenção interdisciplinar, são medidas eficazes de controle da hanseníase.

O Ministério da Saúde preconiza a busca ativa de casos como uma das principais ações para o diagnóstico precoce da hanseníase, nesse sentido, é

de suma importância à vigilância de contatos intradomiciliares do doente de hanseníase, contribuindo para controlar a expansão da endemia e também prevenir as deformidades (PEIXOTO et al., 2011).

Cumprido lembrar que os contatos do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e encaminhados para o tratamento específico da hanseníase. Para os sadios, após avaliação da cicatriz vacinal as recomendações, em relação à BCG-ID, são: na ausência de cicatriz ou, se houver uma cicatriz, prescrever uma dose de BCG-ID; e na existência de duas cicatrizes não há necessidade de vacinação (PEIXOTO et al., 2011).

Logo, o trabalho com contatos é de importante relevância para solucionar esse problema, pois a investigação dos comunicantes possibilita uma estimativa mais precisa da incidência, permitindo o diagnóstico precoce (PAIVA, 2013).

Diante do exposto, foram levantadas as seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil clínico e epidemiológico dos contatos de pacientes portadores de hanseníase? E ainda, dos contatos estudados, qual a situação vacinal e a prevalência de hanseníase nos mesmos?

É importante ressaltar que o monitoramento seguido do diagnóstico precoce dos contatos de hanseníase é fundamental para o estabelecimento do tratamento imediato, o que proporciona maior qualidade de vida e evita quadros mais agravados. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi monitorar os contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico e verificar se houve adoecimento dos mesmos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de São Luís.

A população alvo deste estudo foi de 300 contatos, selecionados a partir de um total de 599 contatos, avaliados durante a pesquisa e tese “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico” realizada pela Professora Doutora Maria de Fátima Lires Paiva.

O critério de seleção dessa amostra constitui de contatos que apresentaram alteração no resultado de algum dos exames realizados (teste intradérmico de Mitsuda, PCR de swab nasal, PCR de swab bucal, testes sorológicos Elisa anti-PGL1 e ML-Flow), principalmente resultados de Elisa maiores ou iguais a 0,6. Somente participaram da pesquisa contatos de portadores de hanseníase que tinham idade igual ou superior a doze anos. Quando do comparecimento à unidade de saúde, foi explicado o procedimento a ser realizado que foi o exame clínico dermatoneurológico. Em caso de suspeita de hanseníase, esse contato foi encaminhado à uma unidade de saúde próxima do seu domicílio para possível confirmação de diagnóstico. Do total da amostra selecionada, compareceram para avaliação de controle 40 contatos

de portadores de hanseníase.

A coleta de dados foi realizada no período de 1/12/2017 a 16/12/2017. Durante a entrevista, foi preenchido um questionário que conta com dados gerais do contato, informações do caso índice, acompanhamento e situação de comparecimento de contato. Após realizada a entrevista, juntamente com a análise do prontuário foi realizado o exame dermatoneurológico visando detectar algum sinal de hanseníase. Os contatos que apresentaram alterações foram encaminhados para os serviços ambulatoriais de tratamento da hanseníase mais próximos de seus domicílios.

Após coletados, os dados foram analisados, tabulados e apresentados na forma de gráficos e tabelas, sendo que os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel 2010 para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o software BioEstat 5.0 (2007).

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão Científica do Hospital Universitário da UFMA. A seguir, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 1.843.966). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o desenvolvimento do trabalho atendeu às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

Com relação às características dos indivíduos pesquisados, verificou-se que 57,5% eram do sexo feminino, 27,5% encontram-se entre a faixa etária de 12 a 17 anos. A respeito do grau de parentesco dos contatos com o portador de hanseníase, de acordo com a Tabela 1, pode-se constatar que o parentesco mais comum (30%) foi o de pai/mãe.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5
Faixa etária		
12 a 17 anos	11	27,5
18 a 20 anos	2	5,0
21 a 30 anos	4	10,0
31 a 40 anos	6	15,0
41 a 50 anos	3	7,5
51 a 60 anos	8	20,0
Mais de 60 anos	6	15,0
Grau de parentesco		
Cônjuge	7	17,5
Primo de segundo grau	3	7,5
Mãe/pai	12	30,0
Irmão/irmã	6	15,0

Filho/filha	6	15,0
Amigo/amiga	1	2,5
Vizinho	1	2,5
Avó	2	5,0
Sobrinho	1	2,5
Sogra	1	2,5
TOTAL	40	100

Tabela 1 – Contatos de portadores de hanseníase, segundo sexo, idade e grau de parentesco com o caso índice. São Luís, 2018.

No gráfico 1, com relação ao tipo de contato, verificou-se 62,5% eram intradomiciliares, seguido 17,5% intra-íntimo e 12,5% extradomiciliar.

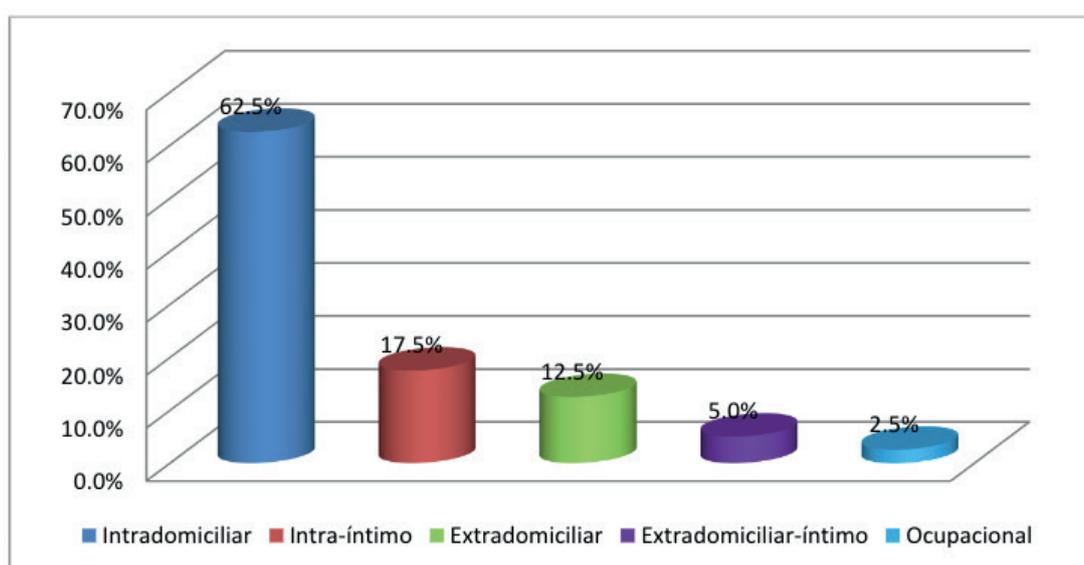


Gráfico 1 - Distribuição dos contatos de portadores de hanseníase, segundo tipo de contato. São Luís, 2018.

Dos 40 contatos pesquisados, 77,5% possui uma dose vacina BCG-ID (Gráfico 2).

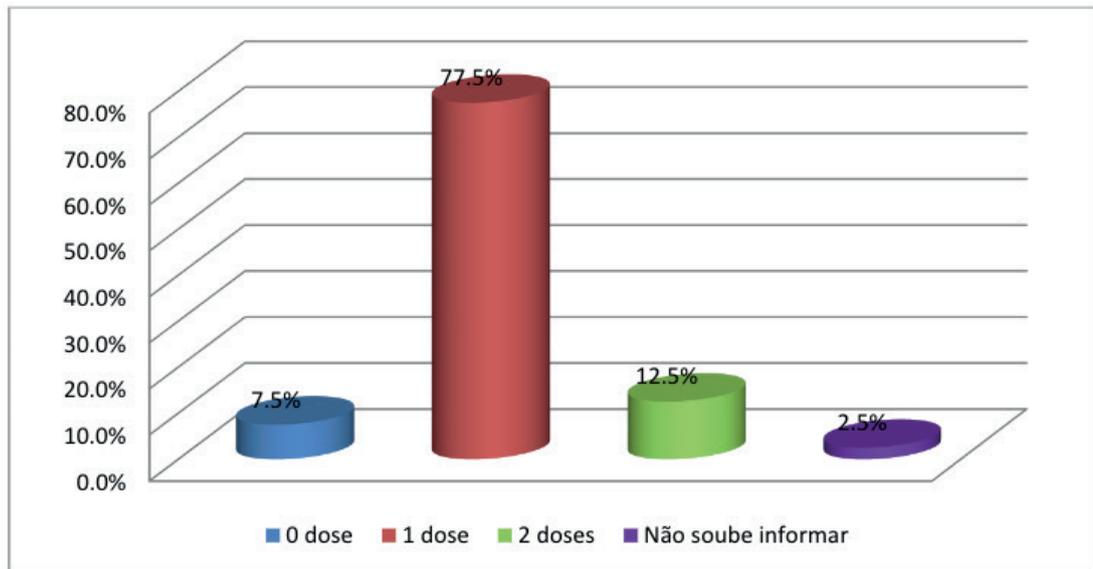


Gráfico 2 - Contados de portadores de hanseníase, segundo a situação vacinal. São Luís, 2018.

No gráfico 3, verificou-se que a maioria (90%) dos contatos não foram diagnosticado com hanseníase.

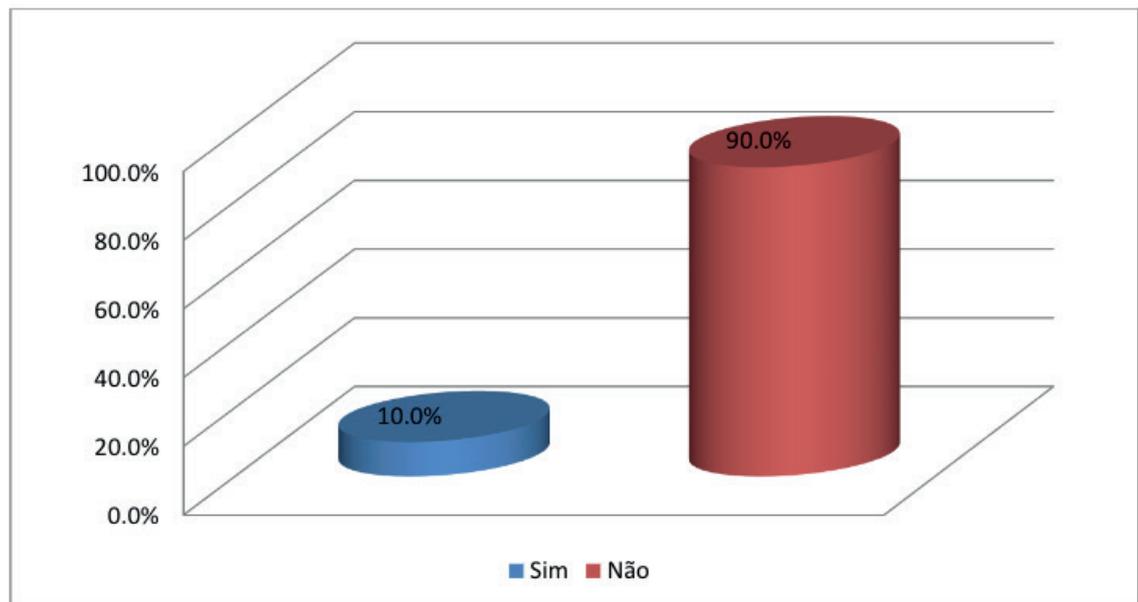


Gráfico 3 - Contados de portadores de hanseníase, segundo o diagnóstico da patologia. São Luís, 2018.

No gráfico 4, observa-se que 80% dos contatos são de casos índices multibacilares e 20% de casos paucibacilares.

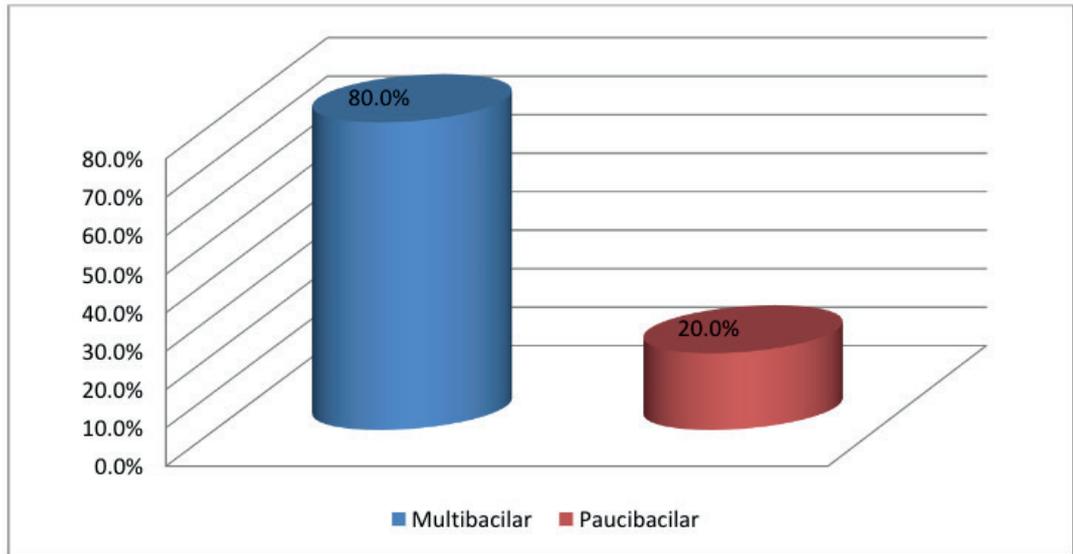


Gráfico 4 - Contados de portadores de hanseníase, segundo classificação operacional do caso índice. São Luís, 2018.

Com relação à forma clínica do caso índice, verificou-se no gráfico 5, que houve uma semelhança entre casos dimorfo-dimorfo e os que não souberam informar, 22,5% respectivamente.

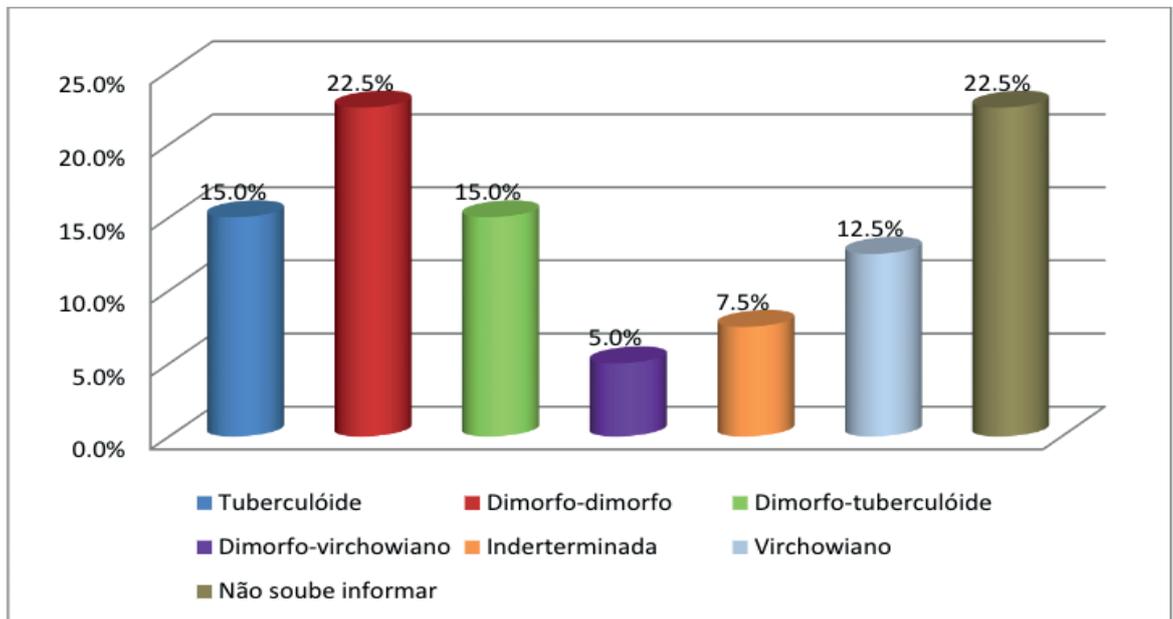


Gráfico 5 - Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo forma clínica do caso índice. São Luís, 2018.

4 | DISCUSSÃO

O predomínio do gênero feminino verificado neste estudo (57,5%) foi semelhante aos resultados encontrados na pesquisa de Peixoto et al. (2011) realizada em São Luís – MA, onde verificou-se maior frequência de contatos era do sexo feminino (50,3%). Segundo o estudo de Lobo et al. (2011), houve uma superioridade quantitativa

do sexo feminino com 51% na averiguação de casos novos diagnosticados com hanseníase por exame de contato, assim, em seu estudo as mulheres enquanto comunicantes intradomiciliares se mostraram mais propensas a adquirir a doença. No entanto, o estudo realizado por Lobato, Neves e Xavier (2016) no município de Igarapé-Açu – PA diverge do presente estudo, pois teve como resultado de que entre os contatos, a maioria era do sexo masculino (52,63%).

Com relação à idade, observou-se maior frequência na população de faixa etária menores de 18 anos. Os achados relativos à faixa etária estão também semelhantes a estudos previamente realizados no estado do Maranhão que revelaram prevalência da doença em idades mais precoces, abaixo de 18 anos (AQUINO et al, 2003; FIGUEIREDO; SILVA, 2003; FERREIRA; ALVAREZ, 2005; PEIXOTO et al., 2011), demonstrando que o contato com o doente na forma bacilíferavem ocorrendo em idade mais jovem, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos comunicantes dos pacientes já inscritos.

A população infantil tem mais facilidade de ter contato com doentes bacilíferos e raramente são observados casos em menores de dois anos, principalmente da forma Virchowiana. Os sinais clínicos da hanseníase muitas vezes não são fáceis de serem diagnosticados nesta população, sendo a idade um fator limitador e, em algumas regiões endêmicas, é alto o número de crianças com deformidades provocadas pela hanseníase (PIRES et al., 2012; LUNA et al., 2014).

Com relação ao parentesco, os dados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados no estudo de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012), realizado em Paracatu (MG), de 2004 a 2006, que identificou os contatos intradomiciliares dos menores de quinze anos diagnosticados e tratados de hanseníase no município, onde foi verificado que o parentesco mais comum entre eles foi o de pai, correspondente a 33%. O estudo de Duraes et al. (2010) contou com uma população de 107 focos familiares com a presença de caso diagnosticado de hanseníase, no município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Verificou-se que, comparando apenas o parentesco de primeiro grau (pai, mãe, filho, irmão) com os outros tipos de relação de parentesco (outros consaguíneos, cônjuges e demais não consanguíneos), a associação com a doença foi estatisticamente mais significativa, sendo de 71,2%. Pires et al. (2012) relatou o caso de uma criança de 18 meses que apresentou a doença, pois a mãe e o pai apresentavam, respectivamente, hanseníase dimorfa e virchowiana, com lesões instaladas há mais de um ano sem diagnóstico. Nesse contexto, a literatura ressalta que a hanseníase é considerada uma doença de longo período de incubação, no entanto, parentes próximos do doente também são suscetíveis. Portanto, em áreas endêmicas e quando ocorrem casos na família o risco de parentes de primeiro grau adoecerem aumenta.

No presente estudo houve predomínio significativo de contato intradomiciliar (62,5%). A literatura afirma a importância das ações voltadas para este tipo de

contato de hanseníase, visto que constituem-se em grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos, pois, pode-se ressaltar que todo portador de hanseníase foi primeiramente um comunicante (OLIVEIRA et al., 2007; ANDRADE et al., 2008; PEIXOTO et al., 2011; PIRES et al., 2012; XIMENES NETO et al., 2013; TRINDADE, 2015).

Com relação à situação vacinal, no presente estudo foi verificado que a maioria dos contatos pesquisados possui uma dose de BCG (77,5%). No estudo de Trindade (2015) que avaliou a ocorrência de casos de hanseníase entre os contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados com hanseníase em 2012, em João Pessoa/PB, com uma população de 190 contatos, observou que desses, oitenta e oito (46,3%) referiram ter tomado a BCG nos últimos 5 anos. No exame físico, a maioria (86,8%) apresentava alguma cicatriz vacinal, sendo que 139 (73,2%) apresentavam apenas uma. Na pesquisa de Dessunti et al. (2008), ao analisarem variáveis relacionadas aos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase, atendidos no município de Londrina-PR, num período de dez anos, verificaram que 46,9% não foram avaliados em relação ao estado vacinal, somente 22,3% apresentaram indicação de uma dose.

O Ministério da Saúde, que recomendava duas doses com intervalo de seis meses, passa a adotar nova conduta, não indicando o aprazamento do contato para a segunda dose. Assim, em contato considerado indene (não-doente), deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a seguinte orientação: uma dose, na ausência ou na presença de uma cicatriz; não vacinar no caso de apresentar duas cicatrizes (BRASIL, 2008).

No presente estudo, constatou-se que 10% dos contatos da população estudada foram afetados pela doença, corroborando, com outras pesquisas, como a de Lobo et al. (2011), ocorrida no período entre 2006 e 2010, que investigou a prevalência de pacientes diagnosticados com hanseníase por exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ, onde constatou-se prevalência de 16% de pacientes detectados do total de 564 casos notificados.

Contudo, o resultado do estudo em questão acerca dos acometidos pela doença (10%) foi superior ao encontrado por Dessuntiet al. (2008) e Peixoto et al. (2011), que relataram, respectivamente, 0,9% e 6,5% dos contatos de sua população de estudo acometidos pela doença. A literatura afirma que com relação ao contato, ainda não existem avanços na terapêutica para este público, ou seja, os modelos de atenção à saúde contemplam ações de controle dos contatos, mas, na prática, estas parecem não estar integradas às demais ações das unidades básicas de saúde.

Outro achado que reforça a hipótese de diagnóstico tardio foi a alta prevalência da classificação operacional multibacilar, nos casos índices. Pacientes multibacilares são considerados a principal fonte de infecção e são, também, os seus contatos os mais susceptíveis ao adoecimento (FERREIRA et al., 2007). Dessa forma, o estudo demonstra que os casos com maior potencial de transmissibilidade estão sendo

detectados pela Unidade Básica de Saúde, mas também mostra que o diagnóstico desses pacientes está sendo feito tardiamente.

Em concordância com os resultados desse estudo, outros inquéritos epidemiológicos realizados em outros estados como no município de Vale do Jequitinhonha – MG (LANA et al. 2008) e município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro (DURÃES et al., 2010), que verificaram, respectivamente, 93,2% e 69,2% eram multibacilares.

No presente estudo, a análise das formas clínicas revelou predomínio significativo da forma dimorfa e um baixo percentual de forma indeterminada. Resultados semelhantes foram descritos por Gomes et al. (2005) no qual os pacientes apresentavam, de acordo com a classificação de Madri, 54,6% a forma clínica dimorfa e apenas 5,8% a forma indeterminada. Esse fato pode indicar que há um atraso no diagnóstico e permite inferir que a rede básica não vem detectando satisfatoriamente os casos nas formas iniciais da doença.

O baixo percentual da forma indeterminada da hanseníase de 7,5% pode ser explicado pelo alto índice das formas graves, podendo ser esclarecido, de acordo com Pereira et al. (2008), pois a forma indeterminada evolui para as formas mais graves, pelo atraso no diagnóstico, falta de informação da sociedade e pela resistência do paciente em aceitar ser portador da hanseníase, impedindo o diagnóstico precoce permitindo a evolução para formas graves.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos 40 contatos, atendidos no município de São Luís - MA, mostra que a maioria é composta por uma população jovem, do sexo feminino e com pai/mãe como grau de parentesco. Com relação a situação vacinal, a maioria dos contatos tomou somente uma dose da vacina BCG. Com a análise das informações, verificou-se um predomínio da classificação operacional multibacilar e um percentual elevado de casos com forma clínica dimorfa, indicando diagnóstico tardio da doença o que justifica o baixo percentual da forma indeterminada ao diagnóstico.

Por fim, os resultados dessa pesquisa estão de acordo com estudos que consideram que os contatos intradomiciliares de paciente com hanseníase, possuem maior exposição a cargas bacilares, colocando-os em risco de adquirir a doença.

Nesse contexto, estudos realizados em populações distintas, especialmente os de contatos, são de grande importância para a redução da cadeia de transmissão da hanseníase e constituem ferramentas para manejo de estratégias de controle desse agravo, permitindo ao profissional de saúde desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase na população exposta.

Portanto, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o assunto no

município, tendo o propósito de conhecer melhor a distribuição da doença local, pois acredita-se que estes estudos devem possibilitar a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo controle, além disso, deve-se investir em ações educativas de amplo conhecimento popular e na capacitação bem como educação continuada dos profissionais atuantes nessa área.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, D. M. et al. Profile of leprosy patients in a hyperendemic area of Amazonian Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**. v. 36, n.1, p.57-64, 2003
- ALEXANDRE, Adriana Regina Silveira et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Revista do Hospital Universitário /UFMA**, São Luís, v. 10, n. 1, jan./abr. 2009.
- ALVES, L.J. PSF e Hanseníase: Limitações na erradicação da doença. **Hansen International**, v. 2, n. 33, p. 53-129, 2008. Suplemento 1.
- ANDRADE, A.R.C. et al. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. **RevSocBrasMedTrop**, Uberaba, 41(Suplemento II):56-59, 2008.
- BATISTA, E.S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 9, p. 101-106, mar./ abr. 2011.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e a sua quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 247-256, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. **Situação Epidemiológica da Hanseníase**. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/hansenise_2011_final.pdf> Acesso em: 10 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária e Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Caderno de Atenção Básica, nº 10. Brasília-DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 195 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oinisterio/principal/secretarias/svs/hansenise>> Acesso em: 10 jan. 2017.
- BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul. **Hansen International**. v. 2, n.31, p. 15-9, 2006.

CARVALHO, Geraldo B. **Reis, papas e leprosos**. Belo Horizonte: Pelicano, 2004. 292 p.

CORRÊA, C. M. J et al. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansen International**, v. 2, n.31, p. 21-8, 2006.

DESSUNTI, Elma Matias et al . Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 689-693, Nov. 2008.

DURAES, Sandra Maria Barbosa et al . Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 85, n. 3, p. 339-345, June 2010 .

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 2, Aug. 2004 .

FERREIRA, I.L.C.S.N.; FERREIRA, I.N.; MORRAYE, M.A. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansen Int**. 2012; v.37 , n.1, p: 35-44, 2012.

FERREIRA, Isaias Nery; EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu - Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 555-567, Dec. 2007 .

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.8, n.1, p.41-9, 2005.

FIGUEIREDO, I. A.; SILVA, A. Ada. Increase in leprosy detection rates in São Luís, Maranhão, Brazil, from 1993 to 1998: is the endemic expanding? **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n. 2, p.439-45, 2003.

GABINO, J. A. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia. **Projetos Diretrizes**. Brasília, DF: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, C.C.D. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, p. 283-288, 2005, suplemento, 3.

LANA, F. C. F., AMARAL, E. P., LANZA, F. M., NEVES, A., DE SALDANHA, S. L. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16(6), 993-997, 2008.

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 .

LOBO, Janaína Rangel, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **RevSocBrasClin Med.**, 9.4: 283-7, 2011.

LUNA, Igara Cavalcanti Feitosa; DE MOURA, Luiza Taciana Rodrigues; VIEIRA, Michelle Christini

Araújo. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2014, 26.2: 208-215.

MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**. São Paulo: [s.n.], 2005.

MARTINS, A. C. C; CASTRO, J. C; MOREIRA, J. S. Estudo retrospectivo de 10 anos em endoscopia das cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 71, n. 5, p. 609-616, out, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **RevSocBrasMedTrop**, n.43, v.1, p: 62-7, 2010.

NOGUEIRA, W. et al. Perspectivas da eliminação da Hanseníase. **HansenologiaInternacionalis**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2003, p. 19-28.

OLIVEIRA, F. F. L; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol**, v. 1, n. 7, p. 45-51, 2012.

OLIVEIRA, B.F.A.O. et al. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. **Rev Espaço para a Saúde**, Londrina/PR, v.8, n.2, p.11-19, jun.2007.

OPROMOLLA, D. A; DALBEN, I; CARDIM, M. Análise geoestatística de casos de hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 90-8, 2006

PAIVA, Maria de Fátima Lires. **Vigilância epidemiológica, diagnóstico e monitoramento de contatos de hanseníase em São Luís – MA a partir de exames complementares**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental. Doutorado Interinstitucional UERJ/UFMA (DINTER). Rio de Janeiro, 2013.

PEIXOTO, Bianca Kelen de Sousa et al . Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís-Ma. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 36, n. 1, 2011 .

PEREIRA, Adriana Jimenez et al . Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, nov. 2008. Edição especial.

PIRES, C.A.A; MARQUES, C; ABREU JUNIOR, J.M.C.; ALBUQUERQUE, T.G.; CÔRREA, I.R.S.C; DAXBACHER, E.L.R. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.2, p: 292-5, 2012.

PINTO, P.G.H.R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, 2004.

RIBEIRO JÚNIOR, Atvaldo Fernandes; VIEIRA, Maria Aparecida; CALDEIRA, Antônio Prates. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **RevBrasClinMed**, v.10, n.4: 272-7, 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**.2010. 196f.Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2010.

SILVEIRA, I.R. As Representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. **Saúde Coletiva**,v. 3. n.12, p. 112-7, 2006.

SOUSA, L. M.;MARANHÃO, L. C.; PIRES, C. A. A.; DE MORAES RODRIGUES, D. Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.26, 20-23, 2013.

SOUZA, A.J. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA.**SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan./jun. 2013.

TRINDADE, Luciana. **Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João Pessoa/PB**.Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; LIBERATO,Benedita Tatiane Gomes; MARTINS, Francisco Rodrigues; MARTINS, Adriano Ferreira ; CARVALHO FILHO, Jurandi Pontes; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré - Ceará, 2001 A 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.3, p.829-42, 2013.

MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA

Rita Rozileide Nascimento Pereira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Fernanda de Castro Lopes

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Josilma Silva Nogueira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Elza Lima da Silva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA

Marcelino Santos Neto

Universidade Federal do Maranhão
Imperatriz - MA

Liberata Campos Coimbra

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – MA

RESUMO: A mortalidade materna (MM) é definida como sendo todo óbito ocorrido durante uma gestação ou até 42 dias do seu término, independentemente da sua localização ou da duração, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, sendo de causas obstétricas diretas ou indiretas, porém não devida a causas acidentais. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico

dos óbitos maternos em São Luís - MA, no período de 2006 a 2016. A amostra populacional foi constituída pelos 146 óbitos maternos de mulheres entre 10 e 49 anos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no site DATASUS do Ministério da Saúde. Identificou-se que 54,1% das mulheres eram pardas, 18,49% brancas e 16,43% pretas. 52,05% dos óbitos ocorreram na faixa etária entre 20 a 29 anos, 30,82% entre 30 a 39 anos e 10,95% entre 15 a 19 anos. 59,58% ocorreram em mulheres solteiras, 16,43% em casadas. 45,9% tinham de 8 a 11 anos de estudo e 24,66% 4 a 7 anos de estudo. A MM situou-se entre 34,07 e 94,06/100.00 NV, respectivamente nos anos de 2011 e 2007. Evidenciou-se uma maior proporção de mortes maternas em mulheres jovens, com poucos anos de estudo, de raça/cor parda e solteiras. A variável que mostrou maior relação com a RMM foi o estado civil: mais da metade das mulheres incluídas no estudo referiram ser solteiras, provavelmente por estar relacionado ao desamparo na maternidade.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Materna, Taxa de Mortalidade, Epidemiologia.

ABSTRACT: Maternal mortality (MM) is defined as any death occurring during a gestation or up to 42 days after its termination, regardless of its location or duration, due to any cause related to or aggravated by pregnancy or measures taken in relation to pregnancy to it, being of direct or indirect obstetric causes, but not due to accidental causes. The objective of this study was to characterize the epidemiological profile of maternal deaths in São Luís - MA, from 2006 to 2016. The population sample consisted of 146 maternal deaths of women between 10 and 49 years registered in the Mortality Information System (SIM), available on the DATASUS website of the Ministry of Health. It was identified that 54.1% of the women were brown, 18.49% white and 16.43% black. 52.05% of the deaths occurred in the age group between 20 to 29 years, 30.82% between 30 and 39 years and 10.95% between 15 and 19 years. 59.58% occurred in single women, 16.43% in married women. 45.9% had 8 to 11 years of schooling and 24.66% had 4 to 7 years of schooling. MM was between 34.07 and 94.06 / 100.00 NV, respectively in the years 2011 and 2007. A higher proportion of maternal deaths was observed in young women, with a few years of schooling, of race / brown color and single. The variable that showed the greatest relationship with MMR was the marital status: more than half of the women included in the study reported being single, probably because they were related to maternity leave.

KEYWORDS: Maternal Mortality, Mortality Rate, Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida como sendo todo óbito ocorrido durante uma gestação ou até 42 dias do seu término, independentemente da sua localização ou da duração, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, sendo de causas obstétricas diretas ou indiretas, porém não devida a causas acidentais (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011; MARTINS; SILVA, 2018). As causas obstétricas diretas estão relacionadas às complicações na gravidez, parto e puerpério, relacionadas a tratamentos inadequados, omissões e más práticas. As indiretas são resultantes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveu durante esse período e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (MARTINS; SILVA, 2018). Para mensurar esses óbitos, sendo esse um ótimo indicador para medir o desenvolvimento da saúde em certas regiões (FERRAZ; BORDIGNON, 2012), calcula-se a razão de mortalidade materna (RMM), obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000. (BRASIL, 2009; VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como uma de suas metas reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, até

o ano de 2030. Antes, a meta era reduzir em 75% até 2015, com uma queda anual de 5,5%, segundo preconizado na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). Apesar dos progressos obtidos, os óbitos maternos continuam sendo inaceitavelmente altos, com cerca de 280 mil mortes maternas em todo o mundo a cada ano (MORSE, ET AL., 2011; SOUZA, 2015).

2 | OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos em São Luís - MA, no período de 2006 a 2016.

3 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo e quantitativo, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos em São Luís - MA. A amostra populacional foi constituída pelos óbitos maternos de mulheres entre 10 e 49 anos, ocorridos em São Luís - MA, no período de 2006 e 2016 e registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no site DATASUS do Ministério da Saúde. Para o cálculo da RMM, foram excluídas as mortes maternas ocorridas no período superior a 42 dias, classificadas como tardias pela OMS, as quais somaram 26, afim de que sejam possíveis comparações em níveis internacionais. Dessa forma, a amostra foi composta por 146 óbitos maternos ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, causados por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez. O número de nascidos vivos foi coletado do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), considerando todos os registros correspondentes aos anos em estudo. Para descrever o perfil epidemiológico das mortes maternas foram estudadas as seguintes variáveis sociodemográficas (faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil). Após a organização do banco de dados no programa Excel, fez-se a estatística descritiva de todas as variáveis e realizado o cálculo da RMM, ano a ano, na série de 2006 a 2016. Este indicador é o mais utilizado atualmente, obtido pelo quociente entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000.

4 | RESULTADOS

A amostra foi composta por 146 óbitos maternos ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, causados por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez. Em relação à raça/cor, a maioria das mulheres foram declaradas pardas (54,1%), seguidas de brancas (18,49%) e pretas (16,43%). Com relação à idade da gestante, observou-se que 52,05% dos óbitos ocorreram na faixa

etária entre 20 a 29 anos, seguida de 30,82% em mulheres de 30 a 39 anos e 10,95% entre 15 a 19 anos. Do total de óbitos maternos, 59,58% ocorreram em mulheres solteiras, 16,43% naquelas que se consideraram casadas. A escolaridade foi expressa em anos de estudo, onde 67 mulheres (45,9%) afirmaram ter de 8 a 11 anos de estudo, e 36 (24,66%) referiram ter de 4 a 7 anos de estudo. A mortalidade materna situou-se, no período de 2006 a 2016, entre 34,07 e 94,06 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Correspondendo, respectivamente ao ano de 2011 e 2007.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que no período de 2006 a 2016 a maior proporção de mortes maternas ocorreu em mulheres jovens, com poucos anos de estudo, de raça/cor parda e solteiras. A variável que mostrou maior relação com a RMM foi o estado civil: mais da metade das mulheres incluídas no estudo referiram ser solteiras, provavelmente por estar relacionado ao desamparo na maternidade (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). As estatísticas sobre a mortalidade materna têm sido consideradas por vários estudos o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para diminuição dos índices de morte materna, por apontar os grupos considerados mais vulneráveis, permitindo a elaboração de estratégias e direcionamentos de recursos para o combate das altas taxas desses índices.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Comitês de Mortalidade Materna**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10>> Acesso em 27 jun. 2018.

Ferraz, Lucimare; Bordignon, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev. Baiana Saúde Pública**; 36(2)abr.-jun. 2012.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Perfil Epidemiológico de Mortalidade Materna. **Rev. Bras. Enfermagem** [Internet], vol. 71, n. 1, 2018. p. 725-731. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf >. Acesso em: 28 jun. 2018.

MORSE, M. L. ET AL. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 4, abr. 2011. p. 623-638.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 37, n. 12, 2015. p. 549-541.

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, ano 22, n. 1, 2011. p. 141-152.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NAS REGIÕES DO BRASIL

Luciana Léda Carvalho Lisboa

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

São Luís – Maranhão

Rosangela Fernandes Lucena Batista

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

São Luís - Maranhão

Janielle Ferreira de Brito Lima

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

São Luís - Maranhão

Larissa Cristina Rodrigues Alencar

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

São Luís - Maranhão

Pabline Medeiros Verzaro

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente.

São Luís – Maranhão

Alyni Sebastiany Mendes Dutra

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

São Luís – Maranhão

Bruna Caroline Silva Falcão

Hospital do Câncer Aldenora Bello

São Luís – Maranhão

Thaysa Gois Trinta Abreu

Hospital do Câncer Aldenora Bello

São Luís – Maranhão

Reivax Silva do Carmo

Hospital do Câncer Aldenora Bello

São Luís – Maranhão

Mayra Sharlenne Moraes Araújo

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

São Luís - Maranhão

Dayse Azevedo Coelho de Souza

Hospital do Câncer Aldenora Bello

São Luís – Maranhão

Larissa Di Leo Nogueira Costa

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

São Luís – Maranhão

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma peniano é considerado uma neoplasia rara, sendo identificada mais em países em desenvolvimento como o Brasil, está diretamente relacionada às baixas condições socioeconômicas de instrução e má higiene íntima. OBJETIVO: Identificar a taxa de mortalidade por câncer de pênis nas regiões do Brasil no ano de 2016. METODOLOGIA: Pesquisa do tipo descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. RESULTADOS: A maior taxa de mortalidade por câncer de pênis foi encontrada na região Norte com 0,06%, seguida da região Nordeste com 0,04% e Centro Oeste 0,03%. Nas regiões Sudeste e Sul, 0,02% dos óbitos ocorreram em decorrência do câncer

de pênis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estas evidências permitem discutir, portanto, a necessidade de mudanças na estratégia de operacionalização das políticas de atenção oncológica e de saúde do homem.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias penianas, saúde do homem, mortalidade.

MORTALITY FOR PENILE CANCER IN THE REGIONS OF BRAZIL

ABSTRACT: INTRODUCTION: Penile carcinoma is considered a rare neoplasm, being more identified in developing countries such as Brazil, is directly related to the low socioeconomic conditions of education and precarious personal hygiene. OBJECTIVE: To identify the mortality rate for penile cancer in the regions of Brazil in the year 2016. METHODOLOGY: Descriptive, retrospective, quantitative approach. RESULTS: The highest mortality rate for penile cancer was found in the North region with 0.06%, followed by the Northeast region with 0.04% and Central West with 0.03%. In the Southeast and South regions, 0.02% of deaths occurred due to penile cancer. FINAL CONSIDERATIONS: This evidence allows us to discuss, therefore, the need for changes in the operational strategy of oncology and human health care policies.

KEYWORDS: Penile neoplasms, human health, mortality.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade por câncer é dependente das taxas de incidência, da experiência de sobrevivência após o diagnóstico e de riscos competitivos de morte. Os estudos de mortalidade são úteis não somente para avaliar o problema do câncer em uma comunidade, mas também porque podem servir para estimar a efetividade das estratégias de prevenção primária e secundária no controle da doença, e ainda para avaliar a qualidade e o impacto do tratamento na sobrevivência dos indivíduos doentes (PISANI et al, 1999).

Câncer de pênis é mais frequente na população de baixo nível socioeconômico, em países em desenvolvimento, como em algumas regiões do Brasil, principalmente o Norte e Nordeste (REIS et al, 2010).

Embora os fatores genéticos exerçam papel fundamental na carcinogênese, a ocorrência de câncer de pênis é fortemente influenciada pela prevalência de fatores ambientais que, em conjunto, são responsáveis por cerca de 80% a 90% da incidência (PERERA, 1996).

Para análise dos dados e informações acerca do câncer utiliza-se a Epidemiologia que se aplica ao estudo das condições que afetam ou se relacionam com a situação de saúde de uma população, o estudo de relações causais, a distribuição, qualidade e adequação dos serviços de saúde. O enfermeiro, na sua prática, trabalha rotineiramente com dados que são coletados e compilados para registros e relatórios (GOMES, 1994).

Esses dados coletados sendo relacionados à população atendida por aquele

serviço e submetidos a uma análise epidemiológica, poderão permitir identificar a taxa da utilização de uma unidade de saúde, determinar e identificar problemas de saúde já contemplados pelos serviços e até aqueles que ainda não estão sendo atendidos e que merecem ser considerados como os principais determinantes da mortalidade de uma comunidade (FILHO, MONCAU, 2002).

O enfermeiro juntamente com os estudos epidemiológicos, desenvolve habilidades para estabelecer prioridades dentro dos limites dos recursos existentes, sensibilizar e organizar a participação da comunidade na área da saúde, estabelecer metas, organizar programas, realizar investigações e avaliações.

Através de estudos oncológicos, o enfermeiro pode identificar, analisar e interpretar tendências utilizando a epidemiologia como instrumento de investigação possibilitando: adequar recursos e serviços para atender às necessidades de saúde e seus determinantes; realizar a comunicação objetiva entre profissionais da administração e os da saúde; capacitar os demais profissionais da equipe para suas ações nas atividades junto a vigilância epidemiológica.

Partindo desse pressuposto nota-se a importância do profissional enfermeiro estudar e produzir mais acerca do tema câncer de pênis, taxa de mortalidade e análises de mortalidade e epidemiologia, esta última se configurando como instrumento valioso para utilização na prática da enfermagem, seja ensino, serviços, atividades administrativas específicas e investigações.

Além disso, há a busca pelo olhar holístico do enfermeiro sobre o paciente, visando melhorar a assistência prestada ao homem não só nos hospitais quando estes estão com a saúde debilitada, mas também nas unidades básicas de saúde, podendo ser alertado o problema aos homens.

Objetiva-se através do presente estudo identificar a taxa de mortalidade por câncer de pênis nas regiões do Brasil no ano de 2016.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa através dos registros de óbitos do ano de 2016 por câncer de pênis em todas as regiões demográficas do Brasil, por meio das Declarações de Óbito (DO).

Como instrumento de pesquisa utilizou-se a Declaração de Óbito (DO). Instrumento oficial de coleta para transferência de dados ao Sistema Informação de Mortalidade (SIM), registradas no Brasil no período determinado

Como critérios de inclusão foram estudadas as declarações de óbito de homens que possuíam o CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) C60 e suas variáveis e D07.4 como causa básica do óbito.

Os critérios de exclusão adotados foram a não legibilidade do CID-10 ou as Declarações de Óbito que possuam “causa desconhecida ou causa indeterminada”

como causa básica do óbito.

As informações sobre os óbitos ocorridos no Brasil no ano de 2016 foram coletados durante o segundo semestre de 2017 no SIM, disponibilizado pelo sistema DATASUS, e dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Os dados do SIM foram processados utilizando o software TabWin (DATASUS) e disponibilizados em planilhas organizadas por região demográfica.

A tabulação para análise dos dados foi realizada utilizando o Microsoft Excel 2016, consolidando o banco de dados do estudo. Os dados foram analisados utilizando o programa STATA versão 14 (StataCorp.,CollegeStation, Estados Unidos da América).

De posse dos dados acerca da população e óbitos por câncer de pênisno Brasil, foram calculados as taxas de mortalidade pela doença nas regiões brasileiras. Para o cálculo da taxa de mortalidade utilizou-se o método direto aplicando a fórmula do cálculo da mortalidade por causa específica (PEREIRA,1995).

Foram empregados exclusivamente dados secundários, de livre acesso, de modo que o estudo foi dispensado de apreciação ética, em conformidade com a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2015).

3 | RESULTADOS

Foram analisadas todas as declarações de óbitos por câncer de pênis das cinco regiões demográficas do Brasil no ano de 2016. A maior taxa de mortalidade por câncer de pênis foi encontrada na região Norte com 0,06%,

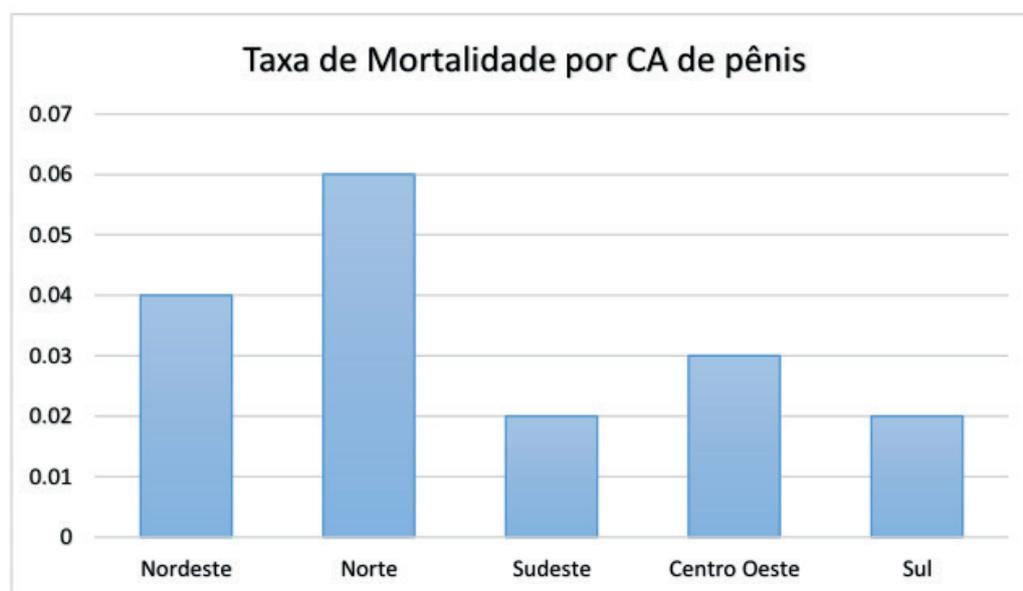


Tabela 1: Taxa de Mortalidade por Câncer de Pênis nas Regiões do Brasil, 2016

seguida da região Nordeste com 0,04% e Centro Oeste 0,03%. Já nas regiões Sudeste e Sul, 0,02% dos óbitos ocorreram em decorrência do câncer de pênis

(Tabela 1).

Dados estes chamam atenção, já que a região Sudeste do país tem mais que o dobro do número de óbitos da região Sul, partindo desse pressuposto seria esperado que a região Sudeste apresentasse uma taxa de mortalidade maior do que a região Sul quando se fala em Câncer de Pênis.

4 | DISCUSSÃO

A região Norte brasileira apresentou maior Taxa de Mortalidade por Câncer de Pênis no ano de 2016.

Andrade et al. (2017) na pesquisa sobre mortalidade por câncer de pênis em Sergipe encontrou um discreto aumento da taxa de mortalidade por câncer de pênis no período de 2006 a 2015 variando de 0,102 (2006) para 0,274 (2015) casos por 100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade média no período de 0,29 mortes/100.000.

A região Nordeste do país concentra a maioria dos novos casos dessa neoplasia, com taxas que chegam a 5,7%, superando as taxas de câncer na próstata e na bexiga (SILVA et al, 2014). Nesta pesquisa a região Nordeste do país com uma taxa de mortalidade por câncer de pênis atingindo 0,04% óbitos em 2016.

Nota-se que o câncer de pênis possui taxas de mortalidade bem menores quando comparadas a outros tipos de câncer, porém não se deve negar a necessidade que este tipo de doença seja conhecida da população e dos profissionais de saúde visando o controle e/ou diminuição dessas taxas de mortalidade.

A prevenção possui fundamental importância para que haja uma diminuição dos índices de desenvolvimento do câncer, visto que, quando se realizam atividades preventivas a probabilidade de descoberta e a detecção precoce são elevadas e proporcionam aumento da cura, redução de sequelas e sobrevida da população masculina. Sendo de grande relevância a intensificação de campanhas de prevenção, concernentes com a associação de hábitos de higiene precários e a severidade da incidência do câncer de pênis. Além da utilização de preservativos que favorece a diminuição do desenvolvimento de Infecções sexualmente transmissíveis (SOUZA et al, 2011; BARBOSA, 2015).

Diferente do câncer de próstata, não há uma idade determinada para realização de exames preventivos para câncer de pênis, todos os homens, independente da faixa etária devem realizar exames clínicos regulares e autoexame do seu órgão genital.

Vale lembrar que, um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença é a infecção pelo HPV, que está mais frequente naqueles indivíduos sexualmente ativos (casados e solteiros), para tanto, iniciativas de prevenção como a conscientização do uso de camisinha se torna de grande relevância para o controle e diminuição de taxas de incidência, prevalência e mortalidade por esse tipo de câncer.

Um terço dos casos de câncer no mundo poderia ser evitado, o que faz da

prevenção um componente essencial de todos os planos de controle da doença. Dessa forma, a prevenção do câncer refere-se a um conjunto de medidas para reduzir ou evitar a exposição aos seus fatores de risco, sendo esse o nível mais abrangente das ações de controle das doenças, nesse contexto o profissional enfermeiro deve atuar de forma abrangente fortalecendo a relação usuários, profissional e unidade de saúde (COSTA et al, 2013).

Vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem constituiu um marco para a discussão da saúde masculina, porém, ainda é necessário buscar a legitimação de políticas para que atraia esse homem para a medicina preventiva e não curativa.

Este estudo apresentou limitações por apresentar dados secundários de domínio público, podendo haver possibilidade de dados subnotificados.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas evidências permitem discutir, portanto, a necessidade de mudanças na estratégia de operacionalização das políticas de atenção oncológica e de saúde do homem. O risco atual do câncer de pênis no Brasil mostra a importância na área da saúde pública e demonstram a necessidade de um aumento de interesse para a realização de pesquisas sobre este tema, as quais são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas que visem ao controle e à prevenção desta neoplasia.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. A.; SOUZA, D. G.; GÓES, J. A. P.; KAMEO, S. Y.; SANTOS, A. D.; **Análise Espacial da Mortalidade por Câncer de Pênis em Sergipe, 2006 a 2015. International Nursing Congress. Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society. 2017.**
- BARBOSA, I.R. **Tendências e projeções da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no Brasil. 2015.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2015.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2015.
- COSTA, S.; RODRIGUES, R.; BARBOSA, L.; SILVA, J.O.; BRANDÃO, J.O.D.C.; MEDEIROS, C.S.Q.D. **Câncer de pênis: epidemiologia e estratégias de prevenção. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe, Recife. 2013.**
- FILHO, V. W.; MONCAU, J. E.; **Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. Rev Associação Médica do Brasil. São Paulo. 2002.**
- GOMES. L. S. **A epidemiologia para o enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.2 no.1** Ribeirão Preto Jan. 1994.
- PERERA; F.P. **Molecular epidemiology: insights into cancer susceptibility, risk assessment and**

prevention. **Journal of the National Cancer Institute.** 1996.

PISANI, P.; PARKIN, D. M.; BRAY, F.; FERLAY, J. **Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. International Journal of Cancer.** 83:18-29. 1999.

REIS, A. A. S.; PAULA, L. B.; PAULA, A. A. P.; SADDI, V. A.; CRUZ, A. D.; **Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo.** v.15, 2010.

SILVA, R. S.; SILVA, A. C. M.; NASCIMENTO, S. G.; OLIVEIRA, C. M.; BONFIM, C. V.; **Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade por câncer no pênis. Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo. 2014.

SILVA, R. S.; SILVA, A. C. M.; NASCIMENTO, S. G.; OLIVEIRA, C. M.; BONFIM, C. V.; **Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade por câncer no pênis. Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo. 2014.

SOUZA, K. W.; REIS, P. E. D.; GOMES, I. P.; CARVALHO, E. C.; **Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. Rev Escola Enfermagem USP.** São Paulo. 2011.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA

Daiane Gabiatti

Universidade Estadual de Londrina- Londrina- PR
Bolsista de Pesquisa Edital 56/Unoesc-R/2014

Sirlei Favero Cetolin

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
Unoesc
Mestrado em Biociências e Saúde

Ana Maria Martins Moser

Universidade do Oeste de Santa Catarina -
Unoesc
Coordenação Curso de Enfermagem – Campus
São Miguel do Oeste

RESUMO: As Condições Crônicas usualmente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Foi realizada uma pesquisa com o objetivo de investigar a atuação dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na atenção as condições crônicas em municípios da Região de Saúde de São Miguel do Oeste no Estado de Santa Catarina. Inicialmente, foram coletados dados no Sistema de Informações DATASUS, sobre as cinco principais doenças crônicas que levaram pessoas a morbidade no período de janeiro de 2012 a março 2017. Posteriormente, ao levantamento nos dados secundários, foi realizada uma entrevista com 14 profissionais

inseridos em equipes dos municípios de Bandeirante, Paraíso, Belmonte, Guaraciaba e São Miguel do Oeste. Nos municípios pesquisados as doenças do aparelho respiratório foram a principal causa de internações, e nesta causa, o município de São Miguel do Oeste teve no período de estudo o maior número de internações. Os resultados obtidos demonstram a importância da inserção dos profissionais da Atenção Básica nas atividades de prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde. Foi possível perceber a necessidade de capacitações sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, pois houve manifestações de desconhecimento sobre as mesmas, bem como, do não uso dos dados que são produzidos nos próprios municípios e alimentados no DATASUS. As ações realizadas são restritas e necessitam serem ampliadas, inclusive a utilização de protocolos já existentes e disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento e cuidado das DCNT. Por fim, vale lembrar que, mais da metade dos municípios brasileiros são considerados de pequeno porte e, neste sentido, o estudo pode estar revelando uma realidade encontrada em outros locais e regiões dos país, em que faz-se necessário se apropriar do conhecimento da realidade para o planejamento das ações e da gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças crônicas. Prevenção de Doenças. Fatores de Risco.

EXPANDED CORE OF FAMILY HEALTH (NASF) ON THE CHRONIC CONDITIONS IN MUNICIPALITIES IN THE REGION OF THE WESTERN END OF SANTA CATARINA.

ABSTRACT: The chronic conditions usually feature multiple causes that vary in time, including heredity, lifestyles, exposure to environmental factors and physiological factors. A search was carried out with the aim of investigating the performance of the professionals of the Expanded Core of family health (NASF) on the chronic conditions in municipalities in the region of São Miguel do Oeste in the State of Santa Catarina. Initially, we collected data on the system of information on the five main DATASUS chronic diseases that led people to morbidity from January 2012 to March 2017. Later, the US survey secondary data, was held an interview with 14 professionals entered teams in the municipalities of Bandeirante, Paradise, Belmonte, Amr and São Miguel do Oeste. In the municipalities surveyed respiratory diseases were the leading cause of hospitalization, and in this cause, the municipality of São Miguel do Oeste had in the period of study the highest number of hospitalizations. The results obtained demonstrate the importance of the integration of primary health care professionals in disease prevention and health promotion and recovery. It was possible to realize the need for training on the chronic non-communicable diseases, because there have been manifestations of ignorance about the same as well, do not use the data that are produced in the municipalities and fed the DATASUS. The actions taken are constrained and need to be expanded, including the use of existing protocols and made available by the Ministry of health for the treatment and care of the NCD. Finally, it is worth remembering that, more than half of Brazilian municipalities are considered small businesses and, in this sense, the study may be revealing a reality found in other places and regions of the country, where it is necessary to take ownership of knowledge the reality for the planning and management in health.

KEYWORDS: Chronic diseases. Prevention of diseases. Risk factors.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL,2008).

A situação epidemiológica brasileira está em transição, a coexistência de níveis altos de doenças infecciosas e parasitárias, ao lado de doenças cardiovasculares, neoplasias e violência. Demonstrando a importância das ações de prevenção de doenças e promoção e reabilitação da saúde no contexto da Saúde Pública. As demandas emergentes e crescentes em atenção à saúde decorrem, em grande parte, dos agravos que acompanham as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O cuidado das DCNT, em especial hipertensão e diabetes mellitus, exige escuta ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Frequentemente, casos considerados de difícil atenção estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. As ações desenvolvidas pelo NASF juntamente com Estratégia Saúde da Família contribuem para melhorias nas condições de vida das pessoas, bem como, garantem a integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira (BRASIL, 2009).

O papel dos profissionais na reabilitação do NASF é fundamental, por exemplo, na abordagem das deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou múltiplas que poderiam ser evitadas ou atenuadas com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como ações em saneamento, no trânsito, em segurança, em saúde, em educação. As principais causas de deficiência estão correlacionadas a eventos como transtornos congênitos e perinatais, doenças transmissíveis e crônicas, transtornos psiquiátricos, abusos de álcool e droga, desnutrição, traumas e lesões (violência, acidentes no trânsito, no trabalho, na moradia). A elas somam-se as consequências das mudanças do perfil epidemiológico e o aumento da esperança de vida no País, que ampliam a necessidade de ações de prevenção às doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2009).

DAS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS – DCNT

Com o passar dos anos e com a evolução da medicina, muitas doenças infecciosas foram erradicadas, fazendo com que a taxa de mortalidade diminuísse e a expectativa de vida aumentasse. Contudo as pessoas estão vivendo mais e sendo acometidas por doenças crônicas e segundo HELMAN (2009, p. 99) “Na maioria dos casos, uma cura rápida para essas condições simplesmente não é possível... elas exigem um modelo de cuidado por períodos prolongados”. Nas condições crônicas os pacientes devem trabalhar juntamente com os profissionais da saúde para sua própria recuperação da saúde, que segundo HELMAN (2009, p. 99) “...aumenta a necessidade de maior educação do paciente e de um maior entendimento das suas necessidades, de suas crenças sobre saúde e das realidades da sua vida diária.”

Segundo Goulart (2011) as DCNT representam a maior causa de óbitos no mundo, são consideradas amplamente como verdadeira epidemia, é agravada pela transição demográfica acelerada que vem ocorrendo em muitos países incluindo

o Brasil, onde mudanças que levaram cem anos para acontecer na Europa, estão acontecendo em duas ou três décadas. A proporção de pessoas com 65 anos ou mais dobrou no país em um período de apenas duas décadas recentes; o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando então o número de jovens. A referida transição demográfica acelerada se associa com uma transição de natureza epidemiológica, o que acarreta o fato de que as DCNT já superam as doenças transmissíveis nas estatísticas. Segundo o Banco Mundial, as doenças crônicas representam hoje dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e chegará aos três quartos até 2030. No Brasil, a análise da carga de doenças traduzida pelos anos de vida perdidos mostra, que apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas as doenças crônicas representam em torno de 66% da carga de doenças. Além do rápido crescimento das DCNT e do envelhecimento da população, ainda se convive com crescente ameaça das chamadas causas externas e violências, configurando, assim, uma “tripla carga” de doenças, manifestada na associação de prevalências preocupantes de doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas.

Os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições. Pode-se dizer que em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens ou para mulheres é um grave problema para todos os sistemas de saúde pública. A idade é sempre um fator a ser considerado. Os idosos, geralmente considerados com o grande grupo de risco, não estão sozinhos como vítimas das doenças crônicas, pois há evidências mundiais suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônico.

Neste aspecto, a OMS já estimou que 72% das mortes antes dos 60 anos de idade podem ser ocasionadas por doenças crônicas ou não transmissíveis em países de renda alta, ao passo que as doenças transmissíveis representaram apenas 8% e as lesões, 21%. Neste contexto as doenças crônicas não podem mais ser considerada apenas um problema de idosos (GOULART 2011).

Conforme Goulart (2011), do ponto de vista clínico e de impacto populacional as principais DCNT são as: Doenças cardiovasculares que incluem um vasto grupo que dizem respeito a doenças do coração e vasos sanguíneos, são elas que representam as principais causas de mortalidade em todo mundo. O Câncer que é a segunda maior causa de morte no mundo, é ocasionado pela multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo, afetando assim as células normais. As Doenças Respiratórias Crônicas também estão inclusas, afetam vias aéreas e estruturas pulmonares, causam cerca de 4,2 milhões de óbitos anuais; as mais comuns são a

asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e estágios alérgicos entre outras relacionadas ao processo de trabalho. Ainda conforme Goulart (2011), Diabetes em si não apresenta uma mortalidade elevada, quando comparado as outras DCNT, mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (comorbidade) para outras condições mais graves, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e cegueira. E por fim as Doenças Mentais acometem muitas pessoas em todo mundo. Elas afetam o pensamento, atitudes e sentimentos, as doenças mentais contribuem fortemente para os anos de vida perdidos por incapacidade em todo mundo. Existem evidências de comorbidades entre as doenças mentais, a diabetes e as doenças cardiovasculares.

Conforme dados coletados no DATASUS (2017), na região Oeste Catarinense em específico nos municípios de Bandeirante, Paraíso, Belmonte, Guaraciaba e São Miguel do Oeste, as principais causas de internações e morbidade entre Janeiro de 2012 a Março 2017 foi por doenças do aparelho circulatório, neoplasia, doença do sistema respiratório, causas externas, doença do sistema digestivo. Em comparação aos dados apontados por Goulart (2011), as principais doenças crônicas existentes e que são um problema mundial em comparação, são também as principais causas de morbidade nos municípios pesquisados. O que nos faz refletir que é preocupante estes índices, e que o NASF juntamente com a estratégia saúde da família precisam trabalhar arduamente para mudar este cenário.

As doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte e adoecimento nos Estados Unidos e também nos municípios estudados. Algumas pessoas tem mais predisposição a desenvolverem doenças cardiovasculares do que outras devido ao seu histórico familiar e a uma predisposição genética então cabem a estas pessoas se conscientizarem e terem o devido cuidado para não acelerar este processo. Existe ainda uma predisposição em algumas pessoas devido ao seu estilo de vida, como por exemplo: sedentarismo e má alimentação. (SHERWOOD, 2010).

Para o funcionamento dos nossos órgãos e para sobrevivermos é imprescindível um suprimento sanguíneo adequado, qualquer alteração no oferecimento de oxigênio (O₂) ou na remoção do sangue desoxigenado terá uma alteração em nosso organismo podendo levar ao surgimento de alguma patologia. (SHERWOOD, 2010).

Segundo FRANCO (2010, p. 273) “A palavra neoplasia é de origem grega e significa novo crescimento... é utilizado para caracterizar o resultado do aumento do volume do tecido conseqüente a esse crescimento.” Neoplasias ou câncer como é conhecido popularmente, nada mais é do que um desenvolvimento alterado e irreversível de células, que resultam no surgimento das neoplasias, ocorre um aumento contínuo e desordenado de células, onde estas células novas se originam e crescem constantemente, porém não se diferenciam, e ficam sem diferenciação surgindo assim às neoplasias. Segundo BRAUN (2009, p. 182):

“O desenvolvimento do câncer nem sempre ocorre em decorrência de mutações herdadas. Na maioria dos casos, se dá por meio de mutações adquiridas após

o nascimento. Esses casos são tipicamente relacionados à exposição a agentes ambientais nocivos, que causam danos ao DNA, alterando a proliferação e a diferenciação das células.”

Neoplasias podem ser Benignas ou malignas; as neoplasias malignas são conhecidas como câncer, é considerada mais agressiva. Essa malignidade é definida após análise do seu grau invasividade e capacidade de disseminar e assim surgir metástases. É caracterizada por ter um crescimento rápido, suas massa serem pouco delimitadas, e seu formato das células serem anaplásicas (diferentes do tecido normal) (FRANCO, 2010).

As Neoplasias Benignas tem suas células bem diferenciadas (semelhantes à de um tecido normal), tem um crescimento mais lento, sua estrutura é bem delimitada e expansiva e não invade outros tecidos (FRANCO, 2010).

O sistema respiratório troca ar entre a atmosfera e os pulmões. As vias aéreas conduzem ar da atmosfera para os alvéolos, nos quais O₂ e CO₂ são trocados entre o ar desses sacos de ar e o sangue dos capilares pulmonares ao redor. Os pulmões estão abrigados dentro do tórax, cujo volume pode ser alterado pela atividade contrátil dos músculos respiratórios a seu redor (SHERWOOD, 2010).

Como a resistência das vias aéreas, que depende do calibre das vias aéreas condutoras, normalmente é muito baixa, a taxa do fluxo de ar normalmente depende principalmente do gradiente de pressão entre os alvéolos e a atmosfera, caso ocorra alguma alteração em algum parâmetro ocorre alterações no sistema respiratório, essas alterações podem ser causadas por doenças e/ou comorbidades. (SHERWOOD, 2010).

As causas externas correspondem aos acidentes e as violências; englobam uma série de eventos como quedas, envenenamento, afogamento, queimaduras, acidente de trânsito, agressões, homicídio, violência sexual, negligência/abandono, lesão autoprovocada, entre outros. Todos os eventos mencionados podem ser evitáveis, a prevenção e educação continuada é a melhor forma de prevenir que esses índices aumentem (BRASIL, 2015).

As causas externas geram um significativo custo, que vai desde a perda humana e o desenvolvimento de sequelas permanentes, e custos com o tratamento de saúde e assistência a esta pessoa e sua família (BRASIL, 2015).

O sistema digestório consiste no trato digestório e nos órgãos digestórios acessórios (glândulas salivares, pâncreas exócrino e sistema biliar). O lúmen do trato digestório (um tubo que segue da boca ao ânus) é contínuo com o ambiente externo, portanto, seu conteúdo tecnicamente está fora do organismo. Esta organização permite a digestão dos alimentos, é por esse sistema que irá ocorrer a além da digestão a absorção dos nutrientes necessários para sobrevivência do ser humano. (SHERWOOD, 2010).

As atividades digestórias são cuidadosamente reguladas por mecanismos sinérgicos autônomos, neurais (intrínsecos e extrínsecos) e hormonais, para garantir

que o alimento ingerido seja maximamente disponibilizado ao organismo. Caso algumas das funções do organismo seja alterada por fatores externos, neurais ou hormonais, leva a uma alteração corporal do sistema digestivo e conseqüentemente debilita a saúde do ser humano (SHERWOOD, 2010).

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa em municípios da Região de Saúde de São Miguel do Oeste no Estado de Santa Catarina, envolvendo cinco municípios de pequeno porte, sendo eles Bandeirante, Paraíso, Belmonte, Guaraciaba e São Miguel do Oeste. Inicialmente foi realizado um levantamento de dados no Sistema de Informações DATASUS e posteriormente, entrevistado 14 (catorze) profissionais dos referidos municípios que encontravam-se vinculados a Equipes do NASF. Foi realizada uma entrevista seguindo um roteiro de questões abertas e fechadas visando contemplar ao objetivo do estudo que foi o de investigar a atuação dos profissionais na atenção às condições crônicas. A escolha da amostragem (categoria profissionais) foi realizada de forma aleatória e por acessibilidade. Observa-se que foram seguidas criteriosamente as recomendações quanto aos cuidados éticos, os participantes foram esclarecidos sobre a matéria que trata o estudo. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional e a coleta dos dados ocorreu após a aprovação do projeto e expedição do parecer favorável. Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados através de texto descritivo.

RESULTADOS

Dos profissionais entrevistados, 13 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino; a faixa etária dos profissionais variou de 23 a 34 anos. Quanto a profissão, 2 são farmacêuticos, 3 psicólogos, 3 nutricionistas, 1 assistente social, e 5 fisioterapeutas. Quando questionados se a equipe do NASF permanece a mesma desde sua implantação todos responderam que não, que houveram muitas substituições desde a implantação da equipe até o momento da pesquisa, principalmente, em decorrência de processos seletivos e concursos públicos.

ATUAÇÃO DO NASF NA REABILITAÇÃO DE DCNT

Ao serem questionados quais profissionais do NASF são incluídos nos cuidados das DNCT, todos responderam que participam. No entanto, quando questionados sobre a atuação e atividades desenvolvidas referentes à reabilitação, as respostas foram as seguintes:

Apoio aos ESFs, grupos, ACS, atendimento individual. (Profissional 02).

Grupos de saúde mental, grupos com CRAS, grupos de reeducação alimentar e atividade física. (Profissional 03).

Grupos de orientação, visitas domiciliares. (Profissional 04).

Vida ativa, coluna saudável, grupo de ombro, cuidadores, gestantes, hidroginástica, tabagismo, grupo terapêutico neurológico, fibromialgia, bem-estar, nutricionista. (Profissional 05).

Atendimento clínico, atendimento em grupo, educação na escola e comunidade, apoio do ESF, visitas domiciliares. (Profissional 10).

Grupo de saúde mental. (Profissional 14).

Dados sobre quantidade de pacientes com DCNT no município é de extrema relevância para um bom planejamento em saúde, foi questionado aos participantes qual o número de pacientes portadores de DCNT no município em que o profissional está atuando, os participantes 10 e 11 não responderam o questionamento, já algumas respostas dos demais participantes não condizem com a realidade, quando comparados aos dados obtidos no DATASUS, pois em alguns casos o número de pacientes portadores de DCNT mencionado pelos profissionais é aproximadamente o mesmo número da população residente no município e em outros casos o número é muito inferior, por exemplo, um profissional respondeu que no seu município existem 4 pacientes com DCNT, muito menor do apresentado pelo DATASUS. Já outro profissional respondeu que não tem nenhum paciente com DCNT, o que também não condiz com a realidade.

Quando questionados sobre quais as principais DCNT foram diagnosticadas nos últimos cinco anos, os entrevistados 04, 10 e 11 não responderam ao questionamento, dentre, as demais respostas foram observadas a citação de doenças ou síndromes que não fazem parte do rol de DCNT como, por exemplo, tetraplégicos, síndrome de Cornelia de Lange e hidrocefalia.

Ao serem questionados sobre quais as principais causas de morbimortalidade do município sete profissionais não souberam responder quais as principais causas, os outros sete (7) responderam que as principais causas de morbimortalidade são, hipertensão, doenças crônicas, infarto agudo do miocárdio, AVC, doenças cardiovasculares, câncer, complicações das doenças crônicas não transmissíveis.

Dados de mortalidade e morbidade, por causas, sexo e faixas etárias, analisados em função de mapas do território, poderão apontar as prioridades e os locais mais críticos onde deverão se concentrar esforços. Dessa forma, se poderá saber, por exemplo, quantas crianças nasceram com sífilis congênita, com fissura labiopalatal e com lesões cerebrais graves; riscos para acidentes ou doenças do trabalho; quantos idosos estão restritos ao leito e por qual motivo; a situação dos diabéticos da área de abrangência, assim para planejar é indispensável ter conhecimento de qual a principal necessidade da população de cada município para isso dados de

morbimortalidade são de extrema importância para realização de um planejamento efetivo (BRASIL, 2009).

Foram realizados questionamentos sobre a capacitação profissional. Ao serem questionados se ao ingressar na equipe do NASF o profissional recebeu algum tipo de formação/capacitação em doenças crônicas todos os profissionais disseram que não. E quanto ao profissional se sentir preparado para atuar com pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, 9 responderam que sim 4 responderam que não e 1 não respondeu.

As equipes dos NASF deverão ser habilitadas para as metodologias de reconhecimento e mapeamento de território. Participando do planejamento e programação de ações que promovam impacto positivo nos indicadores que retratam as necessidades da população, moradora daquele território, em termos de prevenção, assistência e reabilitação, para isso a capacitação profissional e a busca de conhecimento contínuo é indispensável (BRASIL, 2009).

Quanto a organização das ações, foi questionado quais os parâmetros utilizados para a organização das ações de atendimento aos pacientes com doenças crônicas no NASF, 3 profissionais responderam que é organizado conforme a demanda dos ESFs e com os grupos já em andamento, 3 profissionais responderam que é organizado conforme discussão de casos e em reunião de equipe, 1 profissional respondeu conforme necessidade do município, 1 profissional respondeu que é através do encaminhamento do ESF, 1 pessoa respondeu que é através de ações em grupos de hipertensos e diabéticos, e 5 profissionais não souberam responder.

Quando questionados se as ações desenvolvidas pelo NASF aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis estão pautadas em algum protocolo ou normativa, 11 profissionais responderam que não e 3 não responderam. Ao serem questionados sobre os pacientes atendidos pelo NASF foram encaminhados por qual setor/unidade, 10 profissionais responderam que foi pelo ESF, 1 profissional respondeu que é pelo ESF e o Centro de Atenção Psicossocial, e 3 responderam que são encaminhados pelo ESF, CAPS, CREAS, CRAS, HRTGB (Hospital Regional Terezinha Gaio Basso) e MP (Ministério Público).

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Aplicado à Atenção Básica, isso significa, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações, problemas comuns de um território, com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de atenção básica, que seria o NASF, a estratégia saúde da família deve trabalhar junto com o NASF, para a efetivação das ações.

FACILIDADES E DIFICULDADES NA ATUAÇÃO COM DCNT

Quanto aos fatores que são facilitadores para a atuação com os pacientes com DCNT no NASF, o profissional 11 não respondeu ao questionamento, algumas respostas como fatores facilitadores dizem respeito ao trabalho com a prevenção das DCNT, a união da equipe do NASF juntamente com o trabalho dos ESFs, outro fator facilitador mencionado pelos profissionais é o momento de entrega de medicações que é realizado repasse de orientações, e o trabalho com prevenção promoção e reabilitação de doenças realizado pelo NASF.

Ao serem questionados sobre as principais dificuldades encontradas no atendimento aos pacientes com doenças crônicas, 3 profissionais responderam que é a falta de espaço e equipamentos para realização das atividades, 2 profissionais responderam que é a distância dos pacientes e o deslocamento, 4 profissionais responderam que a principal dificuldade está relacionado ao interesse e adesão dos usuários portadores de Doenças crônicas, 1 profissional respondeu que a principal dificuldade é a falta de profissionais, 1 profissional respondeu que não apresenta dificuldade, 1 profissional respondeu que não atende nenhum paciente com doença crônica não transmissível e 2 profissionais não responderam.

Quanto a avaliação das ações, foi questionado se são realizados momentos de avaliação das ações desenvolvidas nos programas aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis pelo NASF e quem avalia, 3 profissionais responderam que é avaliado através de questionário com os usuários e com a equipe, 3 responderam que é avaliado através dos profissionais envolvidos, toda equipe, 1 profissional respondeu que é realizado uma avaliação geral dos pacientes atendidos, 1 profissional respondeu que é avaliado através de fichas previamente elaboradas, 1 profissional respondeu que quem avalia é o médico e a enfermeira, 4 profissionais responderam que não é realizado avaliação e 1 profissional não respondeu.

Executar trabalho no NASF implica, na definição de espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que inclui discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação segundo Ministério da Saúde (2014).

Ao serem questionados sobre como é realizada a classificação dos pacientes crônicos com prioridade do atendimento, 5 profissionais responderam que a classificação é realizada após uma avaliação com os profissionais do NASF, 2 responderam que a avaliação é realizada pelo profissional do NASF e é levado em consideração o uso de Oxigênio (O₂) e quadro clínico do paciente, 4 responderam que é através do encaminhamento medico/ESF, e 3 profissionais não responderam. Quando questionados sobre como é realizada a assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito os profissionais responderam que é realizada conforme a demanda visitas domiciliares com a equipe multiprofissional, 4 profissionais

responderam que é realizado orientação e educação com os familiares e é retornado para acompanhamento, 1 profissional respondeu que é realizado conforme encaminhamento da ESF e 3 profissionais não responderam.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado, completo e eficaz, o que compreende ações de apoio psicossocial, orientações para a realização das atividades de vida diária, oferecimento de suporte especializado em situação de internamento hospitalar ou domiciliar e cuidados com familiares restritos ao leito (BRASIL, 2009).

Quando questionados para descrever como se avalia os resultados das intervenções realizadas e se utilizam algum método específico para avaliar a efetividade das intervenções, nenhum participante respondeu que utiliza um método específico para avaliação, 3 participantes avaliam de forma satisfatória as ações realizadas. E para avaliação das ações que estão sendo realizadas as respostas foram todas na mesma linha de conhecimento como, por exemplo, através da evolução dos quadros, relato do paciente, dialogo com a equipe, percepção do profissional, e através de fichas de conversas com paciente e familiares, 2 profissionais não responderam.

Para realização de avaliações, é importante que gestores, coordenadores e profissionais do NASF definam critérios ou instrumentos orientadores para a avaliação e elaborem instrumentos de intervenção (plano, matriz ou algo nessa linha) de forma integrada com o planejamento de ações, para isso as equipes NASF podem se organizar para acompanhar suas ações e avaliar a efetividade, respondendo se os objetivos definidos foram alcançados, e também deve ser levando em consideração os principais problemas existentes, determinar os problemas prioritários a serem enfrentados e elaborar estratégias de intervenção para superação dos problemas. Outro fator de extrema relevância é o resultado de avaliações anteriores, assim é possível observar os avanços alcançados. O acompanhamento das ações desenvolvidas são fundamentais para a viabilidade da avaliação da efetividade das ações que estão sendo desenvolvidas de acordo com o Ministério da Saúde (2014).

CONSIDERAÇÕES

As DCNT são consideradas a maior causa de óbitos no mundo, o que se confirmou através desta pesquisa, e esta realidade está presente nos municípios pesquisados. A atuação dos profissionais do NASF na atenção a estas condições crônicas é fundamental para mudar o cenário. Conforme pesquisado o NASF vem realizando um trabalho de prevenção através das atividades desenvolvidas com grupos e orientações com a população, seu trabalho juntamente com o ESF, o que é relevante para uma boa abordagem e prevenção das doenças. Porém sugere-se que este trabalho de prevenção e promoção da saúde, seja feito com toda população, não somente com pacientes portadores de doenças crônicas. A prevenção e promoção

da saúde é o principal meio para evitar e diminuir os índices de doenças crônicas, e estas devem ser trabalhadas antes que uma DCNT se desenvolva em um ser humano saudável.

As equipes do NASF devem estar capacitadas para a atuação na promoção, prevenção e recuperação da saúde de pacientes portadores de DCNT, para que este trabalho seja feito efetivamente o primeiro passo é que todos os integrantes do NASF conheçam e saibam do que a população do seu município mais adoecer, e quais doenças mais levam a população ao óbito, para então apontar as prioridades e os locais mais críticos onde deverão se concentrar esforços para atuarem. Todos estes dados estão disponíveis no sistema DATASUS 24 horas ao dia, em poucos minutos é possível saber a principal causa de morbimortalidade de cada município brasileiro e, assim trabalhar direcionado as necessidades da população.

A devolução dos resultados da pesquisa aconteceu em reunião com os NASF pesquisados, foi ilustrado através de gráficos e tabelas, as principais causas de morbimortalidade de cada município, foi apresentado, orientado e realizado uma breve capacitação sobre o que são DCNT, e como coletar dados no sistema DATASUS.

REFERENCIAS

ANDERSON, Cindy M.; BRAUN, Carie A. **Fisiopatologia: alterações funcionais na saúde humana**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 544p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008**. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 - Centro de Apoio à Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília. (**Caderno de Atenção Básica nº. 27**), 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da saúde, 2014. (**Caderno de Atenção Básica, n.39**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da saúde, 2009. (**Caderno de Atenção Básica, n.27**). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Ac esso em 08 mai 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portal da Saúde. **Os acidentes e as violências**. 01 de Abril de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.sau de.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilanci a-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17256-os-acidentes-e-as-violencias>>. Acesso em 08 mai 2017.

_____. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). **Epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6927& VObj=http://tabnet>>.

datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nr>. Acesso em: 27 de Mai. 2017. 14:15.

BRUNNER, Lillian Sholtis.; SUDDARTH, Doris Smith; SMELTZER, Suzanne C. O'Connell; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FRANCO, Marcello et al. **Patologia Processos Gerais**. 5. Ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 331 p.

GOULART, Flávio a. De Andrade. **Doenças Crônicas não Transmissíveis: estratégias de Controle e desafios e para os Sistemas de saúde**. Brasília-DF, 2011. HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

LOPES DE FARIAS, José. **Patologia Geral: Fundamentos das Doenças, com Aplicações Clínicas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. 298 p.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

PROENÇA, Alessandra Müzel Ibrahim et al. NASF- **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2013. Disponível em: <<http://www.itapeva.sp.gov.br/secretaria/saude/nasf/>>. Acesso em: 08 mai 2017.

ROVER, Ardinete; PEREIRA, Débora Diersmann Silva. **Diretrizes para elaboração de trabalhos científicos: apresentação, elaboração de citações e referências de trabalhos científicos**. 1. ed. Joaçaba, SC: Editora Unoesc, 2013. 143 p.

SHERWOOD, Lauralee. **Fisiologia Humana: das células aos sistemas**. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.845 Pag.

TREVISOL, Joviles Vitório. **Diretrizes para elaboração de artigos científicos**. Joaçaba, SC: Unoesc, 2009. 79 p.

Obs. Artigo apresenta resultados de Projeto de Pesquisa – Chamada Pública 31/SED/2014 e Edital 56/Unoesc-R/2014.

OCORRÊNCIAS DE ACIDENTES PERFUROCORTANTES COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante

Universidade Federal do Piauí, Departamento de
Enfermagem
Doutoranda em Enfermagem
Teresina - Piauí

Ravena Dias Ribeiro

Faculdade Estácio de Teresina
Teresina - Piauí

Rayanne Cristina Lima Rodrigues

Faculdade Estácio de Teresina
Teresina – Piauí

Suely Martins da Silva Vieira

Universidade Federal do Piauí
Teresina - Piauí

Danieli Maria Martins Coelho

Faculdade Estácio de Teresina, Departamento de
Enfermagem
Teresina – Piauí

Maria de Fátima Almeida e Sousa

Faculdade Estácio de Teresina
Teresina - Piauí

Ottomá Gonçalves da Silva

Faculdade Estácio de Teresina
Teresina - Piauí

Maria Augusta Ferreira da Silva Neta

Faculdade Estácio de Teresina
Teresina - Piauí

Silvanio Wanderley Cavalcante

Universidade Federal do Piauí
Teresina - Piauí

RESUMO: A exposição ocupacional a material biológico no exercício do trabalho pode provocar lesão corporal causando a perda ou a redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalhador em suas atividades laborais. Objetiva-se avaliar a ocorrência, identificar as características e traçar o perfil da equipe de enfermagem acidentada com perfurocortante, foi realizada uma pesquisa de campo, retrospectiva, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa em um hospital municipal de médio porte, no serviço de urgência e emergência em Teresina, no período abril de 2015, a partir das fichas de notificação corridos no período de 2011 à 2014. A amostra foi de 23 trabalhadores de enfermagem. Os dados foram coletados em formulário estruturado. Verificou-se que 100% era do sexo feminino, 52,17% tinha a faixa etária de 21 a 30 anos. O ano de 2013 destacou-se com 52,17% de casos notificados. Quanto ao material orgânico de maior envolvimento destacou-se o sangue em 100%, sendo 86,96% com técnicos de enfermagem; 35,00% se acidentaram ao administrar medicações e 91,30% com a agulha com lúmen; 52,17% faziam o uso de EPI, destacando-se em 52,17% o avental; 47,83% não fazem o comunicado do acidente de trabalho; 86,96% dos resultados de exames foram negativos e os testes de sorologia relevou 69,13% negativo, tendo 78,26% dos pacientes

fonte conhecidos e, 65,22% eram vacinados; 69,56% não tomava conduta no momento do acidente e 60,87% tinham a evolução ignorada. Conclui-se que os acidentes com perfurocortantes ainda acontecem entre os profissionais de enfermagem, mesmo com as medidas de segurança em vigência.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trabalho

OCCURRENCE OF PIERCING-CUTTING ACCIDENTS WITH NURSERY STAFF IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: Occupational exposure to biological material at the work provoking bodily injury causing the loss or reduction of permanent or temporary capacity to the worker in their labour activities. In order to evaluate the occurrence, identify the characteristics and profile of the nursing team injured with piercing-cutting, it was realized a field research, retrospective, descriptive and exploratory, with a quantitative approach in a medium-sized municipal hospital in urgent and emergency service in Teresina, in the period April 2015, from the notification tokens incurred in the period from 2011 to 2014. The sample was of 23 nursing workers. The data were collected in structured form. It was found that 100% were female, 52.17% had the age group of 21 to 30 years. The year of 2013 stood out with 52.17% of reported cases. As for the organic material of greater involvement, stood out the blood in 100%, being 86.96% with technicians; 35.00% suffered accidents by administering medications and 91.30% with the needle lumen; 52.17% made use of IPE, standing out in 52.17 % the scrub; 47.83% did not make the notice of accident at work; 86.96% of exam results were negative and serology tests revealed 69.13% negative, having 78.26% of source patient known and 65.22% were vaccinated; 69.57% had not conduct at the time of the accident and 60.87% had the evolution ignored. It is concluded that accidents with piercing-cutting still happen between nursing professionals, even with safety measure in effect.

KEYWORDS: Nursing staff; Occupational health; Labour accidents.

1 | INTRODUÇÃO

O acidente de trabalho é aquele que ocorre no exercício do trabalho podendo provocar lesão corporal ou perturbação que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalhador, tratando-se de um evento único, súbito, imprevisto, bem configurado no espaço e no tempo e de consequências geralmente imediatas (SILVA; CORTEZ; VALENTE, 2009).

O setor de urgência e emergência favorece a exposição dos profissionais da enfermagem a uma diversidade de riscos, especialmente aos biológicos, por ser um local de trabalho complexo que predispõe a alta frequência de contato com sangue e outros fluidos orgânicos, além da manipulação de objetos perfurocortantes. Nesta

perspectiva, o risco para a ocorrência do acidente de trabalho com perfurocortante tem se destacado representando 88,2% dos casos dos acidentes biológicos (GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMA, 2013).

A exposição ocupacional a material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho. Entre as formas de exposição incluem-se a percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes e o contato direto com pele e/ou mucosas. As doenças potencialmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) e Hepatites B e C representam risco à saúde do trabalhador da área da saúde (SOARES et al., 2013).

No Brasil, em 2005, foi aprovada a Norma Regulamentadora (NR) de Segurança e Saúde no trabalho em saúde - NR 32, que estabelece diretrizes para a implementação de medidas de proteção e segurança para a saúde dos trabalhadores colocados em instituições de saúde, bem como aos trabalhadores que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Esta NR, estabeleceu o seguinte: cada instituição de saúde deve fornecer os de equipamento de proteção individual (EPI) aos trabalhadores, avaliação e reconhecimento das doenças a que os trabalhadores estão expostos, a localização das áreas de risco, a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos, bem como o estabelecimento do programa de vacinação de doenças imunopreveníveis (VALIM; MARZIALE, 2012).

Na prática de enfermagem, são frequentes as verbalizações que expressam a subestimação dos riscos e também das consequências dos acidentes com materiais perfurocortantes. O maior número de acidentes ocorre entre os profissionais que exercem suas atividades há um longo período, podendo ter como justificativa a educação permanente insuficiente, a falta da supervisão contínua e sistemática da prática, da percepção individual sobre o risco e da valorização das ações preventivas. Neste sentido, a desatenção, desmotivação, fadiga do profissional, sobrecarga de trabalho, favorecem os acidentes, além disso, tem-se a falta de informações sobre a biossegurança e mecanismos de transmissão (SILVA et al., 2012a).

Grande parte das atividades dos trabalhadores de enfermagem está concentrada na administração de medicamentos e soroterapia, atividades que envolvem a manipulação constante de agulhas, scalp, jelco, vidro, lâmina de bisturi. Logo, as principais causas destes acidentes relacionam-se a não observação de normas, imperícia, condições laborais inadequadas, instruções incorretas ou insuficientes, falhas de supervisão e orientação, falta ou inadequação no uso de EPI (SILVA; CORTEZ; VALENTE, 2009).

Desse modo, determinou-se como objeto do estudo: ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes com a equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência de um hospital público de Teresina. Objetivou-se com essa pesquisa: avaliar a ocorrência de acidentes perfurocortantes envolvendo a equipe de enfermagem do serviço de urgência e emergência de um hospital público.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de caráter retrospectivo, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Realizado em um hospital da rede pública de médio porte na cidade de Teresina-PI, na macrorregião Sudeste do município, que presta assistência ao SUS, em nível de baixa a média complexidade, atendendo a demanda de urgência e emergência, centro cirúrgico, clínicas de internação e ambulatório. A busca foi no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, fundado em 2008, que visa identificar a incidência e prevalência dos danos e com base nos indicadores, trabalhar na promoção e prevenção de doenças, acidentes e agravos.

Foram avaliados 73 fichas de notificação, compondo a amostra todos os casos de acidentes com perfurocortantes na urgência e emergência no período de 2011 a 2014 com a equipe de enfermagem, perfazendo um total de 23 casos notificados. Foram excluídas as notificações que não foram do setor de urgência e emergência, no período mencionado, outros tipos de acidentes e que não sejam com a da equipe de enfermagem.

Os dados foram coletados em abril de 2015, a partir das fichas de notificação de acidentes perfurocortantes ocorridos no período. Foram organizados em tabelas e ilustrados em gráficos, utilizando-se programa Excel 2010, Microsoft Word 2010 e por meio do aplicativo SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. As tabelas e gráficos permitiram uma melhor visualização dos resultados encontrados que foram discutidos pelo confronto com a literatura existente a cerca da temática.

As diretrizes e normas foram cumpridas na pesquisa envolvendo seres humanos que atendeu aos fundamentos éticos e científicos também exigidos na resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013). Dentre as exigências da resolução, está a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre possíveis riscos e benefícios.

3 | RESULTADOS

Foram notificados 23 casos de profissionais de enfermagem da Urgência e emergência, de 2011 à 2014, tendo na amostra 100% (n=23) do sexo feminino, 52,17% (n=12) na faixa etária de 21 a 30 anos de idade, sendo predominante, 21,74% (n=5) dos participantes na faixa de 31 a 35 anos, enquanto que 26,09% (n=6) está na faixa de >40 anos.

Com relação aos acidentes com perfurocortantes, foram notificados em 2011 cerca 17,39% (n=4). No ano seguinte, 2012, havendo uma pequena redução 13,04% (n=3), já ano 2013 os números de casos em relação aos anteriores, 52,17% (n=12). No 2014 havendo uma queda 17,39% (n=4). Quanto a material orgânico de maior

envolvimento destacou-se o sangue atingindo percentual 100% (n=23). De acordo com nível escolaridade destacou-se o técnico de enfermagem com maior número de casos, 86,96% (n=20), em seguida enfermeiros com 8,70% (n=2) e auxiliar de enfermagem correspondendo 4,35% (n=1) das notificações (TABELA 1).

Ainda na Tabela 1, as circunstâncias do acidente revelaram que 30,43% (n=7) se acidentaram ao administrar medicações, 26,09% (n=6) punção venosa, 13,04% (n=3) descarte inadequado, 13,04% (n=3) reencape e 4,35% (n=1) manipulação de caixas. Quanto ao agente, os resultados revelam que 91,30% (n=21) ocorreu com agulha com lúmen, 4,50% (n=1) agulha sem lúmen e 4,35% (n=1) lâmina/lanceta.

Período	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%
2011	-	-	4	20%	-	-	4	17,39%
2012	1	50%	2	10%	-	-	3	13,04%
2013	1	50%	10	50%	1	100%	12	52,17%
2014	-	-	4	20%	-	-	4	17,39%
Material orgânico								
Sangue	2	100%	20	100%	1	100%	23	100,00%
Circunstância								
Administração medicação	-	-	7	35%	-	-	7	30,43%
Punção venosa	-	-	6	30%	-	-	6	26,09%
Descarte inadequado de péfurocortante	-	-	3	15%	-	-	3	13,04%
Manipulação da caixa de péfurocortante	-	-	-	-	1	100%	1	4,35%
Reencape	1	50%	2	10%	-	-	3	13,04%
Outro	1	50%	2	10%	-	-	3	13,04%
Agente								
Agulha com lúmen	1	50%	19	95%	1	100%	21	91,30%
Agulha sem lúmen	-	-	1	5%	-	-	1	4,35%
Lâmina/Lanceta	1	50%	-	-	-	-	1	4,35%
Total	2	100%	20	100%	1	100%	23	100,00%

Tabela 1: Distribuição dos acidentes com perfurocortantes sofridos pelos profissionais de enfermagem, segundo categoria profissional, material orgânico, circunstância e agente causador, em um hospital público em Teresina-PI (n=23), no período de 2011 a 2014.

Fonte: Hospital público de Teresina-PI, 2015.

Em relação ao uso de EPI, mostra-se que 47,83% (n=11) não fez uso, enquanto 52,17% (n=12) utilizou os equipamentos de proteção. Os EPIs mais usados foram: avental correspondendo 52,17% (n=12), luvas 47,83% (n=11) e máscara 39,13% (n=9) (TABELA 2).

Uso	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Sim	-	-	12	60%	-	-	12	52,17%
Não	2	100%	8	40%	1	100%	11	47,83%
Total	2		20		1		23	
Tipo de EPI usado								

Luva	-	-	11	47,82%	-	-	11	47,82%
Avental	-	-	12	52,17%	-	-	12	52,17%
Óculos	-	-	-	-	-	-	-	-
Máscara	-	-	9	39,13%	-	-	9	39,13%

Tabela 2 - Uso de EPI pela equipe de Enfermagem que sofreu acidente com material perfurocortante no setor de urgência e emergência em um hospital público em Teresina-PI (n=23).

Fonte: Hospital público de Teresina-PI, 2015.

Com relação situação vacinal para Hepatite, 65,22% (n=15) vacinados, 17,39% (n=4) não vacinados e outros 17,39% (n=4) ignoraram. O preenchimento da comunicação do acidente de trabalho 47,83% (n=11) não fizeram o comunicado, outros 43,48% (n=10) ignoram. A amostra revela que apenas 8,70% (n=2) fez o comunicado.

Revela-se que 86,96% (n=20) dos resultados de exames foram negativos, os demais 13,04% (n=3) não realizaram. Os Resultados dos testes de sorológicos dos pacientes fontes revelaram 69,13% (n=16) negativo, outros 13,04% (n=3) não realizaram e 17,39% (n=4) ignoraram, 78,26% (n=18) dos pacientes fontes eram conhecidos e 21,74% (n=5) eram desconhecidos.

Em relação à conduta no momento do acidente, a amostra revelou que 69,56% (n=16) não teve conduta, 26,09% (n=7) ignoraram.

4 | DISCUSSÃO

Em estudo realizado por Jorge et al. (2012) com 38 profissionais de enfermagem, atuantes em um pronto-socorro de um hospital-escola de Maringá (PR) em 2001, o caráter predominantemente era sexo feminino na enfermagem, com 92,3%; assim como no estudo de Custodio et al. (2011), em um hospital terciário de Fortaleza (CE) com 130 entrevistados, a predominância era do sexo feminino com 79,2% e, apenas 20,8% do sexo masculino.

Igualmente ao estudo de Silva e Pires (2011), os profissionais de enfermagem do serviço da urgência e emergência em um hospital geral de grande porte, de Belo Horizonte (MG) a prevalência de 62% é do sexo feminino, bem como no estudo de Silva et al. (2012b), na unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino de Goiânia (GO) em 2008, o sexo predominante foi o feminino com 79,5%. Confirmando com estes estudos, esta pesquisa mostrou que 100% eram profissionais do sexo feminino não havendo nenhum caso com sexo masculino.

Essas características confirmam os aspectos históricos da profissão e à caracterização do perfil dos trabalhadores no ambiente hospitalar, em virtude da enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina. Em relação a esse aspecto, vê-se que a feminização também foi observada em estudos prospectivos e

pode ser explicada pelo fato de que há mais mulheres do que homens, notadamente visibilizada pela configuração que se constitui o exercício da enfermagem mundial e se reflete no cenário local (SILVA; FIGUEIREDO, 2010).

De acordo com Custodio et al. (2011), a idade dos participantes variou com uma média de 45 anos de idade, onde a maioria de 36,1% era da faixa etária de 40 a 50 anos e, no estudo de Jorge et al. (2012) 52,6% eram com mais de 40 anos. Contrariamente, em relação à idade identificou-se nesta pesquisa que 52,17% tinham de 21 a 30 anos, representando a maior faixa etária estando de acordo com Silva e Pires (2011), que a idade dos profissionais variou entre 25 a 50 anos, sendo que 50% dos participantes estavam na faixa etária entre 30 a 35 anos. Os dados desta pesquisa também corroboram com o estudo de Silva et al. (2012b) 63,6% tinham idade entre 25 e 45 anos.

Em relação à formação profissional, a maior parte dos participantes da pesquisa eram técnicos de enfermagem 86,96% (n=20), mostrando que o número de auxiliares de enfermagem é cada vez menor com o passar do tempo, com apenas 4,35%, os que ainda não possuíam o curso técnico. Os resultados estão de acordo com o trabalho de Jorge et al. (2012), que 64,70% eram técnicos de enfermagem, como também na pesquisa de Silva e Pires (2011), 83,33% eram técnicos de enfermagem e, no estudo de Silva et al. (2012b), os técnicos de enfermagem constituíam a maioria da equipe com uma prevalência de 75,0%.

Evidenciou-se nesta pesquisa que o maior número de casos ocorreu em 2013, correspondendo 52,17% dos casos, não tendo sido encontrado nada que justificasse o aumento neste período. De acordo com Cavalcante et al. (2013), em um estudo realizado com trabalhadores acidentados com material biológico no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, da Sub-Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (RN) de 2007 à 2009, o sangue foi o material orgânico mais presente nos acidentes, o que tem sido relatado frequentemente em estudos realizados nessa temática, sendo responsável por contaminação possível de gerar infecções nos trabalhadores expostos.

Pode-se observar nesta pesquisa que 100% dos casos notificados tinha envolvimento com sangue, podendo estar relacionado às circunstâncias e frequência de manuseio deste material, contribuindo para aumento de risco de acidentes e a consequente exposição a materiais biológicos, principalmente o sangue, estando de acordo com estudo de Ribeiro, Ribeiro e Lima Júnior (2010), realizado em um hospital de Teresina (PI) no período de 2007, onde mostrou que 75,8%, dos acidentes com perfurocortantes decorreram, principalmente, de respingos de sangue durante os procedimentos. Diante desses achados, percebe-se que, pode estar ocorrendo falha no uso dos EPIs, pois muitos acidentes poderiam ser evitados se os profissionais aderissem ao uso de EPIs adequadamente.

Nesta pesquisa evidenciou-se que 30,43 % dos acidentes ocorreram por

administração de medicação, relacionando a diversidade de procedimentos que principalmente a equipe de enfermagem presta no decorrer de suas atividades, tornando-se suscetíveis a acidentes de trabalho por exposição a material biológico, estando de acordo com Martins et al. (2014) em um estudo realizado na Vigilância Epidemiológica do município de Aracatuba (SP), de 2007 à 2010, verificou-se que os profissionais de saúde, referiram administração de medicamentos como a maior causa de acidentes com 77,8%.

Identicamente a Ribeiro, Ribeiro e Lima Júnior (2010), mostrou um coeficiente de acidentabilidade maior em profissionais da saúde, evidenciado pelas altas taxas de reencape de agulhas, quando a natureza do procedimento “anestesia” exige a repetição desse ato durante um mesmo atendimento.

O estudo de Feijão, Martins e Marques (2011) revelou que o objeto causador do acidente de trabalho com perfurocortante citado por 100% dos entrevistados foi a agulha, não tendo sido esclarecido o tipo nem o tamanho. Nesta pesquisa a agulha foi o agente envolvido em 91,30% dos acidentes, sendo responsável por grande parte das doenças transmissíveis. Diante disso, salienta-se o desenvolvimento de dispositivos agulhados com mecanismo de proteção, a fim de reduzir o elevado índice desses acidentes ocupacionais, estando de acordo com estudo de Silva et al. (2010) que revela agulhas com lúmen estavam envolvidos em 59,06% dos acidentes.

De acordo estudo Feijão, Martins e Marques (2011), o tempo de experiência profissional longo parece ser um indicativo de dificuldades para acatar o uso de EPI, entretanto, o uso de EPI e as precauções básicas que se aplicam ao sangue e aos demais fluidos corporais (exceto o suor), pele não íntegra e mucosas. Visam reduzir os riscos de transmissão de microrganismos de fontes de infecção conhecidas ou desconhecidas, tornando-se estratégia essencial para prevenir as infecções.

De acordo Souza et al. (2011), um estudo realizado sobre a utilização dos EPIs pelos trabalhadores de enfermagem nas quatro unidades de terapia intensiva de um hospital de emergência, de abrangência estadual e regional, localizado no município de Fortaleza (CE), em 2008, chamou a atenção pelo fato de, por diversas vezes, utilizarem EPIs mal posicionados, expondo não apenas a si, mas também os pacientes sob seus cuidados.

A Sociedade Brasileira de Infectologia destaca que acidentes com agulha merecem atenção cada vez maior no mundo. Aponta também, a preocupação dos *Centers for Disease Control* no que refere à notificação dos acidentes e a monitorização dos infectados, bem como a necessidade do emprego de medidas preventivas efetivas pelos profissionais, visando assim à prevenção da transmissão ocupacional do HIV e do vírus das hepatites B e C (FEIJÃO; MARTINS; MARQUES, 2011).

De acordo com o estudo de Lio et al. (2010), realizado com 72 trabalhadores de enfermagem, da unidade terapia intensiva de um hospital de emergência de Fortaleza (CE) em 2008, os achados vêm ao encontro dos dados de outros estudos

envolvendo a utilização de EPIs, onde além das questões de ordem comportamental e logística, também são apontados como aspectos dificultadores da adesão aos EPIs, a falta de tempo, as situações de emergência, sobrecarga de trabalho, desconhecimento acerca do uso, entre outros.

Neste estudo observou-se que cerca de 52,17% dos profissionais da equipe de enfermagem fizeram uso de EPIs, visto que o uso do mesmo é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida durante e depois da fase ativa de trabalho. Mesmo assim, faz-se necessário salientar o não uso dos EPIs, estando de acordo com o estudo de Paiva e Oliveira (2010) onde 20,8% dos trabalhadores informaram que não estavam usando o EPI no momento do acidente, onde os autores relacionaram este achado à crença do trabalhador de que, de acordo com o procedimento realizado, ele acreditava não possuir risco de exposição aos líquidos corporais humanos, provavelmente em função de sua habilidade.

As máscaras, gorros e óculos de proteção devem ser usados na realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue ou outros fluidos corpóreos nas mucosas da boca, nariz e dos olhos (SOUZA et al., 2011). A pesquisa mostrou que dos 12 profissionais que usavam EPI, 100% fizeram uso de avental, tendo resultado positivo quanto ao uso dos mesmos, porém se faz necessário ações que mobilizem os profissionais, quanto ao uso dos demais EPIs, estando de acordo com Martins et al. (2014) que em estudo sobre o uso de EPI, verificou-se que a maioria dos Profissionais referiu o uso de avental 88,2% e luvas 96,6%.

Ainda de acordo com o estudo de Martins et al. (2014), das 360 fichas de notificação 95,5% não haviam informações a respeito da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), o que impossibilitou o conhecimento sobre sua emissão. Nesta pesquisa constatou que 47,83%, não realizaram comunicado do acidente, por desconhecimento ou a não importância dada ao registro do acidente de trabalho sugere a desinformação ou desinteresse em relação aos aspectos epidemiológicos ou legais envolvidos.

Ressalta-se que a gravidade dos acidentes por exposição a material biológico só poderá ser avaliada se ocorrer a notificação e se for indicado o acompanhamento sorológico preconizado pelo MS no Brasil e por demais órgãos internacionais, responsáveis pela elaboração de protocolos que visam a proteção e assistência ao trabalhador acidentado, estando de acordo com o estudo de Paiva e Oliveira (2010) com profissionais da equipe multiprofissional do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar de Minas Gerais que, dentre os profissionais acidentados, 30,4% realizaram avaliação médica pós-acidente e somente em 8,7% dos casos a notificação por meio da emissão da CAT.

Dessa forma, o estudo está de acordo com o estudo de Silva, Lima e Maziale (2012), realizado no Hospital Universitário de Brasília com trabalhadores de

enfermagem no período de 2010, identificou-se que a falta de informação quanto aos riscos, aspectos epidemiológicos e jurídicos, somado as condições laborais impostas, a falta de tempo e o receio em perder o emprego contribuem para a subnotificação de acidentes de trabalho.

Verificou-se nesta pesquisa que 69,57% dos pacientes fontes apresentaram sorologia negativa e 78,26% das fontes eram conhecidas, podendo a não adesão ao tratamento poder estar ligada às dificuldades físicas e psíquicas enfrentadas em uma quimioprofilaxia de caráter preventivo. Considera-se também que o resultado negativo das sorologias imediatas conduz ao negligenciamento da continuidade do seguimento, estando de acordo com Paiva e Oliveira (2010) que, em testes sorológicos dos acidentados, revelaram que não havia positividade para os vírus do HIV e hepatites B e C, porém não houve notificação em 20% dos acidentes e, 77,6% dos casos a fonte era conhecida.

De acordo com o estudo de Souza et al. (2011), a evolução de todos os casos notificados, demonstraram que em 354 ocorrências (93,9%), o profissional acidentado estava vacinado contra a hepatite B. Nesta pesquisa 65,22% dos profissionais estavam imunizados, visto que a vacina contra hepatite B é uma das principais medidas de prevenção pré-exposição, sendo extremamente eficaz em adultos imunocompetentes e disponibilizada gratuitamente na rede pública de saúde. Sendo não vacinados ou com estado vacinal ignorado, os casos teriam de serem encaminhados ao uso de imunoglobulina ou vacina.

Ainda de acordo com o estudo de Paiva e Oliveira (2010), mostrou-se que o esquema vacinal para hepatite B estava completo em 97,5% dos enfermeiros, no entanto 46,2% do hospital universitário referiram não possuir resposta vacinal preconizada e 26,4% desconheciam a resposta.

No estudo de Paiva e Oliveira (2010) em 55,1% dos casos nenhuma conduta foi tomada imediatamente após o acidente e que em 61,2% dos acidentados o acompanhamento sorológico recomendado não foi realizado. Revelou-se nesta pesquisa que 69,56% dos profissionais não tiveram conduta pós acidente, podendo ser justificado pelo fato de que os pacientes fontes as sorologias deram negativas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados são limitados às notificações do período de 2011 a 2014, permitindo concluir que totaliza 31,5% dos casos notificados neste período, sendo um número relevante, pois é importante mencionar que existe a hipótese de subnotificações. Dessa forma, surpreende a quantidade de acidentes com perfurocortantes acontecendo com a equipe de enfermagem, mesmo com a vigência de diversas medidas de segurança.

A análise deste estudo permitiu identificar e descrever o perfil sócio demográfico

da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência em um hospital público de Teresina, além de caracterizar esta equipe segundo variáveis destacadas.

Recomenda-se a inclusão e/ou ampliação de discussões sobre essa situação na formação de profissionais da saúde, sobretudo da Enfermagem, pela possibilidade de atuação de medidas de cunho preventivo/educativo para reduzir os acidentes ocupacionais e a administração de vacinas profiláticas de infecções virais como a Hepatite B e C, e a AIDS.

Portanto, os resultados evidenciaram a necessidade do desenvolvimento e/ou consolidação de medidas educativas mais efetivas a fim de que a equipe de enfermagem reconheça a importância da prevenção dos acidentes de trabalho, visando reduzir o número de ocorrências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** n.12, Brasília, DF, 13 jun., Seção 1, p. 59, 2013.

CAVALCANTE, C.A.A.et al. Acidentes com material biológico em trabalhadores. *Rev Rene*. Rio Grande do Norte. V. 14, n.5, p. 971-9, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, A. P.; SILVA, R.D. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CUSTÓDIO, I. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64, n.1, p. 18-24, jan./fev; 2011.

FEIJÃO, A.R, MARTINS, F.H.A.; MARQUES, M.B. Condutas pós-acidentes perfurocortantes: Percepção e conhecimento de enfermeiro da atenção básica de Fortaleza. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, p. 1003-10.(n.Esp.), 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C. D.; GAMA, C. S. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. **Cog. Enferm.** v.18, n.3, p.558-64, Jul./set, 2013.

JORGE, V. C. et al. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. **Esc Anna Nery (impr.)**,v.16, n.4, p.767-774, out -dez; 2012.

LIO, Y. et al. Fatores que impactam adesão às pp em enfermagem, china internacional infectious disease journal. **Rev. Enf. Ref.** v.14, n. 2, p.1104-1106, mar, 2010.

MARTINS, R.J.et al. Prevalência de acidentes com material biológico em um município do noroeste de São Paulo, Brasil, no período de 2007 a 2011. **Versión On-linecienc Trab.** v.16, n.50, p. 0718-2449, agos, 2014.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA, A.C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profisionais do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.6, n.3, p. 268-73, mar./abr, 2010.

RIBEIRO, P.D.C; RIBEIRO,A.C.D.C; LIMA JÚNIOR, D.P.B.L. Perfil dos acidentes de trabalho em um

hospital de Teresina, PI. **Cogitare Enferm.** Paraná, vol.1, n.15, p.110-6, Jan/Mar, 2010.

SILVA, M.; FIGUEIREDO, M. do L. F. Desafios históricos da enfermagem à luz do pensamento bioético. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 5, p.841-3, set./out, 2010.

SILVA, K. R.; PIRES, R. C. C. P. A percepção da equipe de enfermagem sobre liderança no serviço de urgência e emergência de um hospital geral de Belo Horizonte. **Rev. Tecer - Belo Horizonte – v. 4, n.7, p.88-98, nov, 2011.**

SILVA, J. L.L. da. et al. Acidentes com pérfuro-cortantes na equipe de enfermagem. **Rev. pesq.: cuid. fundam. Online** ,(Ed. Supl.), p.1-41, jan./mar,2012a..

SILVA, A. P.; et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, n.3, p. 549-556, Jul./Set, 2012b.

SILVA, E.J.D; LIMA, M.D.G; MARZIALE, M.H.P.O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n.5, p. 809-14, set./out, 2012.

SILVA, T.R.et al. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) ,v.31, n.4, p. 615-22, dez , 2010.

SILVA, M. R. da; CORTEZ, E. A.; VALENTE, G. S. C. Acidentes com materiais perfurocortantes e biológicos no ambiente hospitalar: análise da exposição ao risco e medidas preventivas. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v.1, n.2, p.1856-1872, ago./dez, 2009.

SOUZA, E.L.V.D.et al. Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enf. Ref. Coimbra**. v.3, n.4, p. 0874-0283, jul, 2011.

SOARES, L. G. et al. Percepção do risco biológico em trabalhadores de enfermagem. **Cog. Enferm.** Paraná, v.18, n.1, p.36-42, jan/mar, 2013.

VALIM , M. D; MARZIALE, M .H. P. Notificação de acidentes do trabalho com exposição a material biológico: estudo transversal. **O. braz. J. Nurs. (Online)**, v.1, n. 2 maio, 2012..

O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DO PIAUÍ, A PARTIR DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – SAMVVIS, NO PERÍODO DE 2015 A 2017

Andréa Nunes Mendes de Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/6581882058444393>

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí- UFPI (1992); Bacharelado em Direito pela Faculdade NOVAUNESC (2011). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP; em Vigilância em Saúde pelo Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL; em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL; e Capacitação em Atenção Integral à Saúde das Mulheres - UFSC. Trabalha como Assistente Social da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI / Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Mulher. Teresina – Piauí.

Maria Auzeni de Moura Fé

<http://lattes.cnpq.br/2241508298140631>

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí- UFPI; Mestre em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí– UFPI; Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. Trabalha como Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família – ESF de Teresina e na Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI / Coordenação Estadual de Atenção à saúde da Mulher. Teresina – Piauí.

Marcos Antônio Ferreira de Souza

<http://lattes.cnpq.br/2612889016888238>

Especialista em Matemática pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI; e Capacitação em Atenção Integral à Saúde das Mulheres - UFSC. Trabalha como Técnico da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI / Coordenação

Estadual de Atenção à Saúde da Mulher. Teresina – Piauí.

RESUMO: Nesta pesquisa, buscou-se avaliar o perfil da violência sexual contra as mulheres no Estado do Piauí, no período de 2015 a 2017, a partir dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual - SAMVVIS. Para tanto, foram usadas as variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; grau de parentesco da vítima com o agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor da vítima e do agressor; e procedência da vítima. Constatou-se que foram registrados 2.221 casos e o perfil da violência sexual apresentou-se da seguinte forma: segundo a faixa etária, 58% das vítimas, tem idade entre 10 e 19 anos, e 58% dos agressores têm idade entre 20 e 59 anos; segundo o grau de parentesco, 23,2% dos agressores, são pessoas conhecidas das vítimas; segundo o local da violência, 47,6% dos casos, ocorreram na própria residência das vítimas; segundo à escolaridade, 68% das vítimas, fazem ou fizeram o ensino fundamental e 76% dos agressores, não consta a informação; segundo a cor, 73% das vítimas e 41% dos agressores, são pardos; quanto à procedência, 50% das vítimas são de municípios onde há SAMVVIS. A violência sexual é um crime praticado contra a liberdade

sexual da mulher, afetando seu estado físico e psicológico, além de expor a infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. É um grave problema de saúde pública e sua notificação, assim como de todos os tipos de violência é obrigatória nos serviços de saúde no Brasil, desde 2003.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Sexual, Saúde Pública, Saúde da Mulher.

PROFILE OF THE SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE STATE OF PIAUÍ, BASED ON THE SERVICES RENDERED IN THE SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL - SAMVVIS, IN THE PERIOD FROM 2015 TO 2017

ABSTRACT: In this research, it was sought to evaluate the profile of the sexual violence against women in the state of Piauí in the period from 2015 to 2017, based on the services rendered by the Service of attention to women victims of Sexual violence – SAMVVIS. Therefore, it was used the variables: age group of victim and offender; degree of kinship between victim and offender; location the violence occurred; scholarship of victim and offender; skin color of victim and offender; and origin of the victim. It was found that 2221 cases have been registered, and the profile of sexual violence was presented as follows: according to the age group, 58% of the victims are between 10 and 19 years old, and 58% of the offenders are between 20 and 59 years old; according to the degree of kinship, 23,2% of the offenders are people known by the victims; according to the location the violence occurred, 47,6% of the cases occurred inside the victims' own houses; according to scholarship, 68% have completed or are attending elementary school, and there's no information on scholarship for 76% of the offenders; according to skin color, 73% of the victims and 41% of the offenders are brown; according to origin, 50% of the victims come from cities with a SAMVVIS unity. Sexual violence is a crime committed against the sexual freedom of women, affecting both their physical and psychological states, besides exposing them to sexually transmitted infections and to unwanted pregnancy. It is a serious problem of public health, and its notification, as well as every type of violence's, is obligatory in the health services in Brazil since 2003.

KEYWORDS: Sexual Violence, Public Health, Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil da violência sexual contra mulheres no Estado do Piauí, a partir dos atendimentos realizados no Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS, durante o período de 2015 a 2017, tendo em vista que durante este período, foram registrados 2.221 casos de violência sexual contra mulheres atendidas pelo referido serviço.

Os mapas dos atendimentos diários realizados nos SAMVVIS são enviados mensalmente à Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI / Coordenação de

Atenção à Saúde da Mulher, para conhecimento e consolidação dos dados.

Portanto, a partir do nosso trabalho enquanto técnicos da SESAPI / Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, sentimos a necessidade de avaliar o perfil da violência sexual contra as mulheres no Estado do Piauí, tendo como base, os mapas encaminhados pelos SAMVVIS.

Para tanto, usou-se as variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; grau de parentesco da vítima com o agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor da vítima e do agressor; e procedência da vítima.

O estudo está dividido em três etapas. Na primeira, tratamos do impacto da violência sexual na saúde das mulheres. Na segunda, tratamos da importância do SAMVVIS no atendimento às vítimas de violência sexual. Na terceira, tratamos do perfil da violência sexual, com apresentação de tabelas e a análise dos resultados.

2 | O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA SAÚDE DAS MULHERES:

São muitas as formas de violência contra a mulher, contudo, o presente estudo abordará somente a violência sexual, visto que o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, através do SAMVVIS, constitui-se numa das ações desenvolvidas pela SESAPI / Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher.

O enfrentamento da violência sexual vem assumindo, nos últimos anos, um lugar de destaque junto ao Ministério da Saúde, no sentido de reconhecer “a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública” (BRASIL, 2011, p.09). Neste sentido, busca pautar-se pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, entre eles a Conferência do Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994), além da legislação vigente no país, tais como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros.

Entende-se como violência sexual:

Qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos”. (OLIVEIRA in: FLEURY, 2015, p. 395).

Trata-se de um grave problema de saúde pública, pois compromete a saúde e a qualidade de vida das vítimas, afetando seu estado físico e psicológico, além de expor a infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A esse respeito, vejamos:

A violência sexual repercute na saúde física – desde a contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos.

Diante disso, é preciso garantir à pessoa em situação de violência sexual um atendimento digno, humanizado e resolutivo, buscando evitar revitimizações, no sentido de torná-lo mais ágil e com menos exposição da pessoa que sofreu a violência.

Nessa perspectiva, a lei N° 12.845, de 1° de agosto de 2013, dispõe:

Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o atendimento da mulher em situação de violência sexual deve ser o mais rápido possível, para que sejam tomadas as medidas preventivas necessárias e para que a abordagem multiprofissional possa minimizar as devastadoras consequências emocionais para a vítima.

As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda a população, assegurando cada etapa do atendimento. Além disso, é preciso que a população usuária conheça sobre os serviços de referência de atendimento da violência sexual e sinta-se motivada a procurá-los quando deles necessitar.

3 | SAMVVIS – SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Atualmente existem 08 (oito) SAMVVIS – Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, no Estado do Piauí, com funcionamento vinte e quatro horas por dia, em todos os dias da semana.

Os SAMVVIS estão localizados na capital Teresina, e nos municípios de Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Parnaíba, Picos e São Raimundo Nonato. Vale ressaltar que o SAMVVIS de Pedro II foi implantado em 2015, mas logo em seguida foi desativado, com apenas dois meses de funcionamento.

O serviço dispõe de um lugar específico sem identificar o setor, no sentido de garantir a privacidade durante o atendimento da vítima.

O atendimento das vítimas de violência sexual realizado no SAMVVIS é registrado em prontuário e nos mapas de atendimento diário. Já a notificação da violência é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mediante o preenchimento da Ficha de Notificação.

Vale ressaltar que a notificação da violência é obrigatória nos serviços de saúde no Brasil, através da Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, objetivando diagnosticar a violência e nortear ações para o seu enfrentamento.

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual é realizado por equipe multiprofissional de saúde, formada por psicólogos, enfermeiros, médicos,

assistentes sociais, objetivando o acolhimento da vítima, em todas as etapas da assistência, desde a admissão até o seguimento ambulatorial e cirúrgico, quando necessário. Além do protocolo de administração de medicamentos para prevenção da gravidez pós-estupro e medicamentos profiláticos para IST/AIDS, e o protocolo para o aborto legal.

As vítimas de violência sexual recebem no SAMVVIS, o protocolo de medidas específicas até 72 horas após a violência, tais como: Acolhimento à vítima e sua família; Atendimento psicossocial e de enfermagem; Consulta **médica**; Exames laboratoriais, inclusive pesquisa de espermatozoides e DNA; Coleta de vestígios; Administração de imunoglobulina; Sorologia para Sífilis e Hepatites Virais; Profilaxia das IST/AIDS; Teste de gravidez; Contracepção de emergência; Encaminhamento e agendamento de retorno; e Seguimento junto à Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual.

Após as 72 horas da ocorrência de violência sexual, as vítimas também podem procurar o SAMVVIS para receberem o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos necessários, como também os protocolos adequados nesses casos, tais como: Sorologia para HIV, Sífilis e Hepatites Virais; Teste de gravidez; Profilaxia das IST/AIDS; e Profilaxia de Hepatites.

Importante destacar que no Estado do Piauí, os SAMVVIS foram implantados para atender somente as vítimas do sexo feminino. Entretanto, os serviços existentes passaram a contemplar também o sexo masculino, exceto o SAMVVIS da Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER, localizado em Teresina.

Dessa forma, o **SAMVVIS** – Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, passa a ser conhecido também como **SAVVIS** – Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual, atendendo a todas as vítimas, independente de gênero ou idade.

4 | PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL

De 2015 a 2017 foram registrados 2.221 casos de violência sexual contra mulheres, nos SAMVVIS do Estado do Piauí.

Esse total de 2.221 casos registrados, também representa o total de mulheres vítimas de violência sexual. Entretanto, foram registrados 2.234 agressores, considerando os estupros coletivos, que ocorrem quando a vítima tem mais de um agressor.

Para elaboração deste estudo utilizou-se as variáveis: faixa etária da vítima e do agressor; grau de parentesco do agressor; local da violência; escolaridade da vítima e do agressor; cor da vítima e do agressor; e procedência da vítima.

Isto posto, o perfil da vítima e do agressor, de 2015 a 2017, apresentou-se da seguinte forma:

ANOS	Nº. CASOS	FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA					NÃO INFORMADO	TOTAL DE VÍTIMAS
		≤ 04	05 a 09	10 a 19	20 a 59	60+		
2015	644	75	111	356	97	5	0	644
2016	709	77	138	414	79	1	0	709
2017	868	81	154	519	111	3	0	868
TOTAL		233 (10%)	403 (18%)	1289 (58%)	287 (13%)	9 (1%)	0	

TABELA 01: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a faixa etária da vítima.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

De acordo com a **faixa etária da vítima**, 1.289 (58%) são crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade; 403 (18%) são crianças de 5 a 9 anos; 287(18%) são mulheres de 20 a 59 anos; 233 (10%) são crianças de até 4 anos; 09 (1%) são mulheres acima de 60 anos.

ANOS	Nº. CASOS	FAIXA ETÁRIA DO AGRESSOR					NÃO INFORMADO	TOTAL DE AGRESSORES
		≤ 04	05 a 09	10 a 19	20 a 59	60+		
2015	644	0	1	71	363	27	185	647
2016	709	1	1	102	397	32	183	716
2017	868	0	5	122	501	54	189	871
TOTAL		1 (0%)	7 (0%)	295 (13%)	1291 (58%)	113 (5%)	557 (25%)	

TABELA 02: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a faixa etária do agressor.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

De acordo com a **faixa etária do agressor**, 1.291 (58%) estão na faixa etária de 20 a 59 anos de idade; 557 (25%) não apresentam informação da faixa etária; 295 (13%) têm de 10 a 19 anos; 113 (5%) têm 60 anos ou mais; as outras faixas etárias apresentam menos de 1%.

PARENTESCO DO AGRESSOR	2015	2016	2017	TOTAL N=2234	%
AMIGO (A) / AMIGOS (AS)	4	8	20	32	1,4
AVÔ / AVÓ	11	14	20	45	2,0
BISAVÔ	-	1	1	2	0,1
COLEGA / COLEGAS / COLEGAS DA ESCOLA	2	4	4	10	0,4
COMPADRE	1	-	-	1	0,0
CONHECIDO / CONHECIDA	148	173	197	518	23,2
CUIDADOR	-	1	-	1	0,0

CUNHADO	7	8	10	25	1,1
CUNHADO DO PAI	-	-	1	1	0,0
DESCONHECIDO	92	92	87	271	12,1
ENTEADO DO PAI	-	1	-	1	0,0
ESPOSO DA PRIMA	-	1	-	1	0,0
EX-COMPANHEIRO DA AVÓ	-	1	-	1	0,0
EX-MARIDO / EX-ESPOSO / EX-CÔNJUGE / EX-COMPANHEIRO	13	9	6	28	1,3
EX-NAMORADO DA VÍTIMA	6	5	11	22	1,0
FILHO	1	-	-	1	0,0
FILHO DO PADRASTO	1	-	-	1	0,0
IRMÃO / IRMÃ	11	11	6	28	1,3
MÃE	-	1	1	2	0,1
MARIDO / ESPOSO / COMPANHEIRO / NAMORADO DA AVÓ	-	3	6	9	0,4
MARIDO/ ESPOSO / CÔNJUGE / COMPANHEIRO DA VÍTIMA	15	2	15	32	1,4
NAMORADO DA MAE	1	1	-	2	0,1
NAMORADO DA VÍTIMA	51	58	72	181	8,1
NÃO INFORMADO / IGNORADO	23	34	52	109	4,9
NETO	1	-	-	1	0,0
OUTROS PARENTES DA VÍTIMA	4	1	-	5	0,2
PADRASTO	58	70	101	229	10,3
PASTOR	2	1	-	3	0,1
PADRINHO	1	-	4	5	0,2
PAI / PAI ADOTIVO	38	56	66	160	7,2
PATRÃO	1	-	2	3	0,1
POLICIAL	2	-	-	2	0,1
PRIMO / PRIMA	31	34	43	108	4,8
PROFESSOR / INSTRUTOR / EDUCADOR FÍSICO	5	3	6	14	0,6
SOBRINHO	-	1	3	4	0,2
SOGRO DO TIO	-	1	-	1	0,0
TIO / TIA	35	37	50	122	5,5
TUTOR	1	-	-	1	0,0
VIGILANTE / MOTORISTA / FUNCIONÁRIO / DIRETOR DA ESCOLA	6	-	4	10	0,4
VIZINHO	75	84	83	242	10,8
TOTAL	647	716	871		

TABELA 03: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com o grau de parentesco do agressor.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

De acordo com o grau de **parentesco com o agressor**, a maioria dos agressores 518 (23,2%) são pessoas conhecidas da vítima; 271 agressores (12,1%) são pessoas desconhecidas; 242 (10,8%) são vizinhos; 229 (10,3%) são padrastos; 181 (8,1%) são namorados; 160 (7,2%) são os próprios pais das vítimas; 122 (5,5%)

são tios; 109 (4,9%) não são informados ou são ignorados; 108 (4,8%) são primos; 45 (2,0%) são os avós das vítimas; 32 (1,4%) são amigos; 32 (1,4%) são os próprios maridos e companheiros da vítima. Além de outros.

LOCAL DA VIOLÊNCIA	2015	2016	2017	TOTAL	%
ABRIGO FEMININO	-	2	-	2	0,1
ACADEMIA	-	-	1	1	0,0
ATRÁS DA IGREJA	-	1	-	1	0,0
CAPS	-	1	-	1	0,0
CARRO	1	1	1	3	0,1
CASA ABANDONADA / CONSTRUÇÃO	2	2	2	6	0,3
CASA DE UMBANDA	-	1	1	2	0,1
CENTRO RELIGIOSO	-	1	-	1	0,0
CEMITÈRIO	-	-	1	1	0,0
CLUBE / BAR / CHURRASCARIA	3	2	2	7	0,3
COMÉRCIO (Loja; Padaria; Lanchonete)	-	9	-	9	0,4
ESCOLA / COLÉGIO / CRECHE	10	11	33	54	2,4
ESTACIONAMENTO / ESTRADA	-	5	-	5	0,2
GINÁSIO ESPORTIVO / QUADRA DE ESPORTE	-	2	-	2	0,1
HOSPITAL / POSTO DE SAÚDE / CONSULTÓRIO MÉDICO	-	2	1	3	0,1
MATAGAL / CHAPADA	19	10	16	45	2,0
MOTEL / HOTEL / Pousada	18	12	16	46	2,1
NÃO INFORMADO / IGNORADO	30	46	59	135	6,1
ONIBUS / PARADA DE ÔNIBUS	1	1	1	3	0,1
PARQUE (Potycabana)	-	1	-	1	0,0
PENITENCIÁRIA FEMININA	2	-	-	2	0,1
PRAIA	1	-	-	1	0,0
REPARTIÇÃO / INSTITUIÇÃO PRIVADA	1	-	-	1	0,0
REPARTIÇÃO / INSTITUIÇÃO PÚBLICA	-	1	1	2	0,1
RESIDÊNCIA DA VÍTIMA	302	318	437	1057	47,6
RESIDÊNCIA DE VIZINHOS	-	1	2	3	0,1
RESIDÊNCIA DE AMIGOS	2	2	10	14	0,6
RESIDÊNCIA DE CONHECIDOS	-	1	-	1	0,0
RESIDÊNCIA DE PARENTES DA VÍTIMA	11	32	20	63	2,8
RESIDÊNCIA DE PARENTES DO AGRESSOR	-	2	1	3	0,1

RESIDÊNCIA DO AGRESSOR	114	127	146	387	17,4
RESIDENCIAL / CONDOMÍNIO	2	-	-	2	0,1
RIO / RIACHO / AÇUDE / BARRAGEM	2	1	4	7	0,3
SHOPPING / BANHEIRO DE SHOPPING	-	1	-	1	0,0
SÍTIO / ROÇA / CHÁCARA	2	2	-	4	0,2
TRABALHO DA MÃE / DO PAI DA VÍTIMA	-	-	2	2	0,1
TRABALHO DA VÍTIMA	13	2	1	16	0,7
TRABALHO DO AGRESSOR	1	-	-	1	0,0
VIA PÚBLICA / RUA / BECO	106	108	111	325	14,6
ZONA RURAL	1	1	-	2	0,1
TOTAL	644	709	868		

TABELA 04: Distribuição dos atendimentos realizados conforme o local da violência.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

De acordo com o **local da violência**, 1.057 casos (47,6%) ocorreram na própria residência das vítimas; 387 (17,4%) ocorreram na residência do agressor; 325 casos (14,6%) ocorreram em via pública, rua ou beco; 135 (6,1%) em local não informado ou ignorado; 63 (2,8%) ocorreram na residência de parentes das vítimas; 54 (2,4%) ocorreram em escolas, colégios ou creches; 46 (2%) ocorreram em um motel, hotel ou pousada; 45 (1%) ocorreram em um matagal ou chapada. Os demais locais citados não chegaram a 1%.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	ESCOLARIDADE DA VÍTIMA					N=2221	
		ALFABETIZADO	FUNDAMENTAL	MÉDIO	SUPERIOR	NÃO ALFABETIZADO	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL DE VÍTIMAS
2015	644	35	406	98	17	59	29	644
2016	709	33	505	88	17	45	21	709
2017	868	31	611	100	25	66	35	868
TOTAL		99 (4%)	1522 (68%)	286 (13%)	59 (3%)	170 (8%)	85 (4%)	

TABELA 05: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a escolaridade da vítima.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

Segundo a **escolaridade da vítima**, 1.522 vítimas (69%) fazem ou fizeram o ensino fundamental; 286 (13%) fazem ou fizeram o ensino médio; 170 (8%) não são alfabetizadas; 99 (4%) são alfabetizadas; 85 (4%) não apresentaram informação sobre a escolaridade; e 59 (3%) fazem ou fizeram ensino superior.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	ESCOLARIDADE DO AGRESSOR					SEM INFORMAÇÃO	TOTAL DE AGRESSORES
		ALFABETIZADO	FUNDAMENTAL	MÉDIO	SUPERIOR	NÃO ALFABETIZADO		
2015	644	22	72	39	14	8	492	647
2016	709	2	83	51	10	12	558	716
2017	868	4	110	59	23	16	659	871
TOTAL		28 (1%)	265 (12%)	149 (7%)	47 (2%)	36 (2%)	1709 (76%)	

TABELA 06: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a escolaridade do agressor.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

Segundo a **escolaridade do agressor**, 1.709 agressores (76%), não têm nenhuma informação sobre a escolaridade; 265 (12%) fizeram ou fazem o ensino fundamental; 149 (%) fizeram ou fazem o ensino médio; 47 (2%) fizeram ou fazem o ensino superior; 36 (2%) não são alfabetizados; e 28 (1%) são alfabetizados.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	COR DA VÍTIMA				SEM INFORMAÇÃO	TOTAL DE VÍTIMAS
		BRANCA	PARDA	PRETO			
2015	644	85	481	77	1	644	
2016	709	91	460	153	5	709	
2017	868	97	696	74	1	868	
TOTAL		273 (13%)	1637 (73%)	304 (13%)	7 (1%)		

TABELA 07: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a cor da vítima.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

Quanto à cor da vítima, 1.637 (73%) são pardas; 304 (13%) são pretas; 273 (13%) são brancas; e 07 (1%) não informaram.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	COR DO AGRESSOR				SEM INFORMAÇÃO	TOTAL DE AGRESSORES
		BRANCA	PARDA	PRETO			
2015	644	49	248	67	283	647	
2016	709	66	231	109	310	716	
2017	868	112	431	82	246	871	
TOTAL		227 (10%)	910 (41%)	258 (11%)	839 (38%)		

TABELA 08: Distribuição dos atendimentos realizados de acordo com a cor do agressor.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

Quanto à **cor do agressor**, 910 (41%) são pardos; 839 (38%) não tem nenhuma informação sobre a cor; 258 (11%) são pretos; e 227 (10%) são brancos.

ANOS	Nº DE CASOS POR ANO	PROCEDÊNCIA DA VÍTIMA			TOTAL DE ATENDIMENTOS
		CAPITAL / MUNICÍPIOS COM SAMVVIS	OUTROS MUNICÍPIOS	OUTROS ESTADOS	
2015	644	362	274	8	644
2016	709	328	374	7	709
2017	868	410	447	11	868
TOTAL		1100 (50%)	1095 (49%)	26 (1%)	

TABELA 09: Distribuição dos Casos de violência Sexual de acordo com a procedência da vítima.

Fonte: SESAPI / COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

Quanto à **procedência das vítimas**, 1.100 (50%), são procedentes de municípios onde há SAMVVIS; 1.095 (49%) são procedentes de municípios do interior do Estado onde não há SAMVVIS; e 26 (1%) são procedentes de outros Estados.

4.1 Resultado da pesquisa

Segundo a faixa etária, a maioria das vítimas, 1.289 (58%) são crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade, e a maioria dos agressores, 1.291 (58%) tem de 20 a 59 anos de idade;

Segundo o grau de parentesco da vítima com o agressor, a maioria dos agressores 518 (23,2%) são pessoas conhecidas das vítimas;

Segundo o local da violência, a maioria dos casos, 1.057 (47,6%), ocorreu na própria residência das vítimas;

Segundo a escolaridade, 1.522 vítimas (69%), fazem ou fizeram o ensino fundamental e 1.709 agressores (76%), não têm nenhuma informação sobre a escolaridade;

Segundo a cor, a maioria das vítimas, 1.637 (73%), são pardas e a maioria dos agressores, 910 (41%), são pardos;

Segundo a procedência das vítimas, 1.100 (50%) são procedentes de municípios do Estado do Piauí onde há SAMVVIS, são eles: Teresina, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Parnaíba, Picos ou São Raimundo Nonato.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que além dos casos aqui apresentados, podem existir outros que por razões diversas não aparecem nas estatísticas. Muitas vítimas deixam de procurar atendimento por medo, vergonha e até mesmo por desconhecer

os serviços existentes.

A violência sexual é um crime clandestino e subnotificado, praticado contra a liberdade sexual da mulher. Dessa forma, é difícil para quem sofreu tal crime, procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia.

Portanto, em casos de violência sexual, a vítima deve ser orientada a procurar o serviço de saúde referência no atendimento da violência sexual, além das Delegacias de Polícia e no caso de crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar.

Vale lembrar que a violência sexual pode ser praticada contra mulheres, homens, idosos, crianças e adolescentes. É preciso combater este crime!

No Estado do Piauí, os SAMVVIS estão disponíveis nos seguintes locais de atendimento:

TERESINA

Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER (atende somente o sexo feminino)

Tel.: (86) 3228-1605

BOM JESUS

Hospital Regional Manoel de Sousa Santos – HRMSS

Tel.: (89) 3562-1404 / (89) 99997-5003

CAMPO MAIOR

Hospital Regional de Campo Maior – HRCM

Tel.: (86) 3252-1372

CORRENTE

Hospital Regional João P. Cavalcante – HRJPC

Tel.: (89) 3573-2307

FLORIANO

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

Tel.: (89) 3522-1489 / (89) 3522-1333

PARNAÍBA

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA

Tel.: (86) 3323-7188 / (86) 3323-7192

PICOS

Hospital Regional Justino Luz – HRJL

Tel.: (89) 3422-1224 / (89) 3422-1314

SÃO RAIMUNDO NONATO

Hospital Regional Senador Candido Ferraz - HRSCF

Tel.: (89) 3582-1413 / (89) 98136-3667

Para denunciar a violência contra a mulher, ligue 180.

Para denunciar a violência contra crianças e adolescentes, ligue 100.

AGRADECIMENTOS

- À Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI
- À Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SUPAT
- À Diretoria da Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde – DUVAS
- À Gerência de Atenção à Saúde – GAS
- À Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher
- Aos SAMVVIS de Teresina, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Parnaíba, Picos e São Raimundo Nonato.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 12.845 de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm> Acesso em: 13/05/2019.

_____. **Lei Nº 10.778 de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm> Acesso em 13/05/2019.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** 1ª edição. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília – DF, 2011.

OLIVEIRA, Márcia Rovená de. **Violência sexual.** In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth & MENEGHEL (Org.). Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 422 p.

PACIENTES QUE REALIZARAM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO NO HU-UFPI

Ester Martins Carneiro

Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Teresina-PI

Natália Rodrigues Darc Costa

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Mikaela Maria Baptista Passos

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Luana Gabrielle de França Ferreira

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Jocélia Resende Pereira da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Antônio Quaresma de Melo Neto

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Adrielle Martins Monteiro Alves

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Claudeneide Araujo Rodrigues

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Thyara Maria Stanley Vieira Lima

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

Francelly Carvalho dos Santos

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Piauí – UFPI
Teresina - Piauí

RESUMO: As doenças cardiovasculares têm sido responsáveis por 30% dos óbitos nas últimas décadas, destacando-se a Doença Arterial Coronariana. Dentre as cirurgias cardíacas mais realizadas no tratamento desse agravo, está a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), a fim de minimizar os sintomas, otimizar função cardíaca e aumentar a sobrevivência. Objetivo: Identificar aspectos sociodemográficos, clínicos e tempo de internação dos pacientes que realizaram CRVM no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI). Métodos: Estudo transversal, descritivo e retrospectivo envolvendo indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca no período de março de 2015 a dezembro de 2016 no HU-UFPI. Foram consideradas variáveis sociodemográficas, clínicas e o tempo de internação contido em prontuários on-line e impressos. Para a análise estatística, utilizou-se o programa Statistical

Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Foi feita a caracterização descritiva, comparativa e de correlação utilizando um intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$. Resultados: Foram realizadas 67 CRVM, sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino (65,7%), com uma média de idade de $63,8 \pm 9,2$ anos (27 a 78 anos), de cor parda (91%), casado (70,1%) e natural do interior do Piauí (71,6%). A maior parte possuía outros diagnósticos (46 pacientes). O tempo total de internação foi de 22 dias, sendo que 6 pacientes evoluíram para o óbito. Conclusão: Os indivíduos submetidos à CRVM apresentaram características sociodemográficas e clínicas semelhantes aos de outras instituições. Estudos epidemiológicos como este permitem uma avaliação do serviço ofertado e o planejamento de estratégias para otimização da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia cardíaca; revascularização do miocárdio; perfil epidemiológico.

PATIENTS WHO CARRIED OUT MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERY IN HU-UFPI

ABSTRACT: Cardiovascular diseases have been responsible for 30% of deaths in the last decades, especially Coronary Artery Disease. Among the most accomplished cardiac surgeries in the treatment of this condition is myocardial revascularization surgery (CRVM), in order to minimize symptoms, optimize cardiac function and increase survival. Objective: To identify sociodemographic, clinical and hospitalization time of patients who performed CRVM at the University Hospital of the Federal University of Piauí (HU-UFPI). Methods: A cross-sectional, descriptive and retrospective study involving individuals submitted to cardiac surgery from March 2015 to December 2016 at HU-UFPI. Sociodemographic, clinical variables and the length of hospitalization contained in online and printed charts were considered. For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 was used. Descriptive, comparative and correlation characterization was performed using a 95% confidence interval and $p < 0.05$. Results: A total of 67 CRVMs were performed, with the majority of male patients (65.7%), with a mean age of 63.8 ± 9.2 years (27 to 78 years), of brown color (91%), , married (70.1%) and from the interior of Piauí (71.6%). The majority had other diagnoses (46 patients). The total length of hospital stay was 22 days, with 6 patients evolving to death. Conclusion: Individuals who underwent CABG showed sociodemographic and clinical characteristics similar to those of other institutions. Epidemiological studies such as this allow an evaluation of the service offered and the planning of strategies to optimize care.

KEYWORDS: cardiac surgery; revascularization of the myocardium; epidemiological profile.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares

(DCV) são a principal causa de morte no mundo, o que representa no Brasil 30% da mortalidade nas últimas décadas. Tal ocorrido é reflexo do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do maior tempo de exposição aos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (MASSA et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2018).

A doença arterial coronariana (DAC) é a forma mais comum de DCV, sendo apontada como uma das maiores causas de morbimortalidade na população adulta e principal responsável por incapacidade em idosos. A DAC tem etiologia complexa, devendo-se principalmente a uma combinação de predisposição genética e fatores de risco tradicionais. Estes incluem diabetes tipo II, dislipidemia, hipertensão arterial e tabagismo (ARANTES et al., 2018; MARTINEZ; OKOSHI, 2018).

Os diferentes sintomas que podem se manifestar no surgimento das doenças do coração são caracterizados como cansaço, dor no peito, formigamento em membros superiores e dispnéia. Contudo, as doenças cardiovasculares podem ser assintomáticas, surgindo, como primeira manifestação, a morte súbita ou em forma de um infarto agudo do miocárdio. Neste sentido, prevenir estas doenças ainda constitui como uma medida salvadora de vidas, mesmo com todos os avanços conseguidos pela medicina para terapêutica das doenças cardíacas (WAINSTEIN; WAINSTEIN, 2012).

A cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) é considerada a terapia padrão-ouro, recomendada para pacientes com angina instável e altos níveis de oclusão coronariana. Tal procedimento é considerado o mais clássico e difundido para a revascularização nas últimas décadas e desempenha um papel essencial no tratamento da DAC, pois visa a redução dos sintomas anginosos, melhora da capacidade física e qualidade de vida, além de aumentar a sobrevida, sobretudo dos pacientes com maior risco cardiovascular (ARAÚJO et al, 2017; DONG et al, 2018).

O Hospital Universitário da UFPI (HU-UFPI) é considerado referência nesse tipo de procedimento, contando com uma equipe completa e capacitada. A cirurgia cardíaca no HU-UFPI iniciou-se no ano de 2015, com o propósito de qualificação da alta complexidade em cardiologia. Neste sentido, a linha de cuidado cardiovascular foi criada e incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, diagnósticas, curativas e de reabilitação, proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.

Neste contexto, observa-se a necessidade de investigação do perfil da população atendida para melhor compreender os fatores que interferem na evolução e melhorar a qualidade da assistência aos pacientes. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e tempo de internação dos pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no HU-UFPI.

2 | MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, descritivo, analítico e retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no HU-UFPI, no período de março de 2015 a dezembro de 2016. A coleta de dados foi realizada no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) Versão 6.x. Foram coletados dados sociodemográficos como idade, sexo, cor, estado civil, naturalidade, escolaridade e dados como diagnóstico clínico, tipo de cirurgia, tempo de internação e óbitos.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis foram descritas por meio de média, mediana, desvio padrão e por meio de porcentagem. Foi realizada uma caracterização descritiva, comparativa e de correlação utilizando um intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$.

O sigilo da identidade de cada paciente pesquisado foi garantido e a pesquisa foi realizada apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética do HU-UFPI (Parecer nº 1.847.118).

3 | RESULTADOS

Neste estudo foram analisados os prontuários dos primeiros 137 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca entre março de 2015 a dezembro 2016. Foram realizadas 67 cirurgias de revascularização do miocárdio, sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino, com uma média de idade de 63,8 anos, de cor parda, casado e natural do interior do Piauí. A maior parte possuía outros diagnósticos. O tempo total de internação foi de 22 dias, sendo que 6 pacientes evoluíram para o óbito (Tabela 1).

Variáveis	%
SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo masculino	65,7%
Idade	63,8 ± 9,2
Cor parda	91%
Casado	70,1%
Naturalidade interior – PI	71,6%
Escolaridade 1º grau in/completo	61,2%
Outros diagnósticos	68,7%
Tempo de internação pré-operatória	10,3 ± 7,3*
Tempo de internação pós-operatória	11,4 ± 11,9**
Tempo de internação hospitalar	22,0 ± 14,2***
Óbitos	9%

4 | DISCUSSÃO

De Sousa et al (2018), destaca que os estudos epidemiológicos apresentam um significado muito importante no meio científico, pois trazem um panorama situacional em saúde e permitem a elaboração de políticas públicas e estratégias para o combate ou controle de doenças. A CRVM é uma das cirurgias cardíacas mais realizadas em todo o mundo, fato já relatado em diversos artigos, que mostraram maior frequência de CRVM quando comparada a outros procedimentos, como troca ou plastia de válvulas e correção de aneurisma de aorta.

No estudo em questão, houve prevalência de indicação da CRVM a uma população masculina, casada e mais idosa, corroborando com a literatura atual. Rosier et al (2017), observou que entre os indivíduos que realizaram a cirurgia de CRVM num hospital filantrópico de Salvador, 121 (71,6%) eram do sexo masculino, 70% casados e com idade média de $63,78 \pm 9,06$ anos, em sua maioria idosos (58,1%). Dos 63 participantes do estudo observacional, de coorte transversal de Gois et al (2018), desenvolvido em um hospital beneficente localizado em Aracaju, a média de idade foi 58.2 ± 13 anos, a maioria era do sexo masculino (60.3%) e casados (81%).

Quanto à cor, o presente estudo revelou maioria de cor parda e advindos do interior do estado do Piauí. Viana (2018), por pesquisa do tipo observacional e longitudinal realizada no Hospital do Coração Padre José Linhares Pontes, com amostra constituída por casos de internação pós CRVM, dos 148 pacientes selecionados, 93,2% se autodeclararam de cor branca. Sahan et al (2018), em sua pesquisa, dos 150 prontuários de pacientes atendidos no HC/UFU com diagnóstico de IAM, destaca 54% brancos. Pardo, na definição do manual é uma mistura de cor, ou seja, é uma pessoa gerada a partir de alguma miscigenação, seja ela “mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça”. Sem dúvida são pardos os filhos de indivíduos brancos (ou indígenas) com pretos – afrodescendentes (WESCHENFELDER; SILVA, 2018). Talvez pelo fato de as pessoas não se considerarem nem brancas e nem pretas, e assim seria mais fácil um “meio termo” entre os dois, visto a real miscigenação do país, e com destaque para o estado do Piauí.

Quanto à procedência, Marques et al (2018) verificaram em seu estudo envolvendo pacientes assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Maranhão no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, após CRVM, que de um total de 47, a maioria procedia do interior do Estado do Maranhão (53,2%). Santos et al (2018) defende que saber a procedência dos indivíduos que realizam cirurgia cardíaca é importante, pois se observa de uma forma empírica

o atendimento significativo de pacientes procedentes de outras regiões, onde se encontra uma tendência na assistência hospitalar, da população interiorana se deslocando para região central.

A maior parte da pesquisa atual possuía outros diagnósticos (46 pacientes), corroborando com outros estudos recentes que defendem que a grande maioria dos pacientes submetidos a CRVM têm outros diagnósticos além da Doença Arterial Coronariana. Makiniks e Gallina (2018) mostram que dentre os 26 pacientes analisados, 77% eram hipertensos, 38% eram diabéticos e 61% apresentavam doença renal crônica. Na pesquisa realizada por Esplendori, Costa e De Souza-Talarico (2018), de abordagem quantitativa, transversal e prospectiva, realizada em unidades de internação de um hospital público especializado em cardiologia, na cidade de São Paulo, eles mostraram que 91-86,7% dos 105 pacientes analisados pós CRVM eram portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

Em pesquisa de coorte prospectiva realizada por Dos Santos et al (2018), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário de Canoas, foi constatado tempo internação pós CRVM de 13,5 (10-20) dias, levando-se em conta 90 pacientes. E o estudo de Maia (2018), do tipo randomizado controlado, cego, feito no Hospital Universitário Francisca Mendes, vinculado à Universidade Federal do Amazonas, concluiu que dos 50 pacientes analisados, o tempo de internamento pós-operatório foi de 6,5 (entre 5 a 8 dias). Em estudo observacional, de corte transversal, realizado no Hospital Geral Universitário no município de Cuiabá-MT, De Sousa et al (2018), com 47 pacientes em indicação de cirurgia eletiva de CRM no período de agosto/2014 a maio/2015, mostrou um tempo médio de hospitalização pós operatória de $8,0 \pm 1,8$. Isso mostra que a pesquisa em questão, realizada no estado do Piauí, está condizente com a literatura atual no que diz respeito ao tempo médio de internação pós-operatória de 8 dias, porém um tempo total de internação de 20 dias (em média).

Marques et al (2018) e Da Silva et al (2017) destacam que o tempo de internação pré-operatório relativamente elevado pode ter ocorrido para alcançar a estabilização clínica antes da cirurgia ou pode ter ocorrido ainda uma demora para a realização do procedimento cirúrgico agravando-se o quadro, uma realidade no sistema público de saúde brasileiro. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes residia no interior refletindo maior dificuldade de acesso às ações médicas específicas o que pode levar ao agravamento do quadro clínico.

No estudo retrospectivo observacional de Makiniks e Gallina (2018), no qual foi selecionada uma amostra de 26 pacientes maiores de 65 anos submetidos à CRVM no HONPAR (Hospital Norte Paranaense) no período de janeiro a março de 2016, 8 pacientes desenvolveram lesão renal aguda (30,7% dos pacientes) e destes, 6 evoluíram a óbito. A taxa de mortalidade intra-hospitalar total pós-operatória encontrada foi 23%. E o estudo observacional feito por Fusatto et al (2018) com pacientes submetidos à CRVM, realizado na UTI do Hospital de Clínicas

da Universidade Estadual de Campinas, mostrou que dos 19 (48,71%) dos pacientes foram a óbito.

5 | CONCLUSÃO

Os indivíduos submetidos a CRVM apresentaram características sociodemográficas e clínicas semelhantes aos de outras instituições. Estudos epidemiológicos como este permitem uma avaliação do serviço ofertado e o planejamento de estratégias para otimização da assistência.

REFERÊNCIAS

ARANTES, E. C. et al. Programa educativo para pacientes com doença arterial coronariana: resultados após um ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 313-320, 2018.

ARAÚJO, H. V. S. et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 273-281, 2017.

DA SILVA, J. R. P. et al. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em Hospital Universitário do Piauí. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 3, 2017.

DE SOUSA, A. R. et al. Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós-revascularização miocárdica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, 2018.

DONG, L.; KANG Y. K.; AN, X. Resultados clínicos de curto e médio prazo após revascularização coronariana híbrida vs. revascularização miocárdica sem circulação extracorpórea: uma metanálise. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 4, p. 321-330, 2018.

DOS SANTOS, L. J. et al. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 437-443, 2017.

ESPLENDORI, G. F.; COSTA, A. L. S.; DE SOUZA-TALARICO, J. N. Relação entre estresse percebido com coping e estressores de pacientes em pré-operatório de revascularização miocárdica. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2018.

FUSATTO, H. A. G. et al. Fatores associados à disfunção pulmonar em pacientes revascularizados e com uso de balão. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2018.

GOIS, C. F. L. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas depressivos e senso de coerência de coronariopatas. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, 2018.

MAIA, G. C. **Influência do threshold® na capacidade funcional, respiratória e qualidade de vida nos idosos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio**. 2018. Tese de Doutorado. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

MAKINIKS, N. C.; GALLINA, L. E. G. Análise de mortalidade hospitalar em pacientes idosos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Uningá**, v. 55, n. S2, p. 90-95, 2018.

MARQUES, M. J. S. et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes submetidos à utilização de marca-passo no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 3, 2018.

MARTINEZ, P. F.; OKOSHI, M. P. Risco Genético em Doença Arterial Coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 62-63, 2018.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019.

NASCIMENTO, B. R. et al. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do “Global Burden of Disease”, 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.

ROSIER, G. L. et al. Revascularização Miocárdica e Troca Valvar: Comparação no Perfil dos Indivíduos. **Revista Saúde HIS**, v. 3, p. 46-50, 2017.

ŞAHAN, C. et al. Efeitos das alterações no oxigênio cerebral durante cirurgia de revascularização do miocárdio sobre a disfunção cognitiva no pós-operatório em pacientes idosos: estudo piloto. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 68, n. 2, p. 142-148, 2018.

SANTOS, V. M. et al. Capacidade Funcional e Força Muscular de Pacientes Submetidos à Revascularização do Miocárdio. **Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 1, p. 45-49, 2018.

VIANA, P. A. S. et al. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. **SANAR E-Revista de políticas Públicas**, v. 17, n. 1, 2018.

WAINSTEIN M.V.; WAINSTEIN, R.V. Prevenção da doença isquêmica do coração: o que é mais importante? **Revista HCPA**, v. 32, n. 3, p. 387-388, 2012.

WESCHENFELDER, V. I.; SILVA, M. L. A cor da mestiçagem: o pardo e a produção de subjetividades negras no Brasil contemporâneo. **Análise Social**, n. 227, p. 308-330, 2018.

PERFIL DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA – CE

Francisco das Chagas Dourado de Barros

Especialista em Vigilância e Controle de Endemias pela Escola de Saúde Pública – ESPCE
Fortaleza-CE

Adriano Rodrigues de Souza

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza – UFC/UECE/ UNIFOR
Fortaleza-CE

Kelly Monte Sousa

Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará UFC
Fortaleza-CE

RESUMO: Os animais considerados peçonhentos produzem e inoculam substâncias tóxicas mediante estrutura para injetá-lo na sua presa ou predador. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública são definidos como aqueles que causam acidentes de acordo com a importância do acidente, classificado em leve, moderado e grave. Em agosto de 2010, este agravo foi incluído na lista de notificação de doença compulsória (LNC) do Brasil, publicada na Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Os acidentes por animais peçonhentos, considerado como agravo negligenciado no mundo aponta um crescente

a cada ano. No Brasil, perdura em todos os estados, principalmente na Região Nordeste. Os escorpiões e serpentes são os animais de importância médica que apresentam destaque em relação ao grupo de animais peçonhentos. No Estado do Ceará entre 2008 a 2017, foram contabilizados 35.850 acidentes segundo o Ministério da Saúde (MS), além de 63 óbitos. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) considerando o período de 2015 a 2018, o município de Caucaia ocupa a segunda posição restando 1048 casos em relação ao agravo no estado, seguidamente do município de Fortaleza. As causas que estimulam o avanço das notificações são: atividades de trabalho no campo, condições econômicas da população menos favorecida, que vivem em locais inadequados e que inúmeras ocasiões faltam acesso a informações sobre o agravo; outro fator é a condição ecológica destes animais, as modificações no biótopo pode ocasionar a evasão destes seres para outro ambiente em busca de abrigo e alimento.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde, Animais Venenosos, Perfil de Saúde.

ABSTRACT: Animals considered venomous produce and inoculate toxic substances by structure to inject it into their prey or predator. Poisonous animals of public health interest are

defined as those that cause accidents according to the importance of the accident, classified as mild, moderate and severe. In August 2010, this aggravation was included in Brazil's compulsory disease notification list (LNC), published in Ordinance No. 2,472 of August 31, 2010. Accidents involving venomous animals, considered a neglected disease in the world, point to a growing every year. In Brazil, it persists in all states, mainly in the Northeast Region. Scorpions and snakes are the animals of medical importance that stand out in relation to the group of venomous animals. In the State of Ceará between 2008 and 2017, 35,850 accidents were recorded according to the Ministry of Health (MS), in addition to 63 deaths. According to the SINAN reporting system, considering the period from 2015 to 2018, the municipality of Caucaia occupies the second position, retaining 1048 cases in relation to the aggravation in the state, followed by the municipality of Fortaleza. The causes that stimulate the advance of the notifications are: work activities in the field, economic conditions of the less favored population, that live in inadequate places and that numerous occasions lack access to information about the aggravation; another factor is the ecological condition of these animals, modifications in the biotope can cause the escape of these beings to another environment in search of shelter and food.

KEYWORDS: Health Assessment, Poisonous Animals, Health Profile.

1 | INTRODUÇÃO

Demonstrando evidencia considerável, os acidentes por animais peçonhentos vêm fortalecendo-se anualmente em todo o Brasil, sobretudo em regiões de grandes cidades. Os animais considerados peçonhentos produzem e inoculam substâncias tóxicas através de aparato para injetá-lo na sua presa ou predador.

Em agosto de 2010, este agravo foi incluído na Lista de Notificação de Doença Compulsória (LNC) do Brasil, publicada na Portaria N° 2.472 de 31 de agosto de 2010 (ratificada na Portaria N° 204, de 17 de fevereiro de 2016) (BRASIL, 2016b). Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública são definidos como aqueles que causam acidentes de acordo com a importância do acidente, classificados em leve, moderado e grave. Os principais acidentes têm sido cometidos pelos escorpiões do gênero *Tityus*, descritos como responsáveis pelo escorpionismo, apresentando-se com relevante números de casos acerca de outros animais peçonhentos e venenosos no Brasil (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016a).

No Brasil o conjunto de animais peçonhentos de importância médica são serpentes do gênero *Bothrops*, *Lachesis*, *Crotalus*, *Micrurus*, bem como as aranhas do gênero *Loxocoles*, *Phoneutria* e *Latrodectus*, escorpiões do gênero *Tityus*, como as lagartas *Lonomia*, assim como insetos com nome popular abelha e potó, inclusive peixes e celenterados descritos popularmente como arraia e caravela (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) esclarece que a intoxicação por animais peçonhentos, principalmente picada de serpentes e escorpiões, é classificada como

agravo negligenciado em saúde pública. A distribuição das serpentes venenosas está presente em todo mundo, os escorpiões decorrem particularmente nos extremos da África, Oriente Médio, estados sulistas dos Estados Unidos, México e parcelas da América do Sul e o subcontinente indiano (WHO, 2007).

Os fatores que estimulam o surgimento de acidente por animais peçonhentos são: atividades de trabalho no campo, condições econômicas da população menos favorecida, que vivem em locais inadequados e que inúmeras ocasiões faltam acesso a informações sobre o agravo; outro fator é a condição ecológica destes animais, as modificações no biótopo podem ocasionar a evasão destes seres para outros ambiente em busca de abrigo e alimento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017a).

Há uma estimativa que as picadas de serpentes e escorpiões, somem anualmente 6 milhões de acidentes em seres humanos no mundo. No Brasil no período entre 2008 a 2017, identifica-se através de dados secundários que houve 1.536.455 acidentes por animais peçonhentos, a região Nordeste apresentou (31,77%), junto das demais áreas do território brasileiro como: Sudeste (34,97%), Norte (9,74%), Centro-Oeste (5,33%) e Sul (18,19%). Observa-se que a incidência está acentuada na região sudeste, seguida do nordeste do país. Em número de óbitos a região do Nordeste foi a que mais apresentou registros, (Tabela 1) (WHO, 2007; BRASIL, 2017b).

Região	POPULAÇÃO	CASOS	INCIDÊNCIA	ÓBITOS
Região Norte	16.577.451	149.611	90,2	495
Região Nordeste	54.874.112	488.202	89,0	1001
Região Sudeste	83.079.940	537.348	64,7	712
Região Sul	28.362.716	279449	98,5	196
Região Centro-Oeste	14.712.987	81.845	55,6	247
Brasil	197.648.402	1.536.455	77,7	2.651

Tabela 1 - Situação Epidemiológica dos acidentes por animais peçonhentos no BRASIL, entre 2008 a 2017.

Fonte: SINAN/SVS/MS/IBGE

*Dados sujeitos à revisão. Incidência/100.000 habitantes.

No Estado do Ceará, conforme informações de origem do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no intervalo entre 2007 a 2015 ocorreram 26.768 acidentes por animais peçonhentos. Acidentes por escorpiões predominaram com 17.324 notificações, seguido do evento por serpente com 5.959 casos. Outro sinal que serve de alerta são os óbitos descritos: 53 no total, ou seja, 30 por serpente, 14 por escorpiões, cinco através de aranha e quatro por meio de abelha (CEARÁ, 2016). A partir deste relato passamos a nos questionar: Quem são acometidos por acidentes peçonhentos em Caucaia? Desta forma, este trabalho destina descrever o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos do município de

Caucaia no período de janeiro de 2015 a maio de 2018.

Por meio de conhecimento consistente, o município de Caucaia poderá traçar planejamentos operativos, compreendendo ações preventivas e de controle no tocante ao agravo, até mesmo, potencializando o tratamento aos pacientes vítimas de acidentes por animais peçonhentos que venha ocorrer na região.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico será descritivo com análise sobre a distribuição das notificações relativas ao agravo CID 10 - X, utilizando dados secundários, com abordagem quantitativa, relativamente ao município de Caucaia que dispõe de um contingente populacional de 363.982 habitantes, segunda maior do estado do Ceará, ficando atrás apenas do município limítrofe, Fortaleza. Caucaia, possui climas Tropical Quente Semi-árido Brando, Tropical Quente Sub-úmido, Tropical Quente Úmido; com pluviosidade de 1243,2mm e períodos chuvosos de janeiro a maio.

A coleta ocorreu no período de abril de 2019, através dos dados coletados junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ícone acidente com animais peçonhentos e tabulados e analisados através do software Microsoft Office Excel 2010.

A amostra foi composta pelos acidentes ocorridos no intervalo janeiro de 2015 a dezembro de 2018, exibindo variáveis como: sexo, faixa etária, população gestante, zona de ocorrência do acidente, tempo decorrido entre picada e atendimento, local da picada, manifestações locais e sistêmicas principal animal agressor, especificando os tipos de acidentes como: serpente, aranha e lagarta, classificação do caso, sobre a utilização de soroterapia e sua especificidade em número de ampolas utilizadas, acidente relacionado ao trabalho, evolução do caso, além de descrever o período do ano com maior ocorrência de casos em relação ao agravo, sendo respeitados os preceitos éticos da pesquisa.

O estudo seguiu os preceitos da lei nº 466/2012.

3 | RESULTADOS

Em Caucaia entre o período de 2015 a dezembro de 2018 foram registrados 1.048 casos de acidentes por animais peçonhentos, nota-se anualmente um aumento expressivo em número de casos, com média de 262 registros por ano. No município de Caucaia foram notificados 42,22% (456) dos casos estudados no período. As demais fontes notificadoras ocorreram no município de Fortaleza 53,44% (560), São Gonçalo do Amarante 2,77% (29), Maracanaú 0,09% (1), Itaitinga 0,09% (1) e Barbalha 0,09% (1).

O ano de maior incidência, foi o de 2018 com 115,95, seguido de 2017 com 88,79, após 2016 indicando 63,01 e 2015 com 24,89. Considerando, número de

casos, pela população dos respectivos anos (362.223, 358.164, 353.932 e 349.526), fator de multiplicação por 100.000.

Quando apreciamos sobre o campo sexo, 57,16% (599) dos casos foram do sexo feminino, quanto a relação idade as faixas etárias de 20 a 34 e 35 a 49 anos juntas agregam 49,90% (523), como retrata na figura 01.

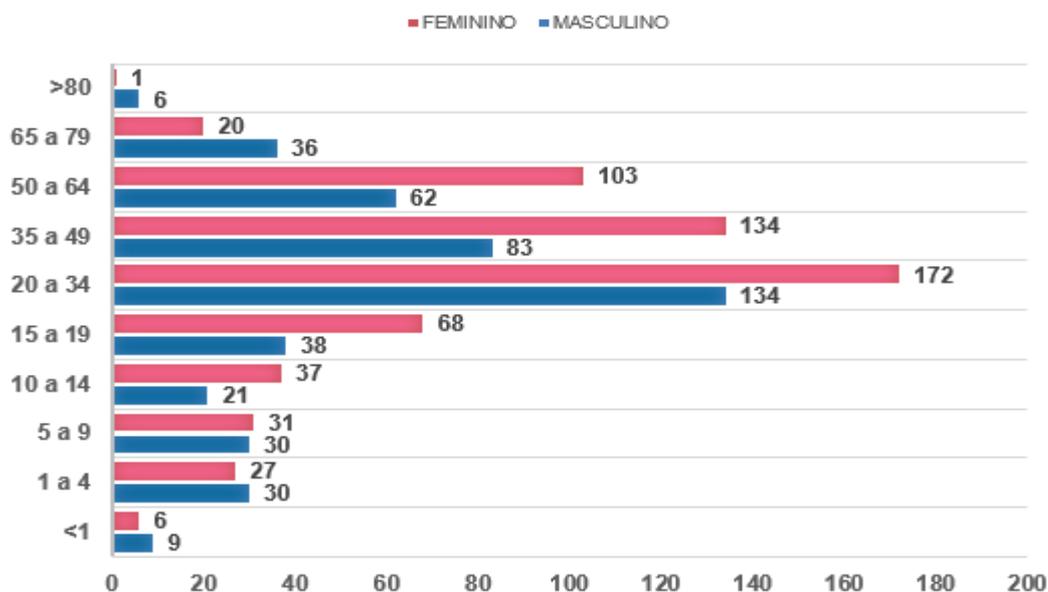


Figura 1 – Distribuição dos casos de acidentes por animais peçonhentos por sexo e faixa etária no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Quanto ao tipo de acidente, os escorpiões apresentaram maior relevância com 78,10% (819) ocorrências, serpentes 4,58% (48) e aranha 4,58% (48) conforme apresentado na Tabela 2.

Distribuição dos tipos de acidentes	2015	2016	2017	2018	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Serpente	2 (2,30%)	17 (7,62%)	19 (5,97%)	10 (2,38%)	48 (4,58%)
Aranha	2 (2,30%)	9 (4,04%)	20 (6,29%)	17 (4,05%)	48 (4,58%)
Escorpião	82 (94,25%)	174 (78,03%)	234 (73,58%)	329 (78,33%)	819 (78,15%)
Lagarta	-	5 (2,24%)	1 (0,31%)	4 (0,95%)	10 (0,95%)
Abelha	1 (1,15%)	11 (4,93%)	32 (10,06)	48 (11,43%)	92 (8,78%)
Outros	-	7 (3,14%)	9 (2,83%)	12 (2,86%)	28 (2,67%)
Ignorado	-	-	3 (0,94%)	-	3 (0,29%)
Total (n)	87	223	318	420	1048

Tabela 2 – Distribuição dos casos de acidentes por animais peçonhentos por tipo de ocorrência no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Devido à possibilidade de complicações no período gestacional devido ao veneno de grupo específico por animais peçonhentos, foram observados no período estudado um total de 07 gestantes que sofreram picada por escorpiões, para esse grupo específico todas evoluíram para cura, sem apresentar complicações locais, detalhe na figura 02.

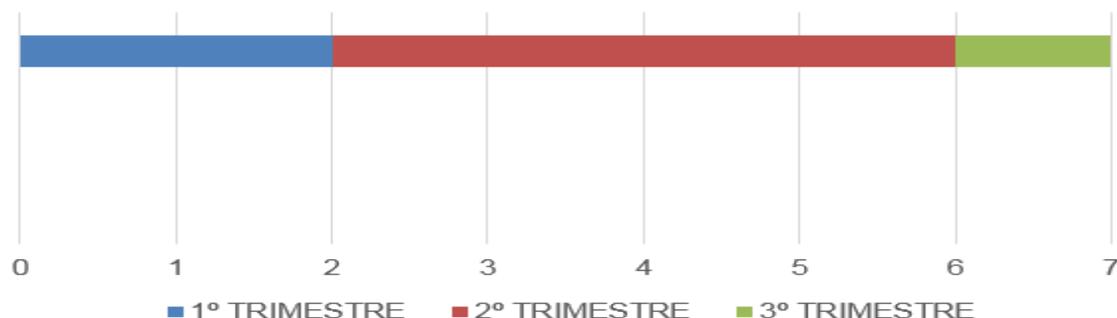


Figura 2 – Distribuição dos casos de acidentes por animais peçonhentos em relação ao campo gestante no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

No que diz respeito à zona de ocorrência sobre acidentes por animais peçonhentos, verifica-se que 91,35% (950) dos casos decorreram na extensão urbana do município, com domínio dos registros ligados aos escorpiões. Na área rural foram notados que houve 70 notificações, subdividido em 41,43% (29) escorpião, 22,86% (16) abelha, 15,71% (11) serpente, 14,29% (10) aranha, 4,29% (03) informados como outros animais e 1,43% (01) relativo à lagarta, representado na figura 3.

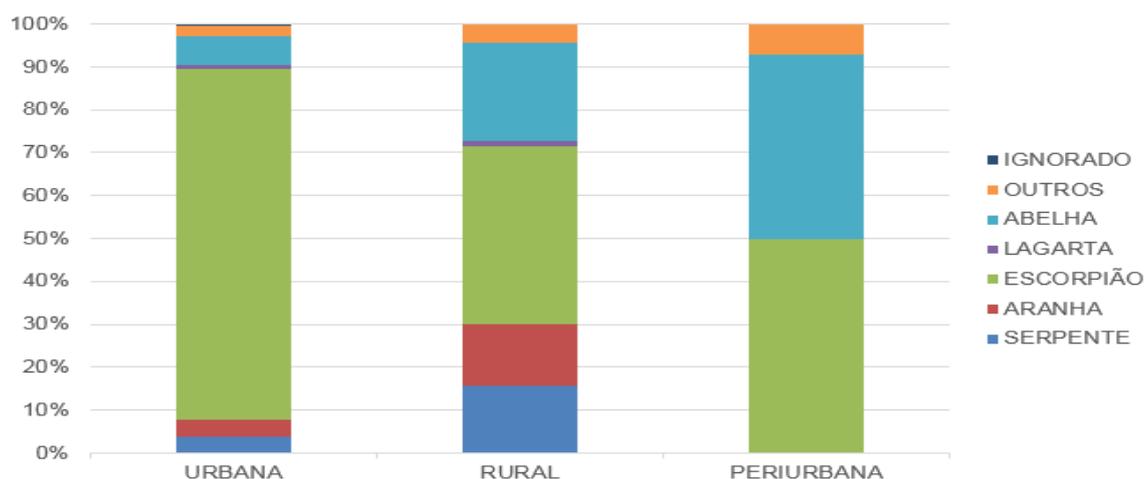


Figura 3 – Distribuição dos casos de acidentes por animais peçonhentos por zona de ocorrência relacionado ao tipo de acidente no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Embora o município de Caucaia ainda não desfrute de equipamento estruturado para soroterapia, foi observado que 53,44% (560) dos atendimentos médicos foram

realizados no município de Fortaleza por meio do Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza - CEATOX, cujo serviço está inserido no estabelecimento, Instituto Dr. José Frota – IJF.

A respeito dos tipos de acidentes ofídicos, os casos associados ao acidente do gênero *Bothrops* em que a jararaca está inserida, apresentou no intervalo investigado 4,17% (02), para animais do gênero *Crotalus* na qual a cascavel está posta, exibiu 8,33% (04), prontamente a relação à família *Elapidae*, em que se insere a espécie coral-verdadeira, apresentou 6,25% (3), serpentes do gênero *Lachesis*, ou seja, espécie intitulada como surucucu-pico-de-jaca, não houve registros, porém, nota-se que 64,58% (31) das notificações está descrita ao tipo de acidente de serpentes não peçonhentas e 16,67% (8) está considerado com o campo ignorado.

Os acidentes do tipo aranha, apresenta 8,33% (04) para *Phoneutria*, conhecida popularmente como armadeira, já para *Loxosceles* 12,52% (06) casos estão vinculados a aranha-marrom, o gênero *Lactrodectus* apresentou 4,17% (02) registros, para o campo outra aranha e ignorado, respectivamente apresentaram 35,42% (17) e 39,58% (19) casos.

Para o acidente notado a lagarta, os dados mostram que 40% (04) dos casos foram para categoria lagartas lonomia, 20% (02) registros informam para o campo outra lagarta e 40% (04) está descrito como ignorado.

Foi analisado sobre o local da picada, que o pé foi o local mais registrado com 25,10% (263), seguido da mão 19,08% (200), dedo da mão 17,27% (181), cabeça 7,06% (74), tronco 6,97% (73), perna 6,49% (68), braço 4,68% (49), coxa 4,29% (45), dedo do pé 4,20% (44), ante-braço 2,77% (29) e os ignorados anotados com 2,10% (22), interpretado na figura 4.



Figura 4 – Relação dos casos de acidentes por animais peçonhentos por local da picada

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

O tempo decorrido entre o acidente e atendimento médico é extremamente

importante, foi apurado que 34,06% (357) dos pacientes receberam o serviço médico no intervalo entre 1-3h, na figura 5 está representado o tempo decorrido picada e atendimento.

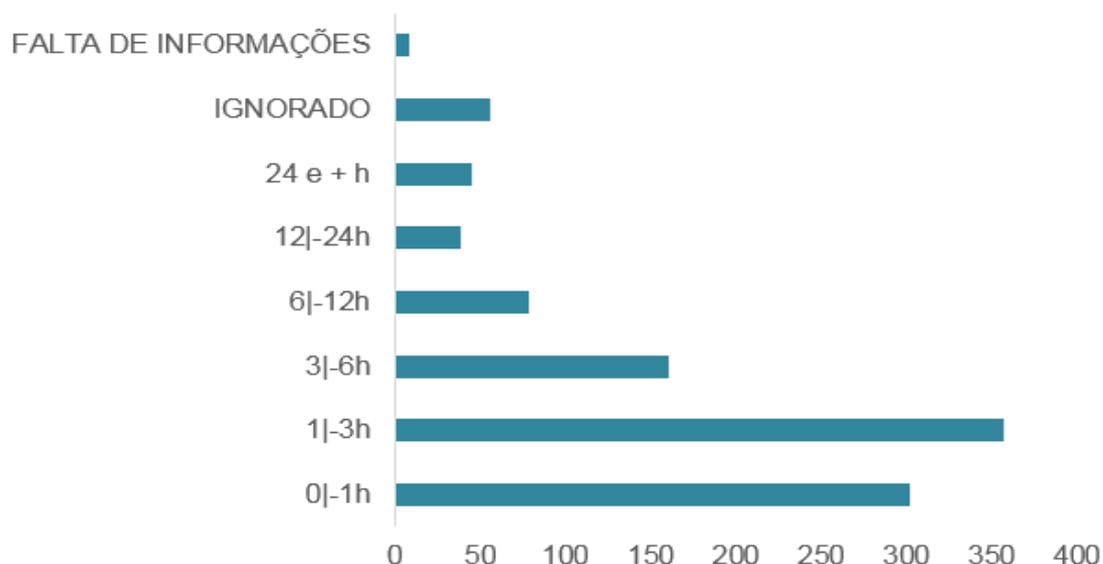


Figura 5 – Casos de acidentes por animais peçonhentos, campo decorrido picada/atendimento
Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Em relação à classificação dos casos sobre os acidentes por animais peçonhentos, 91,70% (961) dos registros denotam leve, 5,06% (53) moderado, 0,86% (09) grave. Sobre às manifestações locais 95,99% (1006) informa que sim, 3,15% (33) não demonstrou indícios relacionados ao campo. Na figura 6, observa-se às especificidades relativas sobre o campo manifestação locais.

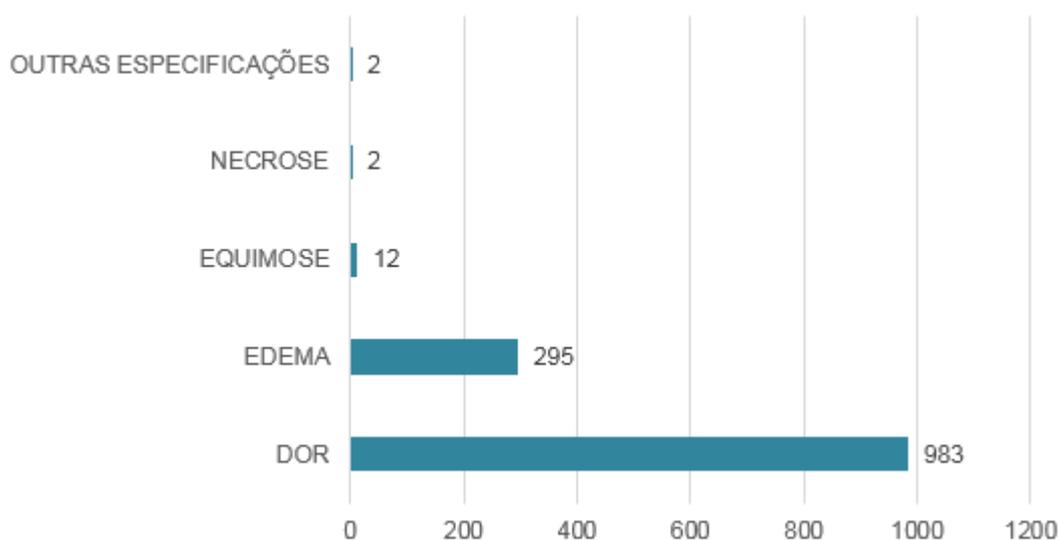


Figura 6 – Relação dos casos de acidentes por animais peçonhentos por especificidades relativas ao campo manifestação local, no município de Caucaia-CE
Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

A respeito das manifestações sistêmicas 2,67% (28) sucedeu, 94,47% (990) não, 2,19% (23) ignorado e 0,67% (7) com ausência de informações. Na figura 7, demonstra às especificidades associadas ao campo analisado.

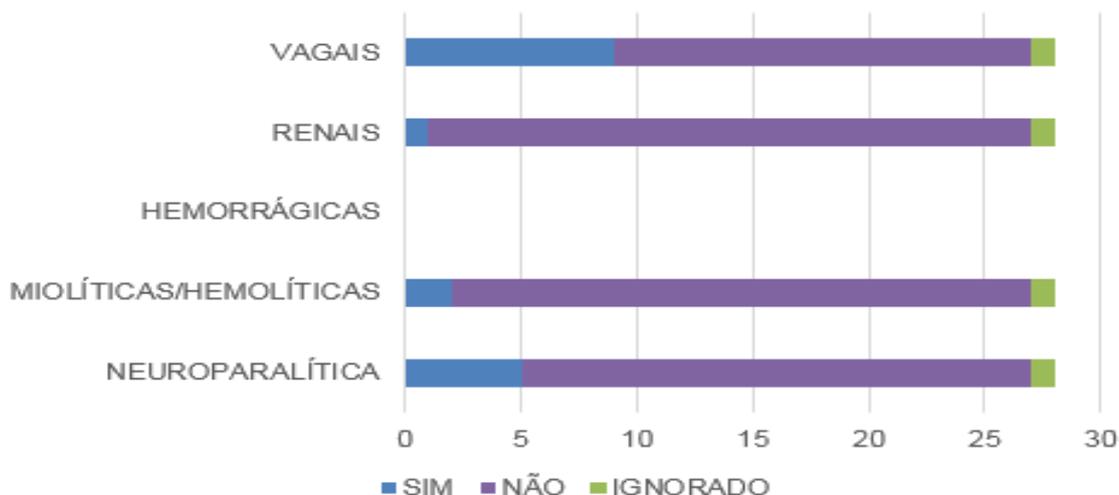


Figura 7 – Relação dos casos de acidentes por animais peçonhentos por especificidades relativas ao campo manifestação sistêmicas, no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Em referência sobre a soroterapia, foi observado que foram usadas 30 ampolas, todas manuseadas pelo CEATOX, a distribuição está apresentada na figura 8.

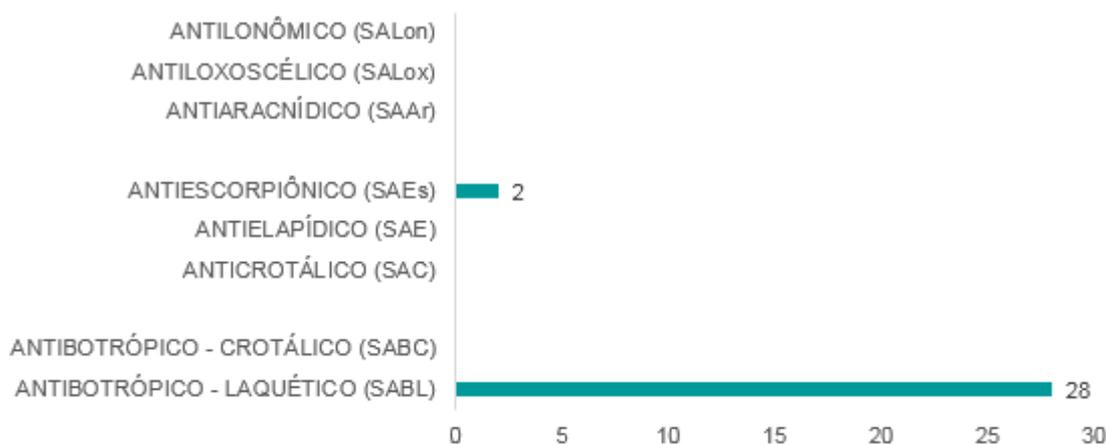


Figura 8 – Relação dos casos de acidentes por animais peçonhentos por especificidades relativas ao campo manifestação sistêmicas, no município de Caucaia-CE

Fonte: SINAN/SESA-CE/SMS-CACAIA

Em relação a acidente de trabalho pelo agravo, está caracterizado que 2,96% (31) informado que houve referente ao campo, 93,03% (975) não, 2,10% (22) ignorado e 1,91% (20) ausência de informações. No campo que retrata a evolução do caso, observa-se que 96,66% das notificações caminharam para cura.

4 | CONCLUSÃO

Diante do estudo, foi possível concluir que os acidentes por animais peçonhentos são agravos com incidência considerável na saúde pública, com evolução sistêmicas, com bons índices de cura, mas ainda com centralização de tratamento, o que pode acabar agravamentos dos casos e levar indivíduos ao óbito. A faixa etária mais atingida foi de 20 a 34 anos, relativo à População Economicamente Ativa no Brasil – PAE, de 15 a 64 anos. A descrição nos permitiu concluir ainda que quanto à idade, houve relação de casos com acidente de trabalho.

Dentre os achados podemos destacar que os principais sintomas como dores, edema e equimose, foram as mais relevantes. O estudo corrobora na afirmação que os acidentes relacionados por escorpiões estão presentes tanto na zona urbana, rural e periurbana.

É preciso intensificar o programa de prevenção e controle em relação a esses animais, apresentando a população os que são esses seres, como são encontrados na natureza e o risco que podem trazer. Medidas em relação ao tratamento oportuno utilizando soro para cada tipo de acidente devem ser estruturadas pelo município.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Controle de Escorpiões**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses**. Brasília, DF, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde; 2017b. Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/06/Animais-Pe--onhentos---S--rie-Hist--rica---1986-2017.pdf>. Acessado em 13 de maio de 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Boletim Epidemiológico Acidente por animais peçonhentos**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>>. Acesso em: 12 dez 2016.

WHO. **Rabies and envenomings: a neglected public health issue: report of a consultative meeting**. Geneva: WHO, Library Cataloguing-in-Publication, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis Report Control 2012: WHO report 2012**. Geneva, 2012.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Rafaela Ferreira Lobato

Discente da Faculdade Estácio
São Luís – Maranhão

Jessica Conceição Silva

Discente da Faculdade Estácio
São Luís – Maranhão

Josua Thais Pereira Amorin

Discente da Faculdade Estácio
São Luís – Maranhão

Walquiria do Nascimento Silva

Docente Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

RESUMO: Nas últimas décadas, tem crescido a importância atribuída a estudos de Epidemiologia Psiquiátrica às ocorrências de transtornos mentais com suas consequências diretas e indiretas, como: esquizofrenia e distúrbios psicóticos; com multiplicidade de problemas, alucinações, delírios, tristeza; envolvendo fatores físicos, ambientais, psicológicos. O tratamento psiquiátrico é baseado na intolerância frente aos comportamentos dos doentes, os cuidados não se restringem somente em internações ou controlar sintomas. Diante da situação convivida no âmbito hospitalar, em atendimento na assistência de enfermagem, com uma abordagem simples e anamnese

bem elaborada, destina-se a um diagnóstico diferencial. Perante este contexto, objetivou-se a descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos do hospital psiquiátrico em São Luís - MA. É uma pesquisa quantitativa, realizado em 22 de março a 15 de maio de 2018, desenvolvido em Hospital Psiquiátrico, com levantamento de dados de pacientes internados e o Código Internacional de Doenças (CID 10), selecionado revisão em artigos científicos. O diagnóstico mais encontrado foi 67% F20.0 pacientes esquizofrênico e seus distúrbios psicóticos. Visto que, o segundo índice elevado é F19.0, F19.2, F19.3 e F19.5 apresentando 24% transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de múltiplas drogas e o terceiro foi F23.0, 9% com transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos. Com prevalência do sexo masculino. A enfermagem tem o papel importante através da anamnese e histórico mental com registro no prontuário, facilitando o funcionamento da instituição e promovendo a qualidade da assistência, atribuindo ações e intervenções aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Psiquiatria, Perfil Epidemiológico.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS

ABSTRACT: In recent decades, the importance attributed to psychiatric epidemiology studies has been raised to occurrences of mental disorders with its direct and indirect consequences, such as: schizophrenia and psychotic disorders; with multiplicity of problems, hallucinations, delusions, sadness; involving physical, environmental, and psychological factors. Psychiatric treatment is based on intolerance towards patients' behaviors, care is not restricted only in hospitalizations or controlling symptoms. In view of the situation lived in the hospital context, in care in nursing care, with a simple approach and a well-documented anamnesis, it is intended for a differential diagnosis. In this context, the objective was to describe the epidemiological profile of patients with schizophrenia and other psychiatric disorders of the psychiatric hospital in São Luis - MA. Is a quantitative research, conducted on March 22 to May 15, 2018, developed in a psychiatric hospital, with data collection of hospitalized patients and the International Code of Diseases (ICD 10), selected review in scientific articles. The most found diagnosis was 67% F20.0 schizophrenic patients and their psychotic disorders. Since the second high index is F19.0, F19.2, F19.3 and F19.5 presenting 24% mental and behavioral disorders, due to the use of multiple drugs and the third was F23.0, 9% with acute psychotic polymorphic disorder, without schizophrenics symptoms. With male prevalence. Nursing has the important role through anamnesis and mental history with record in the medical records, facilitating the functioning of the institution and promoting the quality of care, attributing actions and interventions to patients.

KEYWORDS: Nursing, psychiatry, epidemiological profile.

1 | INTRODUÇÃO

A loucura enfoque-se em uma doença psiquiátrica, que obteve exclusão, reclusão e asilamento pela sociedade, porém está realidade ainda existe, de forma mais consciente e menos exclusiva (GONÇALVES *et al.*; 2001).

Os alienados eram desprezados pela sociedade e familiares, abrigados em um Hospital que não tinha recursos para doença mental em Santa Casa de Misericórdia, mesmo com verbas do governo, assistência era cada vez mais precária no hospital, por falta de conhecimento científica e específica pelos profissionais, ao tratar paciente mental. Em 25 de março de 1941, houve a criação do Hospital Colônia Nina Rodrigues. Em 1990, houve aprovação do Projeto de Reforma da Assistência nos hospitais (SOARES, 2006).

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorrida em 1990, denominada pelo movimento de conscientização da sociedade de caráter político, social e econômico, configurando em um englobamento de mudanças significativas nas formas de cuidado em pacientes com transtornos e a desinstitucionalização dos hospitais. Contudo, houve o surgimento do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais-dias tanto em redes públicas como redes privadas, para melhoria dos pacientes e

seus familiares, promovendo qualidade de vida (MS, 2005).

Nas últimas décadas, tem crescido a importância atribuída a estudos de Epidemiologia Psiquiátrica as ocorrências de transtornos mentais com suas consequências diretas e indiretas, como: esquizofrenia e distúrbios psicóticos; transtornos de personalidades, síndrome da abstinência de álcool e drogas, e outros. Com multiplicidade de problemas, alucinações, delírios, ansiedade, medos e tristezas, envolvendo fatores físicos, ambientais, psicológicos (GONÇALVES *et al.*; 2001).

O tratamento psiquiátrico é baseado na intolerância frente aos comportamentos dos doentes. Assistência de enfermagem ao cuidado ao doente mental não se restringir somente em internações ou controlar sintomas. Mas, a possibilidade da família habituar-se e envolver aos cuidados primórdios, destaca-se a convivência com o paciente em suas diferenças. (PEREIRA *et al.*; 2009).

Quanto à importância do enfermeiro no ramo da psiquiatria voltadas nas urgências e emergências, designa que o (a) enfermeiro (a) e paciente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais. Em princípio, de duas hipóteses: a personalidade do enfermeiro marca uma diferença substancial no nível daquilo que um paciente pode aprender durante a experiência de sua doença; e outro é seu ensino de contribuir para o desenvolvimento da personalidade, tanto do enfermo como do enfermeiro. Visto que, o papel do enfermeiro neste ramo é obter a história do paciente, executar tratamento, aconselhamento e orientação aos enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais (SOUZA, 2012).

A assistência de enfermagem não está voltada somente para a recuperação do doente psiquiátrico, mas, especialmente, pela conquista de sua independência e reinserção na sociedade. Essa assistência engloba rotinas hospitalares, incluindo alimentação, banho, medicação entre outros. Além disso, atribuir estratégias voltadas à reabilitação psicossocial e atividades terapêuticas, possibilitando que os familiares sejam capazes de exprimir as necessidades e sentimentos do paciente. (PEREIRA *et al.*; 2009).

Diante da situação convivida no âmbito hospitalar, em atendimento na assistência de enfermagem, com uma abordagem simples e anamnese bem elaborada, destina-se a um diagnóstico diferencial. Com a relação interpessoal com cliente o enfermeiro irá ter um diálogo, procurar compreender suas necessidades. Isto é, dispor-se a uma convivência agradável aos internos, objetivando transferência e até mesmo alta hospitalar. Independente da doença aguda ou crônica, o paciente psiquiátrico é um ser que necessita de ajuda multiprofissional para a sua reabilitação psicossocial.

2 | OBJETIVO

Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos, do hospital psiquiátrico em São Luís – MA.

3 | METODOLOGIA

É uma pesquisa quantitativa, realizado em 22 março a 15 maio de 2018 desenvolvido no determinado Hospital Psiquiátrico. Com levantamento de dados de pacientes internados e o Código Internacional de Doenças (CID 10), sendo compreendida com revisão em artigos científicos em consultas via internet relacionando com o tema e conhecimento específicos em experiência correlacionada ao hospital.

4 | RESULTADOS

Os resultados levantados são de 91 pacientes internados, entre 2013 a maio de 2018, com diferentes transtornos mentais em prevalência do sexo masculino, de várias idades. A percepção do adoecer e internação consistem em diferentes sintomas com seus respectivos graus.

O CID 10, representa variadas doenças, o gráfico 1 representa os transtornos mentais mais elevados.

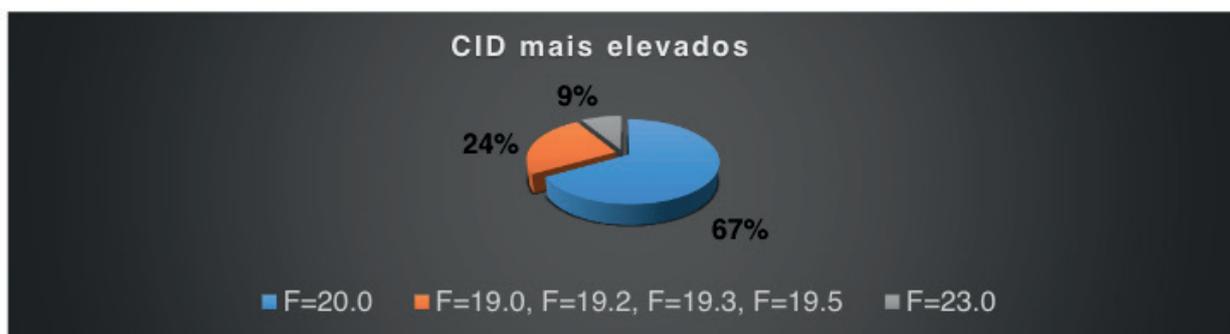


Gráfico 1

Concebendo 67% (46) pacientes com variados tipos de esquizofrenia em seus respectivos distúrbios psicose.

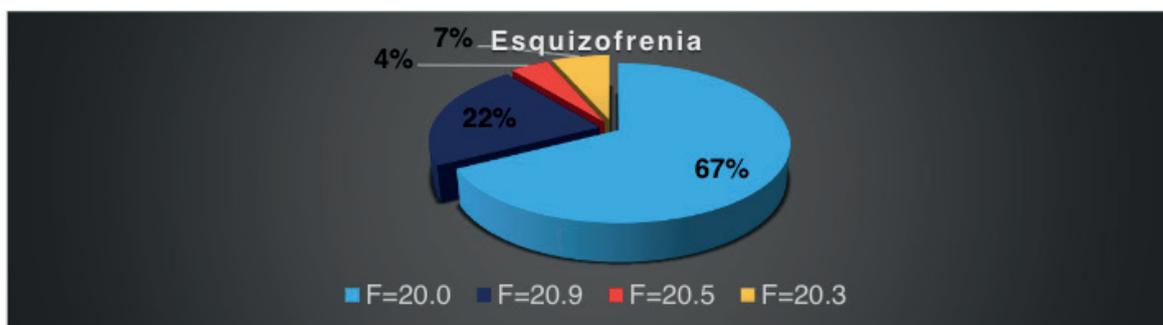


Gráfico 2

O gráfico 2 relata a classificação da esquizofrenia, foi identificado 67% (31)

pacientes com F= 20.0 (Esquizofrenia) consistindo em maior índice encontrado, 22% (10) pacientes com F=20.9 (esquizofrenia não especificada); 4% (2) pacientes com F=20.5 (esquizofrenia residual) e 7% (3) pacientes com F=20.3 (esquizofrenia indiferenciada). São designados os referentes sintomas: delírios, alucinações, insônia, a necessidade de se isolar, confusão mental, amnésia, desorientação, coordenação comprometida e entre outros.

Cabendo que, a figura 1 consiste em segundo índice mais elevado foi de 24% (17) pacientes, transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de múltiplas drogas, representados por F=19.0, F=19.2, F=19.3 e F=19.5. Em achados com sintomas físicos e psicológicos com alteração de comportamento e humor.

O terceiro índice encontrado é F=23.0 em 9% (6) pacientes com transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos.

5 | CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, foi possível delinear o perfil clínico de pacientes da urgência e emergência psiquiátrica, onde evidenciou-se que esses pacientes têm se beneficiado do tratamento ambulatorial e da terapêutica farmacológica, evoluindo com remissão dos sintomas psicopatológicos, necessitando de utilização de estratégias alternativas para complementar o tratamento.

A enfermagem tem o papel importante através da anamnese e histórico mental com registro no prontuário, facilitando o funcionamento da instituição e promovendo a qualidade da assistência, atribuindo ações e intervenções aos pacientes, sendo este o ponto chave. Essa anamnese não precisa ser necessariamente realizada apenas no momento da triagem, pode ser um processo permanente e contínuo.

Pois, é elementar que esses profissionais da saúde mental reflitam e promovam mudanças de práticas, valorizando o sistema de informações relativas aos usuários dos serviços, como fundamento para a sistematização e implementação da assistência humanizada às pessoas que sofrem de transtornos mentais, além de poder subsidiar a gestão pública na formulação de políticas voltadas para o setor.

REFERÊNCIA

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Minais Gerais: p. 48-55, março. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, novembro. 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental.** Belo Horizonte, Nescon UFMG: Editora Coopmed. 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina>.

ufmg.br/biblioteca/imagem/1730.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

SOUZA, Rosiméri Vantine de Souza. **Acolhimento de Enfermagem em Urgência e emergência a Pacientes psiquiátrico**: Acolher para não Escolher. Três Rios, Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: http://arquivos.5gsistemas.com.br/PosRedentor/arquivos/conteudo_5422e9aba1480.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

SOARES, Adriana de Araújo. **Hospital Colônia Nina Rodrigues**: são e loucos internados. São Luís. 2006. Disponível em: <http://www.historia.uema.br/wp-content/uploads/2015/08/1.-adriana-araujo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA ASSOCIADA À INFECÇÃO CONGÊNITA PELO VÍRUS ZIKA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NOS ESTADOS BRASILEIROS ENTRE 2012-2016

Jacqueline Jacaúna de Oliveira

Graduanda em Engenharia da Computação pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará-UNIFESSPA

Laboratório de Computação Científica-LCC da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará-UNIFESSPA

E-mail do autor: jackjacauna@unifesspa.edu.br

Rogério Romulo da Silva

Laboratório de Computação Científica-LCC da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará-UNIFESSPA

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica (PPGEE) – UFPA,

Marcelo Santana Camacho

Laboratório de Computação Científica-LCC da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará-UNIFESSPA

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica (PPGEE) – UFPA,

Aline Coutinho Cavalcanti

Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará –UNIFESSPA,

Ana Cristina Viana Campos

Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará –UNIFESSPA,

Letícia Dias Lima Jedlicka

Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará –UNIFESSPA,

Nilson Antonio Assunção

Departamento de Ciências Químicas e Farmacêuticas da Universidade Federal de São

Paulo-UNIFESP

INTRODUÇÃO: Desde o início de 2015 foram relatados mais de 8.000 casos suspeitos de microcefalia no Brasil. Esta doença é caracterizada por um perímetro cefálico menor que 32 cm e causa sérios danos morfológicos e neurológicos não reversíveis. É um distúrbio que ocorre na fase de proliferação neuronal durante o 3º-4º mês da gestação. Algumas infecções maternas podem levar à microcefalia congênita como, por exemplo, a infecção da gestante pelo Zika vírus, toxoplasmose, HIV, citomegalovírus, sífilis, herpes vírus e rubéola. Outro fator que pode levar à microcefalia congênita é o consumo/exposição da gestante a drogas e substâncias tóxicas além de outras situações que podem levar à interrupção do desenvolvimento cerebral, tais como trauma crânio-encefálico, isquemia, desnutrição e deficiência de folato materna, insuficiência placentária, hipotireoidismo e algumas síndromes genéticas. As microcefalias em geral estão associadas com problemas mentais e as sequelas desta doença variam de acordo com cada caso. **OBJETIVO:** O objetivo do estudo foi testar a associação entre a prevalência de microcefalia e características do recém-nascido e da mãe entre os estados brasileiros. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo ecológico,

utilizando dados secundários dos Estados brasileiros entre os anos de 2012-2016. Os dados foram importados do DATASUS no formato .dbc e convertidos para .csv, para serem carregados para a base de dados própria do Laboratório de Computação Científica (LCC). “Posteriormente, os dados foram normalizados e disponibilizados através da ferramenta *Saiku*”, proporcionando diferentes perspectivas e detalhamento acerca dos dados. Os dados foram tabulados e foi calculada a prevalência de microcefalia para cada variável: sexo, peso ao nascer e cor/raça da mãe para os anos de 2012-2016. Aplicaram-se os testes de variância com significância em 5%, utilizando o software SPSS. **RESULTADOS:** Observaram-se maiores médias de prevalência de microcefalia entre recém-nascidos do sexo feminino ($p < 0,001$) e peso entre 2500 a 3999 gramas ($p = 0,029$). Em relação à cor/raça da mãe, houve diferenças estaticamente significantes entre as médias de prevalência de microcefalia para todos os anos para a cor parda quando comparadas a demais, exceto branca. Na análise de tendência, observou-se um crescimento linear na prevalência de microcefalia em neonatos do sexo feminino ($R^2 = 0,774$) quando comparado ao sexo masculino ($R^2 = 0,757$) no mesmo período. As diferenças entre os sexos para as médias da prevalência de microcefalia foram também linearmente crescentes ($R^2 = 0,779$), oscilando entre 1,12 a 1,63 nos anos de 2012 a 2016, respectivamente. **CONCLUSÃO:** Foi possível identificar diferenças importantes possivelmente relacionadas à maior prevalência de microcefalia entre os estados brasileiros, principalmente nos anos de 2015 e 2016. Esta identificação pode contribuir para o planejamento de futuras ações coletivas e proposição de novas políticas públicas para prevenção das infecções causadas pelo vírus Zika.

PALAVRAS-CHAVE: Microcefalia, Epidemiologia, DATASUS.

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco

Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem, Oiapoque - Amapá

Carlos Augusto Sampaio Côrrea

Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem, Oiapoque - Amapá

Carlos Manuel Sanchez Dutok

Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem, Oiapoque - Amapá

Tancredo Castelo Branco Neto

Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Direito, Oiapoque - Amapá

RESUMO: Este estudo objetivou estimar a prevalência da Síndrome de Burnout (SB) entre servidores públicos de uma universidade na região amazônica brasileira e verificar os fatores associados. Tratou-se de estudo transversal e descritivo realizado com 53 trabalhadores de uma universidade localizada na fronteira franco brasileira, através de formulários eletrônicos (*google docs*). Nos respondentes houve predomínio do sexo masculino (56,6%), faixa etária de 30 a 39 anos (64,2%), solteiros (47,2%), se declaram pardos (49,1%), especialistas (34%) e sem filhos (75,5%). Destes, 14 indivíduos tem a possibilidade de desenvolver a SB, 20 estão em fase inicial da síndrome, 12 a SB começa a se instalar e 7 estar em uma fase considerável da SB, tendo como preditor a

variável sexo ($p=0,01$). Conclui-se que nenhum dos entrevistados pontuou na categoria (nenhum índice de Burnout), o que torna preocupante as condições de trabalhos que estão submetidos, sendo imperativo medidas preventivas que retardem ou impossibilitem o adoecimento mental dentre a população investigada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Universidades; Saúde na fronteira; Esgotamento profissional

BURNOUT SYNDROME BETWEEN SERVERS OF A UNIVERSITY IN THE BRAZILIAN AMAZON

ABSTRACT: This study aimed to estimate the prevalence of burnout syndrome (SB) between civil servants of a university in the Brazilian Amazon and check the associated factors. This was a cross-sectional descriptive study of 53 workers at a university located in the Brazilian frontier, through electronic forms (*google docs*). The respondent was predominance of males (56.6%), aged 30-39 years (64.2%), single (47.2%) say they are brown (49.1%), specialists (34%) and without children (75.5%). Of these, 14 subjects have the possibility to develop the SB 20 are in the initial phase syndrome, BS 12 starts to install and 7 being in a considerable phase SB, and as a predictor of the sex ($p =$

0.01) . It was concluded that none of the respondents scored in the category (no hint of Burnout), which makes worrying conditions jobs that are submitted, and the need preventive measures to slow or impossible mental illness among the study population. **KEYWORDS:** Worker's health; universities; Health at the border; professional exhaustion

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade, o mundo vem passando por diversas transformações tecnológicas, dinamismo acelerado que ocasiona influências na vida e saúde do trabalhador, pois competitividade e qualificação profissional integra as atividades laborais exigindo cada vez mais uma maior eficiência, produtividade e desempenho de um trabalho eficaz. Nessa vertente surgem as patologias do mundo moderno que afetam diretamente a saúde mental do trabalhador.

Dentro deste contexto, destaca-se a Síndrome de Burnout (SB) que se trata de um estresse excessivo e desgaste, no qual o profissional é submetido em relação ao seu trabalho. Normalmente acomete profissionais que tenha contato direto com o público e em tempo prolongado. Manifesta-se através de um desgaste físico e mental propriamente dito, que pode ser devido às consequências de múltiplas tarefas, baixa autoestima onde o profissional acredita que já não pode mais realizar suas tarefas de maneira competente, manifestando-se através da apatia e isolamento social (Carlotto, 2014).

Os primeiros estudos sobre a Síndrome de Burnout ocorreu na década de 1970 e teve como os principais alvos de investigações os trabalhadores da área da educação e saúde, considerando a hierarquização, os colegas de trabalhos e suas relações dentro de um âmbito funcional e profissional, ou seja, fatores que outrora eram as principais causadoras para se adquirir a SB (França et al, 2014).

Dentre as principais causas de adoecimentos dos profissionais da educação encontra-se: carga horária de trabalho muito alta, pois além dos profissionais exercerem seus horários normais de trabalho ainda têm as atividades realizadas extra classe como é o caso do corpo docente, que além de ministrar suas aulas, ainda tem que fazer as correções de diversas avaliações de seus alunos, realizar os planos de aulas, fazer o acompanhamento de seus orientandos acerca do trabalho de conclusão de curso dentre outras atividades e muitas das vezes os fazem em seu momento de repouso (Borba et al, 2015).

Portanto, os profissionais acometidos por esta patologia geralmente se encontram com irritabilidade fácil, ansiedade em demasia e também baixa autoestima, por isso que provavelmente estão muito frustrados e acarretando insônia, alterações dos níveis pressóricos podendo até levá-los ao consumo descompensado de substâncias psicoativas, sendo os psicotrópicos e uso de bebidas alcóolicas as drogas comumente utilizadas, aparecendo as drogas ilícitas em um percentual

menor. Vale lembrar que alguns profissionais podem se tornar dependentes de tais substâncias, pois estas provocam ao alívio momentâneo da sintomatologia da SB (Carlotto, 2002).

Os profissionais acometidos com tal síndrome ocasionam divergências direta no ambiente profissional, pois a má qualidade dos atendimentos e/ou ensinamentos torna a aprendizagem dos alunos ineficaz, ocasionando mudanças na rotina de relacionamento docente-discente devido as mudanças comportamentais do profissional oriundas do esgotamento e fadiga. Assim essa diminuição da capacidade laboral provoca ainda conflitos entre a classe trabalhadora gerando mais estresse ao ambiente de trabalho (Massa et al, 2016)

A identificação da Síndrome de Burnout em tempo hábil para a classe docente é de suma importância, pois segundo a Organização Internacional de Trabalho (OIT) os professores estão em segundo lugar dos mais acometidos quanto às patologias causadas pela síndrome (Borba et al, 2015).

Contudo, mesmo a SB estando envolvido em relação ao ambiente ocupacional, essas características podem variar de indivíduo para indivíduo; alguns dos fatores para seu desencadeamento podem ser a baixa remuneração, o não reconhecimento de seus trabalhos, instituição ao qual o mesmo está inserido, dentre outros fatores (Ferreira; Luca, 2015).

Desta maneira, a Síndrome de Burnout tende a fazer com que o profissional diminua à vontade em realizar seus trabalhos, seus interesses em vida social e familiar. Logo é muito importante identificar e intervir, pois além de altamente prejudicial para o portador da síndrome poderá trazer perdas para os que estão inseridos em seus meios, ou seja, a relação professor-professor, professor-aluno e familiares podendo fazer com que as relações de ambos sejam agravadas e com isso a aprendizagem e a harmonia reduzida (Carlotto, 2011).

Portanto, pela inexistência de pesquisas entre profissionais da fronteira franco brasileira, escolheu-se aos servidores de uma instituição de ensino superior para que a partir dos dados encontrados, se possam tomar medidas cabíveis e evitar maiores prejuízos entre esta classe trabalhadora. Além da carência de estudos com servidores técnicos, razão que por se só justificou a realização deste estudo.

Portanto, objetivou estimar a prevalência da Síndrome de Burnout entre trabalhadores de uma universidade na região amazônica brasileira e verificar os fatores associados.

2 | METODOLOGIA

Estudo transversal e descritivo, realizado em uma universidade federal, localizada no extremo norte brasileiro, na região da fronteira franco brasileira do qual possuem no total 126 trabalhadores ativos. A coleta ocorreu nos meses de setembro a novembro do ano de 2017.

Foram incluídos nesta pesquisa, os técnicos administrativos e professores que exercem suas profissões no *campus* binacional há pelo menos 6 meses, de ambos os sexos e que aceitaram voluntariamente participar do estudo. Os excluídos foram os que estavam ausentes do *campus*, devido a licença maternidade, férias, afastamento legal para qualificação profissional ou licença médica e que não aceitaram participar do estudo.

Do total de 126 trabalhadores, apenas 53 aceitaram voluntariamente participar do estudo, sendo 12 técnicos e 41 docentes, sendo estes os participantes deste estudo.

A princípio foi feito levantamento do quantitativo de trabalhadores no Campus, juntamente com setor de recursos humanos e assim foram convidados a participar todos os trabalhadores que se adequaram aos critérios de inclusão.

Para evitar perdas e maiores dúvidas, a pesquisadora responsável explicou enviou e-mail explicativo a todos os envolvidos, bem como carta convite no correio eletrônico e redes sociais existentes a fim de garantir uma maior participação dos envolvidos, explicitando todo o processo e objetivos da pesquisa a fim de esclarecer a população pesquisada. Vale destacar que também foi feito contato pessoal, a fim de sanar as dúvidas. Foi utilizada esta técnica devida as mudanças estruturais e regime diferenciado de oferta (RDO) que o Campus vinha sofrendo, na época da coleta de dados, no qual exigia menor permanência física dos docentes no local pesquisado.

Portanto as pessoas que aceitaram voluntariamente participar, respondendo positivamente o e-mail, foi enviado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora responsável a fim de assegurar os participantes juntamente com link de acesso do questionário e este após responder recebia a confirmação de participação. Os participantes receberam o questionário eletrônico no formato de *Google Docs* enviados por correio eletrônico (*e-mail*) e os que aceitaram participar voluntariamente responderam e a partir das respostas foi gerado um banco de dados a fim de garantir a privacidade dos participantes.

O instrumento de avaliação de Burnout utilizado foi o *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*, versão específica aos professores, adaptado no Brasil por Carlotto e Câmara em 2004. Constitui de 22 itens, indicando a frequência de respostas, no qual ambas variam de 1 a 5 pontos (1- nunca, 2-anualmente, 3-mensalmente, 4-semanalmente e 5-diariamente), podendo chegar 100 pontos. A versão brasileira apresenta consistência interna e validade fatorial para ser utilizada na avaliação da SB em professores da nossa realidade brasileira (CARLOTTO, 2011).

Para análise dos dados foi realizada no software Excel, de modo a permitir a checagem de erro na digitação e devidas correções. A análise estatística foi realizada no software estatístico SPSS versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Inicialmente foi feita a análise univariada dos dados sócio demográficos e laborais, onde os dados foram apresentados sobre a forma de tabelas de frequência.

Em um segundo momento foi aplicado o teste exato de Fischer, ao nível de significância de 5%, com p valor < 0,05, para testar nível de significância entre as variáveis do estudo e a Síndrome de Burnout.

Na sequência foi realizada a escolha das variáveis para compor o modelo de regressão logística que se deu com a prefixação do p-valor em, no máximo, 0,20. Foram obtidos os valores das Odds Ratio (OR) bem como Intervalo de Confiança (IC) de 95% para avaliação da razão de chance entre as variáveis selecionadas na regressão logística.

O projeto foi encaminhado e submetido à apreciação para a direção do *Campus*, para liberação do campo para a coleta de dados. Foi explicado os objetivos deste estudo para colaboração dos envolvidos nesta. Foi submetido na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá tendo sido aprovado, com CAAE: 69870217.7.0000.0003.

As participações dos trabalhadores foram voluntárias, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fundamentada na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, podendo os participantes se desvincular da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou ônus. Foram garantidos sigilo e anonimato dos participantes para evitar quaisquer danos aos envolvidos.

3 | RESULTADOS

Mesmo sendo utilizado uma abordagem exaustiva entre os trabalhadores da universidade fronteiriça, mostrando a finalidade e importância desse levantamento, sendo esta sensibilização de forma presencial ou através de *e-mails* a adesão à participação foi baixa, tendo 53 respondentes dos questionários, como se pode evidenciar na distribuição das variáveis sociodemográfica da tabela 1:

		N	%
Sexo	Masculino	30	56,6
	Feminino	23	43,4
Faixa Etária	20 a 29 anos	14	26,4
	30 a 39 anos	34	64,2
	40 a 49 anos	4	7,5
Estado Civil	50 a 69 anos	1	1,9
	Solteiro(a)	25	47,2
	Casado(a)	17	32,1
	União estável/amigado(a)	9	17,0
Cor Declarada	Separado(a)	2	3,8
	Amarela	1	1,9
	Preta	5	9,4
	Branca	19	35,8
	Parda	26	49,1
	Outra	2	3,8

Grau de Instrução	Ensino Médio	2	3,8
	Graduação	5	9,4
	Especialização	18	34,0
	Mestrado	17	32,1
	Doutorado	9	17,0
	Pós-Doutorado	2	3,8
Possui Filhos	Sim	13	24,5
	Não	40	75,5

Tabela 01- Tabela descritiva dos dados Sociodemográficos dos trabalhadores da Universidade na Fronteira Franco Brasileira, (n=53), Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017.

Assim, a partir dos dados levantados evidenciou-se que a maioria é do sexo masculino (56,6%), na faixa etária de 30 a 39 anos (64,2%), solteiros (47,2%), se declaram pardos (49,1%), especialistas (34%) e sem filhos (75,5%).

Em relação aos dados laborais, 69,8% dos entrevistados trabalham no regime de 40 horas/dedicação exclusiva. Nenhum trabalhador de 20 horas respondeu ao questionário. Dos 53 participantes, 12 eram técnicos e 41 docentes, sendo que houve empate em relação ao tempo de trabalho na instituição, pontuando 34%, os respondentes que trabalham de 1 a 2 anos e mais de 3 anos, como pode ser facilmente visualizado na [Tabela 2](#).

		N	%
Regime de Trabalho	40 horas	16	30,2
	40 horas (Dedicação Exclusiva)	37	69,8
Categoria Profissional	Técnico	12	22,6
	Docente	41	77,4
Tempo de trabalho na instituição	Menos de 1 ano	2	3,8
	1 ano a 2 anos	18	34,0
	Mais de 2 anos a 3 anos	15	28,3
	Mais de 3 anos	18	34,0

Tabela 02- Tabela descritiva dos dados Laborais dos trabalhadores da Universidade na Fronteira Franco Brasileira, (n=53), Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017.

No que tange a SB, dos 53 participantes nenhum dos entrevistados pontuou de 0 a 20 pontos (nenhum indício de Burnout), evidenciando que 14 indivíduos tem a possibilidade de desenvolver a SB, 20 estão em fase inicial da síndrome, 12 a SB começa a se instalar e 7 estar em uma fase considerável da SB, sendo notório esses dados na [Figura 1](#).

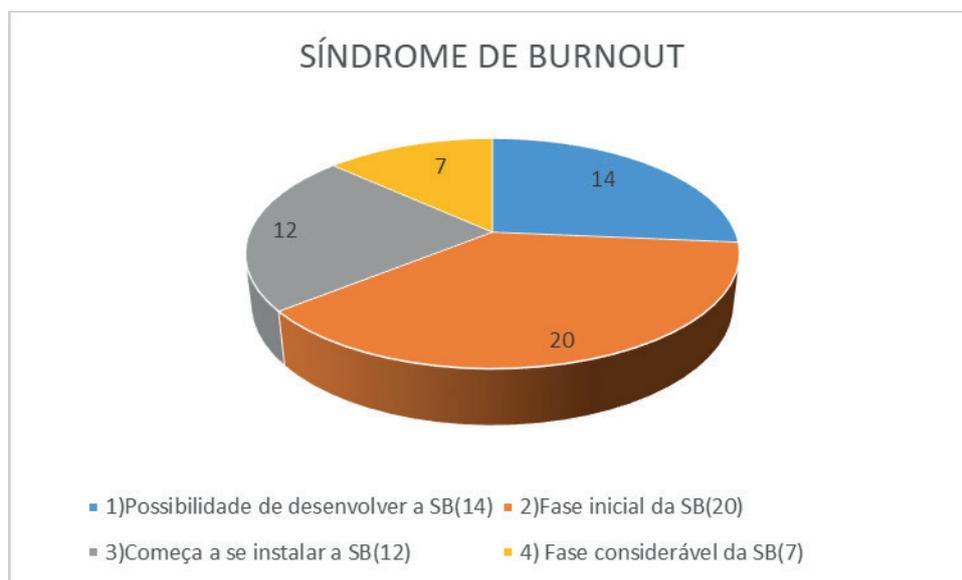


Figura 1: Prevalência da Síndrome de Burnout entre trabalhadores de uma universidade

Das pessoas entrevistadas que estão numa fase considerável da SB, são do sexo masculino, na faixa de idade de 30 a 39 anos, solteiros, pardos, pessoas com especialização e não tem filhos.

Entre as variáveis sociodemográficas pesquisadas, a partir do teste de Fischer, ao nível de significância de 5% e adotando p valor ($<0,05$), somente o índice de Burnout e sexo ($p=0,01$) mostrou associação significativa entre as variáveis. Especula-se que o sexo masculino deu a significância neste estudo devido ter sido maior número de entrevistados, como se visualiza na [Tabela 3](#).

	Índice de Burnout								P-valor
	Possibilidade de desenvolver Burnout		Fase inicial da Burnout		A Burnout começa a se instalar		Fase considerável da Burnout		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	9	30,0	13	43,3	2	6,7	6	20,0	0,012
Feminino	5	21,7	7	30,4	10	43,5	1	4,3	
Faixa Etária									
20 a 29 anos	2	14,3	6	42,9	5	35,7	1	7,1	0,637
30 a 39 anos	9	26,5	13	38,2	6	17,6	6	17,6	
40 a 49 anos	2	50,0	1	25,0	1	25,0	-	-	
50 a 69 anos	1	100	-	-	-	-	-	-	
Estado Civil									
Solteiro (a)	7	28,0	8	32,0	6	24,0	4	16,0	0,958
Casado (a)	4	23,5	7	41,2	3	17,6	3	17,6	
União estável/ amigado	3	33,3	4	44,4	2	22,2	-	-	
Separado (a)	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	
Cor Declarada									
Amarela	-	-	1	100	-	-	-	-	0,122
Preta	-	-	2	40,0	2	40,0	1	20,0	

Branca	5	26,3	6	31,6	7	36,8	1	5,3	
Parda	9	34,6	11	42,3	2	7,7	4	15,4	
Outra	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	
Grau de Instrução									
Ensino Médio	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	0,051
Graduação	1	20,0	2	40,0	-	-	2	40,0	
Especialização	2	11,1	6	33,3	8	44,4	2	11,1	
Mestrado	4	23,5	10	58,8	2	11,8	1	5,9	
Doutorado	5	55,6	2	22,2	1	11,1	1	11,1	
Pós-Doutorado	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	
Possui Filhos									
Sim	5	38,5	4	30,8	4	30,8	-	-	0,280
Não	9	22,5	16	40,0	8	20,0	7	17,5	

Tabela 03- Associação dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores com o índice de Burnout, (n=53), Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017.

Devido ao tamanho da amostra algumas caselas foram iguais a 0 e/ou menores que 5, usamos o teste exato de Fisher, ao nível de significância de 5%. Com base nos dados, não verificamos significância ($p < 0,05$) entre nenhuma das variáveis laborais, logo não existe associação estatística entre estas variáveis e o índice de Burnout.

Na tabela 4, foi considerado o sexo masculino e o índice "pode estar em uma fase considerável do Burnout" como referência para o cálculo do OR (Odd Ratio), através do p -valor $< 0,2$ ($p = 0,011$) consideramos que pessoas do sexo feminino tem 97% de chance a menos (OR = 0,033) de ter o índice em que a Burnout começa a se instalar, ou seja, os homens neste estudo apontaram maior índice de SB, sendo que 30,0% tem a possibilidade de desenvolver a SB, 43,3% em fase inicial, 43,5% a SB começa a se instalar e 20,0% em fase considerável de SB.

Variáveis	OR	IC (95%)		P
		Inferior	Superior	
Índice de Burnout				
Possibilidade de desenvolver Burnout	0,300	0,028	3,250	0,322
Fase inicial da Burnout	0,310	0,031	3,111	0,319
A Burnout começa a se instalar	0,033	0,002	0,451	0,011
Pode estar em uma fase considerável da Burnout	1	-	-	-

Tabela 04- Regressão Logística entre Sexo e Índice de Burnout, (n=53), Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017.

4 | DISCUSSÃO

No estudo de Massa et al (2016) que têm uma amostra semelhante a este, ou seja, 49 participantes foi observado que quanto ao nível do cansaço físico e mental 24 participantes estavam em níveis moderados da SB ou seja praticamente a metade.

Em pesquisa que corroboram que os limites de idade entre 30 e 39 são mais suscetíveis para adquirir a SB, porém é válido ressaltar que dos participantes deste estudo 34 estavam nessa faixa etária (Jodas; Haddah, 2009)

Nesta pesquisa os homens são mais propensos a adquirirem a SB, porém é válido salientar que com as quantidades de amostras reduzidas deste estudo não podemos cometer o erro de generalizar, pois outros estudos são as mulheres as principais acometidas pela a SB, como é o que acontece no estudo que aponta as mulheres com mais facilidade de ter a SB devido a jornada de trabalhos multitarefas por isso aponta as mulheres sendo mais propicia a ter exaustão emocional (Carlotto, 2011)

Deste modo, este estudo discorda do estudo que buscou a Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem em um hospital público do estado de São Paulo que diz a prevalência da Síndrome de Burnout é maior em mulheres com (84,6%) (Ferreira; Lucca, 2015). Em estudo que comparou professores da rede pública com a privada corrobora com pesquisa anterior, pois afirma que as mulheres são mais propensas a adquirirem a SB (Borba et al, 2015)

Em relação aos trabalhadores que exercem seus trabalhos em dedicação exclusiva têm uma espécie de proteção, em contrapartida nos diz também que os que não trabalham em dedicação exclusiva tende a procurar outros empregos por isso são mais propensos a adquirir a SB devido ao desgaste físico (Massa et al, 2016).

No que tange a dados epidemiológicos, em um levantamento realizado através de dados do Ministério da Previdência Social diz que 3.852 trabalhadores foram diagnosticados com o Burnout somente no ano de 2007⁽⁸⁾. Nessa vertente, pode-se observar em um estudo realizado no *campus* do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) no qual participaram 49 professores, que 12,2% apresentaram nível leve da SB, 12,2% nível moderado e 6,1% o nível alto da síndrome (Massa et al, 2016).

Outro estudo que buscou a SB entre professores, comparou os índices de Burnout em professores de rede pública e privada, os quais foram analisados 40 professores sendo 20 de escolas públicas e 20 de escolas particulares teve uma média de 2,93 para exaustão entre professores da rede pública e 2,53 para docentes da rede privada (Lopes; Pontes, 2009).

Deste modo as atividades trabalhistas podem desencadear a Síndrome de Burnout, porém sempre tem aquelas que tem maior predisponentes como as do caso desse estudo que investigou Burnout em profissionais de uma universidade, pois estes estão no meio propicio para adquirir a síndrome, e as profissões que estão envolvidas de certa forma de cunho psicológico e emocional ou seja com contatos intensivos com o público tem maiores chances de adquirirem tal enfermidade (França et al, 2014).

A Síndrome de Burnout é um mal que está presente em nosso cotidiano, ou seja, em nosso meio social e qualquer pessoa é suscetível a adquiri-la, mas sendo

identificado rapidamente não são motivos de alardes, pois não necessita de um profissional especializado quando os sintomas são identificados de maneira precoce, sintomatologia esta de fácil identificação e notória devido as mudanças ocasionadas, sendo o apoio emocional e suportes adequados essenciais para evitar maiores danos e quando a síndrome já estiver sido identificada, sendo esses recursos válidos para evitar recaídas e oscilações dos sinais clínicos.

Deste modo, este estudo apesar de ter tido uma adesão limitada no quadro de profissionais, sendo esta a maior limitação deste estudo, foi de suma importância para levantar as características sociodemográficos e laborais dos profissionais da universidade da fronteira franco brasileira e assim fazer uma análise dos dados para verificar quais são os que estão mais propícios a adquirirem o Burnout, bem com as variáveis associadas a tal síndrome.

Especula-se tal limitação devido a metodologia empregada, pois além do acesso à internet ser precário no local estudado, alguns possíveis participantes não "confiaram" em responder por via eletrônica, mas como já foi mencionado foi a metodologia mais adequada devido a transição do regime adotado na instituição no qual o profissional permanece fisicamente menos tempo no local de trabalho.

5 | CONCLUSÃO

A Síndrome de Burnout é um mal dos tempos modernos que afetam os trabalhadores prejudicando suas características laborais pois causa um estresse excessivo aos que a possuem. Os acometidos pelo Burnout normalmente se encontram com desgaste físico e mental, baixa autoestima e em isolamento social.

Conclui-se nesta pesquisa que nenhum dos entrevistados pontuou na categoria (nenhum indício de Burnout), o que torna preocupante as condições de trabalhos que estão submetidos essa classe na fronteira franco brasileira.

É válido reforçar que as amostras foram muito limitadas podendo assim ter possíveis interferências nos resultados, porém com os dados obtidos podemos mostrar a universidade os riscos que seus trabalhadores levam devido as condições de serviços inadequados, assim a universidade poderá traçar metas para dar melhores condições de trabalho a estas classes de profissionais evitando-se a perda da qualidade de serviço devido as manifestações da SB e também dar suporte aos que possam adquirir a Síndrome.

Portanto estudo válido na área da enfermagem, saúde e como medida de saúde pública a fim de nortear horizontes quanto a esta doença ocupacional, pois se faz necessário o enfrentamento além de medidas imperativas para prevenir agravos e traçar ações que retardem ou impossibilitem o adoecimento mental dentre a população investigada.

REFERÊNCIAS

- BORBA, B.M.R; DIEHL, L; SANTOS, A.S; MONTEIRO, J.K; MARIN, A.H. **Síndrome de Burnout em professores: estudo comparativo entre o ensino público e privado**. Psicologia Argumento. v.33, n. 80, p, 270-281, 2015.
- CARLOTTO, M. S. **Prevenção da síndrome de burnout em professores: um relato de experiência**. Mudanças - Psicologia da *Saúde*. v.22, n. 1, 2014.
- CARLOTTO, M. S. **A síndrome de burnout e o trabalho docente**. Psicologia em Estudo -Maringá. v 7, n.1. p. 21-29, 2002.
- CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 27, n. 4, p. 403-140, 2011.
- FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R. **Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo**. Revista brasileira de epidemiologia, v.18, n.1, p. 68-79, 2015.
- FRANÇA, T.L.B; OLIVEIRA, A.C.B.L; LIMA, L.F; MELO, J.K.F.M; SILVA, R.A.R. **Syndrom: chacacteristics, diagnosis, risk factors and prevention**. Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco on line, v. 8, n.10, p.3539-46, 2014.
- JODAS, D.A; HADDAD, M.C.L. **Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário**. Acta. paulista de enfermagem, v. 22, n. 2, p.192-197, 2009.
- LOPES, A.P; PONTES, E.A.S. **Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre professores das redes pública estadual e particular**. Psicologia Escolar e Educacional, v. 13, n. 2, p. 275-81. 2009.
- MASSA, L.D.B; SILVA, T.S.S; SÁ, I.S.V.B; BARRETO, B.C.S; ALMEIDA, P.H.T.Q. E PONTES, T.B. **Síndrome de Burnout em professores universitários**. Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 27, n. 2. P.180-9, 2016.

VACINAÇÃO CONTRA O HPV EM ADOLESCENTES: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE A COBERTURA VACINAL

Amanda Araújo Ferreira

Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Aíla Marôpo Araújo

Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Mônica de Oliveira Rocha Amorim

Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Diego Filgueira Albuquerque

Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Natal/RN

RESUMO: Conhecer a cobertura vacinal da vacina contra o HPV em adolescentes do Estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa. Evidenciou-se que a cobertura vacinal da primeira dose da vacina contra o HPV é maior para o sexo masculino do que para o sexo feminino. Isto demonstra que os meninos estão procurando mais os serviços de saúde. Nas regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte os municípios que se destacam com as maiores coberturas são Mossoró com 19,80% e Pau dos Ferros com 18,40% para ambos os sexos. Portanto, constata-se que as coberturas vacinais em todas as regiões de saúde do Estado do RN

são insatisfatórias tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino, uma vez que a meta é vacinar pelo menos 80% do grupo-alvo, conforme a população-alvo definida para cada ano pelo Ministério da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura vacinal. Adolescentes. Papilomavírus humano. Imunização.

VACCINATION AGAINST HPV IN ADOLESCENTS: EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON VACCINE COVERAGE

ABSTRACT: To know the vaccination coverage of the HPV vaccine in adolescents of the State of Rio Grande do Norte. This is an epidemiological, descriptive and quantitative approach. It has been shown that vaccination coverage of the first dose of the HPV vaccine is greater for males than for females. This shows that boys are looking for more health services. In the health regions of the State of Rio Grande do Norte the municipalities that stand out with the highest coverage are Mossoró with 19.80% and Pau dos Ferros with 18.40% for both sexes. Therefore, vaccination coverage in all health regions of the State of the Newborn is unsatisfactory for both females and males, since the goal is to vaccinate at least 80% of the target group, according to target population

defined by the Ministry of Health each year.

KEYWORDS: Vaccination coverage. Adolescents. Human papillomavirus. Immunization.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada 10 pessoas estão infectadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), e são detectados 500 mil novos casos de câncer cervical por ano (ZARDO et al. 2014). O HPV possui mais de 150 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC). E de acordo com Brasil (2015), é causa necessária ainda que não suficiente, para o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Os tipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero. É importante destacar que o câncer de colo uterino é um sério problema de saúde pública devido à alta incidência e mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento. Em 2018, as estimativas divulgadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) são de 16.370 casos novos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, destaca-se o Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) criado em 1973, com a finalidade do controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução da mortalidade, sendo a vacinação uma das intervenções mais custo-efetivas e seguras para se combater doenças de etiologia infecciosa, como o HPV (BRASIL, 2014).

Nessa direção, em 2014 foi introduzida a vacina bivalente contra o HPV que protege contra os tipos 16 e 18, e a quadrivalente contra os tipos 6, 11, 16 e 18. As duas constituem medidas bastante eficazes na prevenção do câncer cervical, se utilizadas antes do início da atividade sexual (BRASL, 2014).

Atualmente, a vacina contra o HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 doses (0 e 6 meses).

O Ministério da Saúde preconizou os adolescentes como a população alvo desta vacina pelo fato de ser altamente eficaz neste público e antes de iniciar a vida sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez a cem vezes mais altas em relação à infecção naturalmente adquirida. Assim, os jovens poderão chegar à fase adulta com menor risco de contrair o vírus do HPV (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, realizar a vigilância da cobertura vacinal é indispensável para a melhoria dos programas de imunização. No entanto, a vacinação não deixa de enfrentar obstáculos, que inclui desde o acesso aos serviços de saúde, até as causas associadas a crenças, mitos e superstições. Uma possibilidade de estratégia

adicional de vacinação, é realizar a vacinação nas escolas, que contribui para o alcance e adesão do público alvo (LUHM; CARDOSO; WALDMAN; 2010).

Diante disso, é preciso ressaltar que à vacinação é uma ferramenta de prevenção primária, e não substitui o rastreamento do câncer realizado por meio do exame de Papanicolau, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos de HPV (BRASIL, 2014).

Cabe dar destaque, ao enfermeiro, peça fundamental nesse processo, onde o mesmo é responsável pela sala de vacina e pelas campanhas de sensibilização e prevenção sobre a importância de ter a vacinação em dia, contribuindo com a redução da incidência das doenças.

Com isso, o estudo tem como objetivo conhecer a cobertura vacinal da vacina contra o HPV em adolescentes do Estado do Rio Grande do Norte.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 O vírus do HPV

O HPV é um vírus da família papovaviridae que atinge a pele e as mucosas, e pode causar verrugas ou lesões precursoras do câncer, como o câncer de colo de útero, garganta ou ânus. O HPV acomete homens e mulheres e afeta tanto a região genital como a extragenital, sendo que, o HPV é transmitido mais facilmente do homem para a mulher. Alguns fatores de risco como o estado imunológico, tabagismo, herança genética, hábitos sexuais e uso prolongado do contraceptivo oral colaboram para a permanência da infecção e a progressão para lesões intraepiteliais (COSTA; GOLDENBERG; 2013).

A principal forma de transmissão do HPV é por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital. Mas também pode ser transmitido, durante o parto ou, ainda, através de instrumentos ginecológicos não esterilizados (BRASIL, 2015).

De acordo com Zardo et al. (2014), a população masculina é a principal responsável pela transmissão do vírus para as mulheres, que ocorre de forma sexual. Dessa forma, a infecção pode ocorrer em mulheres sexualmente ativas em qualquer idade, embora seu pico de incidência seja antes dos 25 anos de idade. Como o HPV geralmente é transmitido através da relação sexual, o uso do preservativo diminui consideravelmente a possibilidade de transmissão do vírus, apesar de não evitá-la totalmente.

2.1.2 A vacina contra o HPV

A vacina contra HPV consiste em um método profilático que apresenta eficácia diante do câncer cervical. Com a aprovação da primeira vacina pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para prevenção de infecção pelo HPV, no ano de 2006, a Gardasil (Vacina contra o Papilomavírus Humano recombinante tipos 6, 11, 16, 18) mostrou-se 100% efetiva contra os tipos de HPV 16 e 18, responsáveis por 70% dos cânceres cervicais (ARAÚJO et al. 2014).

A vacina que é disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é profilática, e tem como objetivo reduzir o impacto do vírus no desenvolvimento de câncer de colo de útero, pênis, garganta e ânus. No esquema vacinal de 2 doses e distribuída de forma gratuita para a população alvo em unidades de saúde, escolas públicas e privadas, mediante autorização dos pais e de parceria com as secretarias de saúde dos municípios. Para ambos os sexos, a meta é vacinar 80% da população preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

A estratégia de vacinação para meninos também contribui para reduzir a transmissão do vírus para as mulheres e, assim, reduzir adicionalmente a incidência de doença relacionada ao HPV na população feminina, fortalece as ações de saúde deste público e constituir-se em uma oportunidade para o fortalecimento das ações de prevenção da doença na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2018).

De acordo com Araújo et al. (2010), os adolescentes fazem parte dos grupos prioritários ao Programa Nacional de Imunização (PNI) em virtude da elevada susceptibilidade a algumas doenças evitáveis por vacinas e especialmente pela sua baixa cobertura vacinal necessária ao controle das doenças imunopreveníveis, uma vez que a cobertura vacinal é um indicador de saúde relevante.

Sendo assim, a vacina contra o HPV previne na população feminina os cânceres do colo do útero, vulva, vagina e região anal, refletindo na redução da incidência e da mortalidade por esta enfermidade, além da redução da incidência das verrugas genitais. Já na população masculina previne os cânceres de pênis, ânus e garganta e contra as verrugas genitais. Além disso, por serem os responsáveis pela transmissão do vírus para suas parceiras, ao receber a vacina estão colaborando com a redução da incidência do câncer de colo de útero e vulva nas mulheres (BRASIL, 2018).

Desse modo, as ações do PNI estão organizadas para atingir a cobertura universal e uniforme no território nacional através das atividades de rotina desenvolvidas nas unidades básicas de saúde com os “dias nacionais de vacinação”, que pretendem a ampliação da cobertura para grupos populacionais que por diferentes motivos têm dificuldade para ter acesso ao serviço de rotina. Dentre as principais metas estão a garantia de alcance das altas coberturas e homogeneidade nos diferentes grupos populacionais para garantir a interrupção da cadeia de transmissão e impedir a ocorrência de surtos (BARATA, 2013).

Recomenda-se a imunização de meninas e meninos a partir de idades que mudam conforme as normas de cada país. A imunização antes da exposição ao HPV resulta em proteção durável tanto para mulheres quanto para homens (OSIS; DUARTE; SOUZA; 2014).

Em relação as contraindicações, a vacina contra o HPV não deve ser administrada nos adolescentes com: hipersensibilidade ao princípio ativo ou qualquer uma das substâncias da vacina, que desenvolveram sintomas indicativos de hipersensibilidade grave após receber uma dose da vacina HPV, em casos de alergia a leveduras e não é indicada para gestantes (caso a menina engravide antes de terminar o esquema vacinal, a segunda dose deve ser adiada até o período pós-parto). Vale lembrar que a imunossupressão por doença ou medicamentos não contraindica a vacinação (BRASIL, 2018).

No Brasil, os adolescentes correspondem a 20,8% da população geral, sendo que 10% estão na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos. Sabe-se que é neste período que existe uma elevada susceptibilidade a algumas doenças, tais como rubéola, sarampo, tétano, AIDS e especialmente à Hepatite B, pois os adolescentes apresentam uma maior tendência a relações sexuais sem proteção e com múltiplos parceiros, experiências com drogas ilícitas e muitas vezes uso abusivo de álcool (ARAUJO et al. 2010).

Merece o destaque que há uma nova vacina contra o HPV em desenvolvimento, a 9-valente, ela servirá para o desenvolvimento da imunidade contra os tipos virais: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. Essa nova vacina se encontra em estudo nos Estados Unidos (LUXEMBOURG et al. 2015).

A cobertura vacinal dos adolescentes no país ainda é baixa, pelo fato dos pais acreditarem em mitos, como por exemplo, a mudança comportamental sexual dos seus filhos devido à vacina. Sendo assim, mesmo que dados estatísticos apresentados em estudos prévios apontem para o aumento das coberturas vacinais nos últimos anos, sabe-se que persistem uma quantidade considerável de adolescentes com baixa cobertura vacinal em muitas regiões do país, especialmente em áreas rurais e nas periferias de grandes cidades (ARAUJO et al. 2010).

Diante dessa realidade, além da dificuldade do acesso aos serviços de saúde, tem-se como agravante desta situação algumas questões socioeconômicas, educacionais e culturais, que de certa forma podem interferir negativamente na aceitação e acesso desse grupo à vacinação (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI; 2007).

2.2 Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa. O estudo epidemiológico é considerado o instrumento que estuda onde as pessoas que mais adoecem e de que adoecem, levando em consideração os determinantes sociais da saúde, e as condições relacionadas ao processo de saúde-doença de

uma dada população (COSTA; BARRETO; 2008).

No estudo descritivo realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador (BARROS; LEHFELD; 2007).

A pesquisa quantitativa prioriza apontar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo, ou população. Estas medidas são precisas e podem ser úteis para decisões mais acertadas. Neste caso, as ferramentas estatísticas devem ser aplicadas com rigor para que haja a confiabilidade necessária para, através da amostra, inferirmos resultados sobre a população de interesse (BARROS; LEHFELD; 2007).

Os dados foram coletados através do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O SIPNI consiste em um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde em 2017 (meninas de 9 a 14 anos e meninos de 12 a 13 anos de idade), período de tempo e área geográfica (OSIS; DUARTE; SOUZA; 2014).

O SIPNI possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição (NÓBREGA; TEIXEIRA; LANZIERI; 2010). Já o DATASUS é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre a saúde, ou seja, é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS).

As variáveis utilizadas no estudo foram: sexo, regiões do país e regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

Em seguida os dados foram tabulados e analisados conforme a estatística descritiva.

2.3 Resultados

Conforme a tabela 1, a cobertura vacinal da primeira dose da vacina contra o HPV para o sexo masculino é maior que o sexo feminino. Isso mostra que os meninos estão procurando mais os serviços de saúde. Quanto a distribuição por região, tem-se, que as regiões Centro-Oeste e Norte possuem as maiores coberturas para o sexo feminino, já no sexo masculino se concentram nas regiões Sul e Centro-Oeste.

Dose /Sexo	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
D2* Feminino (%)	16,58	17,75	14,68	12,95	17,91
D1* Feminino (%)	11,62	11,3	10,66	9,48	12,58
D1* Masculino (%)	21,32	22,66	22,11	24,36	24,56
D2* Masculino (%)	3,82	4,5	5,13	5,51	4,94
Total (%)	12,9	13,59	12,74	12,66	14,51

Tabela 1. Cobertura vacinal da primeira e da segunda dose da vacina contra o HPV por regiões do país em 2017. Natal, RN, 2018.

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/ Datasus

*D1 - Primeira dose

*D2 - Segunda dose

Ainda na tabela 1, nota-se que a cobertura vacinal da segunda dose da vacina contra o HPV no sexo feminino é maior em relação ao sexo masculino. As regiões com maiores coberturas são no sexo feminino Centro-Oeste e Nordeste. E no sexo masculino são Sul e Sudeste. Na tabela 2, traz que a cobertura vacinal da primeira dose da vacina contra o HPV é maior nas regiões de saúde de Mossoró e Pau dos Ferros em relação as demais regiões de saúde do estado em ambos os sexos.

Região de Saúde (CIR)	D1* Feminino (%)	D1* Masculino (%)	Total (%)
São José de Mipibu	8,88	18,34	13,32
Mossoró	14,88	23,81	19,08
João Câmara	10,08	20,19	14,89
Caicó	10,13	22,73	16,04
Santa Cruz	8,69	15,20	11,77
Pau dos Ferros	10,56	27,11	18,40
Metropolitana	7,67	14,27	10,75
Açu	12,27	20,79	16,33
Total	9,75	18,8	14,01

Tabela 2. Cobertura vacinal da primeira dose da vacina contra o HPV por regiões de saúde do Estado do RN em 2017. Natal, RN, 2018.

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/ Datasus

*D1 - Primeira dose

A tabela 3 revela que a cobertura vacinal da segunda dose da vacina contra o HPV no sexo feminino é superior quando comparada com a segunda dose no sexo masculino. Destaca-se o município de Mossoró, que apresenta uma taxa elevada no sexo feminino, já no masculino, o município que de destaque é Caicó.

Região de Saúde (CIR)	D2* Feminino (%)	D2* Masculino (%)
São José de Mipibu	13,32	2,45
Mossoró	24,75	3,75
João Câmara	17,27	2,74
Caicó	13,40	4,68
Santa Cruz	14,01	2,18
Pau dos Ferros	16,00	3,98
Metropolitana	12,71	2,80
Açu	16,57	2,49
Total	15,46	3,06

Tabela 3. Cobertura vacinal da segunda dose da vacina contra o HPV por regiões de saúde do Estado do RN em 2017. Natal, RN, 2018.

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Datasus

*D2 - Segunda dose

2.4 Discussão

A partir dos resultados obtidos, constata-se que as coberturas vacinais em todas as regiões do Brasil são insatisfatórias tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino, uma vez que a meta para o imunobiológico HPV é vacinar pelo menos 80% da população-alvo.

Quanto a cobertura vacinal por regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, não alcança a cobertura estabelecida pelo Ministério da saúde conforme a população-alvo definida para cada ano. Os municípios que apresentam as mais baixas coberturas em ambos os sexos e doses são Santa Cruz e São José de Mipibu. Constata-se que a segunda dose da vacina é mais procurada em relação a primeira. É sabido que apenas uma dose não garante a imunidade contra o vírus do HPV.

Assim, na perspectiva de refletirmos sobre estas baixas coberturas cabe tecermos alguns comentários sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) destes municípios.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de desenvolvimento humano e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no seu relatório anual (BRASIL, 2013).

O IDH é formulado por três indicadores: vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Por meio dos dois primeiros indicadores, pretende-se avaliar a realização do bem-estar mediante a adoção de um estilo de vida resultante de escolhas livres e informadas, a partir de conhecimentos acumulados. Já o comando sobre recursos indica as necessidades básicas, como as de água, alimento e moradia. O indicador vai de uma escala de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 mais desenvolvida é a nação (BRASIL, 2013).

Tem-se também o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que segue os mesmos indicadores do IDH global, no entanto vai mais além. Embora avaliem os mesmos aspectos, os fundamentos levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Esse indicador é relevante, pois analisa a realidade complexa de cada município, além de ser um índice desenvolvido centrado nas pessoas e não apenas no desenvolvimento econômico.

É válido ressaltar que o ranking do IDHM estimula o gestor local a priorizar melhoria de vida das pessoas em suas decisões e planejamentos (BRASIL, 2013).

Sendo assim, de acordo com os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, os municípios da região de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, apresentam os seguintes IDHM: São José de Mipibu: 0,611, Mossoró: 0,720, João Câmara: 0,595, Caicó: 0,710, Santa Cruz: 0,635, Pau dos Ferros: 0,678 e Açu: 0,661. Os municípios que tiveram destaque em relação a altas coberturas vacinais foram Mossoró com IDHM alto e Pau dos Ferros com o IDHM médio. Já os municípios que tiveram as mais baixas coberturas vacinais foram Santa Cruz e São José de Mipibu em que os dois possuem o IDHM médio.

Diante disso, é preocupante essa baixa cobertura, pois somente ao alcançar elevadas coberturas vacinais será capaz de ocorrer uma “imunidade coletiva ou de rebanho”, ou seja, há a possibilidade de redução da transmissão mesmo entre as pessoas não vacinadas (IWAMOTO; TEIXEIRA; TOBIAS; 2017).

Um estudo realizado no município de Amparo em São Paulo sobre a estratégia e adesão da vacinação contra HPV, demonstraram que a estratégia ideal para garantir boa cobertura vacinal baseia-se no aumento da adesão aos programas de imunização. A principal estratégia consiste na parceria com as escolas públicas e privadas e Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), garantindo informação e esclarecimento do público-alvo e seus responsáveis (IWAMOTO; TEIXEIRA; TOBIAS; 2017).

De acordo com Pereira e Souza (2017), para que se tenha uma maior adesão dos adolescentes na vacinação contra o HPV, é necessário a realização de palestras e divulgação midiática sobre a importância da vacina como meio de prevenção. Os profissionais de saúde podem se unir com equipe pedagógica para a realização de palestras nas escolas, com o objetivo de informar os adolescentes e os responsáveis, sobre o Papiloma Vírus Humano, e como consequência alcançar o maior número de adolescentes imunizados.

Iwamoto, Teixeira e Tobias (2017), demonstram em seu estudo que boa parte da população estudada está informada sobre a existência da vacina e sobre as campanhas do governo e é favorável à sua implantação, porém ainda existe uma pertinente resistência à aceitação. Sendo justificada principalmente pelo baixo nível de conhecimento sobre a doença provocada pelo HPV, o que justificaria a baixa procura por esse imunobiológico.

Quevedo (2016), em seu estudo afirma que no ano que implementou a vacina (2014), teve como cenário as escolas e Unidades de Saúde da Família do SUS. E ter a escola como cenário, sendo que é local onde os adolescentes estão em maior parte do dia, e isso contribuiu para ter uma cobertura vacinal excelente.

Segundo Machado (2016), uma das causas para a baixa cobertura vacinal em adolescente é a oportunidade perdida de vacinação, como consequência de não ter procurado o serviço de saúde, demonstrando que há uma necessidade da equipe de saúde realizar atividades que envolvam a vacinação. Dessa forma ter a escola junto a Estratégia de Saúde da Família podendo abranger mais adolescentes, onde atingiria um índice maior de público alvo como também forneceria informações a respeito de transmissões do HPV.

De acordo com Sousa et al. (2018), a justificativa para a cobertura vacinal ser maior em meninos do que em meninas, estar relacionada com as questões culturais e religiosas. Muitos pais são contra a vacinação por medo de possíveis efeitos colaterais e por pensarem que a vacina irá incentivar a iniciar a vida sexual precoce, havendo, portanto, desconhecimento sobre a segurança e impacto positivo da vacina na saúde dos filhos.

Diante do exposto, é importante destacar que a enfermagem pode atuar oferecendo assistência de forma integral, procurando exercer seu papel de cuidar através de ações de educação para a saúde, a saúde sexual e reprodutiva, orientações acerca da prevenção das IST's de uma forma humanizada, acolhedora e ética. Investindo em campanhas educativas nas escolas que é uma grande aliada para chegarmos aos adolescentes de forma mais afetiva. Procurando sempre enfatizar sobre a real importância do uso da vacina e sua eficácia com a meta de reduzir a incidência do câncer de colo uterino.

Quevedo (2016), em seu estudo afirma que no ano que implementou a vacina (2014), teve como cenário as escolas e Unidades de Saúde da Família do SUS. E ter a escola como cenário, sendo que é local onde os adolescentes estão em maior parte do dia, e isso contribuiu para ter uma cobertura vacinal excelente.

Segundo Machado (2016), uma das causas para a baixa cobertura vacinal em adolescente é a oportunidade perdida de vacinação, como consequência de não ter procurado o serviço de saúde, demonstrando que há uma necessidade da equipe de saúde realizar atividades que envolvam a vacinação. Dessa forma ter a escola junto a Estratégia de Saúde da Família podendo abranger mais adolescentes, onde atingiria um índice maior de público alvo como também forneceria informações a respeito de transmissões do HPV.

De acordo com Sousa et al. (2018), a justificativa para a cobertura vacinal ser maior em meninos do que em meninas, estar relacionada com as questões culturais e religiosas. Muitos pais são contra a vacinação por medo de possíveis efeitos colaterais e por pensarem que a vacina irá incentivar a iniciar a vida sexual precoce, havendo, portanto, desconhecimento sobre a segurança e impacto positivo

da vacina na saúde dos filhos.

Diante do exposto, é importante destacar que a enfermagem pode atuar oferecendo assistência de forma integral, procurando exercer seu papel de cuidar através de ações de educação para a saúde, a saúde sexual e reprodutiva, orientações acerca da prevenção das IST's de uma forma humanizada, acolhedora e ética. Investindo em campanhas educativas nas escolas que é uma grande aliada para chegarmos aos adolescentes de forma mais afetiva. Procurando sempre enfatizar sobre a real importância do uso da vacina e sua eficácia com a meta de reduzir a incidência do câncer de colo uterino.

3 | CONCLUSÃO

Os dados analisados sobre a cobertura vacinal no estado do Rio Grande do Norte são abaixo da meta estabelecida pelo governo.

Têm-se que a vacina contra o HPV é primordial para a redução da morbimortalidade das doenças relacionadas ao vírus. Porém, é importante lembrar que o uso de preservativos e a realização do exame de rastreamento (Papanicolau) são aliados da vacina para diminuição das afecções genitais.

Cabe a reflexão de que as estratégias utilizadas pelas equipes de saúde não estão sendo eficientes, já que não se consegue atingir as metas de vacinação.

Por fim, ao se conseguir uma boa cobertura vacinal da vacina contra o HPV toda a população estará sendo beneficiada, já que terá impacto na redução da morbimortalidade por câncer cervical e câncer de pênis, respectivamente. Portanto aponta-se para a necessidade de que as políticas públicas voltadas para a saúde dos adolescentes sejam mais eficientes e efetivas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Aíla Marôpo et al. **Vacina contra papilomavírus humano na prevenção do câncer cervical**: Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 11, p.102-114, ago. 2014.

ARAÚJO, Silvia Cristina Fonseca de et al. **Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.32-44, 2013.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de et al. **Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Teresina, v. 12, p.502-510, 2010.

BALLALAI, Isabella; MONTEIRO, Denise Leite Maia; MIGOWSKI, Edimilson. **Vacinação na adolescência**. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 4, p.50-56, 2007.

BARROS, Aidil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida Souza. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. Brasil: Makron, 2007. 176 p.

BARATA, Rita Barradas; PEREIRA, Susan Medeiros. **Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador**, Bahia. Brasileira de Epidemiologia, Salvador, p.266-277, 16 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 62-sei/2017 cgpni/devit/svs/ms**. Brasília: Ministério da Saúde - Brasil, 2007. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/08/NOTA-INFORMATIVA-N%C2%BA-62.pdf>> Acesso em: 21 Maio 2017.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (hpv) na atenção básica**. 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-T--cnico-Introdu---o-vacina-HPV>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)**. 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2015/junho/26/Informe-T--cnico-Vacina-HPV-2015-FINAL.P>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

COSTA, Larissa Aparecida; GOLDENBERG, Paulete. **Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, p.249-261, 2013.

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Belo Horizonte, v. 12, p.189-201, 2008.

DATASUS - **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**, 2018. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgj.exe?pni/cnv/cpnirn.def>>. Acesso em: 18 de abril 2018.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html>. Acesso em: 16 de jun 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estatísticas do Câncer de Colo do Útero**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018>>.pdf. Acesso em: 21 De maio de 2018.

IWAMOTO, Karime Ortiz Fugihara; TEIXEIRA, Lhuanna Mária Barbosa; TOBIAS, Gabriela Camargo. **Estratégia de vacinação contra o HPV**. Revista de Enfermagem Ufpe, Recife, v. 8, p.5282-5288, dez. 2017.

KREUGE, Maria Regina Orofino; LIZOTT, Luiza Soster; FRIEDRICH, Henrique de Almeida. **Imunização contra HPV: nível de conhecimento dos adolescentes**. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, p.38-45, set. 2017.

LUHM, Karin Regina; CARDOSO, Maria Regina Alves; WALDMAN, Eliseu Alves. **Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR**. Saúde Pública, São Paulo, p.1-9, 23 ago. 2010.

LUXEMBOURG et al. Phase III, **randomized controlled trial in girls 9-15 years old to evaluate lot consistency of a novel nine-valent human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine**. Human Vaccines & Immunotherapeutics, Inglaterra, v. 11, n. 6, p. 1306-1312, jun. 2015.

MACHADO, Patrícia Araújo Teixeira; ALCÂNTARA, Carlos Mendes. **Cobertura Vacinal Contra o HPV em Meninas de 09 a 11 Anos no Município de Rolim de Moura – RO**. Revista Enfermagem e Saúde Coletiva, São Paulo, 2016.

NÓBREGA, Aglaêr Alves da; TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; LANZIERI, Tatiana Miranda. **Avaliação do sistema de informação do programa de imunizações (SI-PNI)**. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p.145-153, 2010.

PEREIRA, Fernanda de Brito; SOUZA, Érika Pereira de. **Cobertura Vacinal do HPV para Adolescentes: Desafios e possibilidades**. Id On Line: Revista Multidisciplinar, Bahia, v. 11, p.530-540, 2017.

QUEVEDO, J. et al. **Implementação da vacina HPV no Brasil: Diferenciações entre a comunicação pública oficial e a imprensa midiática e sua relação com as coberturas vacinais**. Revista Tecnológica e Sociedade. Curitiba, v. 12, n. 24, p. 1-26, jul. 2017.

SOUSA, Priscila Dantas Leite e et al. **Conhecimento e aceitabilidade da vacina para o HPV entre adolescentes, pais e profissionais de saúde: elaboração de constructo para coleta e composição de banco de dados**. Portal de Revista Usp, São Paulo, p.58-68, 2018.

ZARDO, Geisa Picksius et al. **Vacina como agente de imunização contra o HPV**. Ciência & Saúde Coletiva, Curitiba, v. 19, p.3799-3808, 2014.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO- Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes de Trabalho 217
Administração de Medicamentos 91
Adolescente 56, 58, 230
Aleitamento materno 119, 124, 125, 126, 129, 131
Alto risco 8
Análise de prescrição 29
Animais Venenosos 249
Argiloterapia 35, 41
Atenção farmacêutica 19, 21, 26, 27
Atenção Primária à Saúde 1, 2, 21, 34
Avaliação em Saúde 249

B

Benefícios 35, 40, 128

C

Capinzal do Norte 28, 29, 30, 31
Cobertura vacinal 278, 284, 285, 288, 289
Criança 51, 56, 58, 230
Cuidados Críticos 68
Cuidados de Enfermagem 35, 45

D

Diabetes Mellitus 19, 20, 27, 53
Diabéticos 54
Distribuição Espacial da População 107
Doenças crônicas 203, 212
Dor de cabeça 8

E

Enfermagem 35, 39, 42, 45, 46, 50, 53, 55, 56, 67, 69, 77, 91, 92, 99, 106, 129, 131, 132, 140, 141, 165, 168, 175, 189, 190, 195, 196, 201, 202, 203, 216, 217, 221, 226, 228, 247, 249, 259, 264, 267, 288, 289, 291
Epidemiologia 6, 27, 33, 56, 58, 78, 89, 133, 162, 163, 166, 168, 177, 189, 191, 192, 197, 219, 248, 259, 261, 266, 289
Equipe de Enfermagem 217
Esgotamento profissional 267

Esquistossomose 154, 157, 162, 163, 164

Estigma Social 153

Estomoterapia 68, 76

F

Farmacoterapia 29

Fatores de Risco 203

H

Hanseníase 1, 2, 3, 5, 6, 56, 57, 58, 65, 177, 188, 189, 190

I

Imunização 278, 279, 281, 283, 289

Indicadores Básicos de Saúde 107

Infecção 78, 162, 166, 168, 169, 172

Inundação 154

L

Lesão por pressão 68, 72, 74

Litoral 154, 162

M

Maranhão 7, 8, 35, 38, 53, 54, 82, 89, 90, 91, 93, 94, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 118, 138, 177, 178, 179, 185, 188, 189, 192, 196, 245, 259

Microcefalia 266

Mortalidade 11, 64, 118, 142, 144, 147, 192, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201

N

Neoplasias penianas 197

Notificação de Doenças 133

P

Papilomavírus humano 278

Perda auditiva 101

Perfil de Saúde 249

Perfil epidemiológico 88, 89, 139, 168, 169, 171, 175, 176, 189, 190, 247

Pré-natal 8, 51, 108, 117, 118

Prevalência 77, 78, 130, 159, 163, 169, 176, 226, 273

Prevenção de Doenças 203

Psiquiatria 259

S

Saúde da Mulher 44, 51, 228, 229, 230, 240

Saúde do Trabalhador 217, 222

Saúde Materna 107

Saúde Mental 153, 165, 263

Saúde na fronteira 267

Saúde Pública 2, 5, 33, 66, 67, 88, 99, 118, 130, 134, 139, 154, 162, 163, 164, 190, 195, 205, 222, 228, 229, 249, 288, 289, 291

Serviço de Acompanhamento de Paciente 19

Serviços de Saúde Escolar 56

SINAN 9, 1, 2, 3, 78, 79, 80, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 178, 179, 231, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257

T

Taxa de Mortalidade 192, 199, 200

Tuberculose 88, 89, 133, 134, 138, 139

U

Unidades de Terapia Intensiva 166, 168

Universidades 267

Usuários de Drogas 153

V

Vigilância Epidemiológica 5, 133, 138, 188, 222, 223

Violência Sexual 228, 229, 231, 232

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-570-9

