



CONHECIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edson da Silva
(Organizador)



CONHECIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edson da Silva
(Organizador)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

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

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

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

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

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

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

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

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

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

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

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

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

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

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

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

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

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

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

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

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Conhecimentos e desenvolvimento de pesquisas nas ciências da saúde

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: David Emanuel Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Edson da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C749 Conhecimentos e desenvolvimento de pesquisas nas ciências da saúde / Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-582-2

DOI 10.22533/at.ed.822202511

1. Saúde. 2. Pesquisa. 3. Conhecimento. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

APRESENTAÇÃO

A coleção “Conhecimentos e Desenvolvimento de Pesquisas nas Ciências da Saúde” é uma obra com foco na análise científica e foi desenvolvida por autores de diversos ramos da saúde. A obra foi estruturada com 127 capítulos e organizada em cinco volumes.

Cada e-book foi organizado de modo a permitir que a leitura seja conduzida de forma independente e com destaque no que seja relevante para você que é nosso leitor.

Com 25 capítulos, o volume 1 reúne autores de diferentes instituições que abordam trabalhos de pesquisas, relatos de experiências, ensaios teóricos e revisões da literatura. Neste volume você encontra atualidades em diversas áreas da saúde.

Deste modo, a coleção Conhecimentos e Desenvolvimento de Pesquisas nas Ciências da Saúde apresenta trabalhos científicos baseados nos resultados obtidos por pesquisadores, profissionais e acadêmicos de diversos cursos da área. Espero que as experiências compartilhadas neste volume contribuam para o seu aprimoramento nas temáticas discutidas pelos autores.

Edson da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PROJETO DE EXTENSÃO: CUIDANDO DOS PACIENTES PORTADORES DE PÉ DIABÉTICO CADASTRADOS NA UBS DE BAIRRO REPÚBLICA EM VITÓRIA-ES

Thais Poubel Araujo Locatelli
Bianca Catarina Melo Barbiero
Breno Moreira Demuner
Igor Henrique Correia Magalhães
Izabelle Pereira Lugon Moulin
Pedro Vicentine Lopes de Souza
Tânia Mara Machado Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.8222025111

CAPÍTULO 2..... 9

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SÍNDROME DE FOURNIER. UMA AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Marcos Henrique Pereira
Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento
Adilson Bras Pessím Borges Filho

DOI 10.22533/at.ed.8222025112

CAPÍTULO 3..... 19

CONHECIMENTO DO HIPERTENSO SOBRE A DOENÇA: ADESÃO AO TRATAMENTO E IMPACTOS

Thays Bento dos Santos
Marina Rodrigues de Araújo Ávila
Amanda Naves Nunes
Ana Luisa Sirotheau Corrêa Alves
Nathalia Teixeira Sousa e Braganti
Thais Helena Paro Neme
Mariane Resende David
Caroliny Gonzaga Marques
Herbert Christian de Souza

DOI 10.22533/at.ed.8222025113

CAPÍTULO 4..... 31

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA DIABETES E HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ-PA

Letícia Cristina Farias Pinheiro
Letícia Regina Maia Cordeiro
Nathália Menezes Dias
Tania de Sousa Pinheiro Medeiros
Thainá Laize de Souza Papacosta
Délis Miranda dos Santos
Rildileno Lisboa Brito da Silva
Ruth Silva de Oliveira
Rodrigo Lima Vilhena

Joana Carla da Silva Souza
Rodrigo Souza Cardoso
DOI 10.22533/at.ed.8222025114

CAPÍTULO 5..... 39

LESÃO POR PRESSÃO: A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO PARA MINIMIZAR OS DANOS

Mariana Ingrid Messias Gonçalves
Maria Paula Yamaguti
Maria Vitória de Paiva Novaes
Mariane Resende David
Matheus Araújo
Rodrigo Alves Garcia
Marcos Paulo de Souza

DOI 10.22533/at.ed.8222025115

CAPÍTULO 6..... 43

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Ana Elisa Bauer de Camargo Silva
Tainara Sardeiro de Santana
Cristiane Chagas Teixeira
Robson Tostes Amaral
Thaísa Cristina Afonso

DOI 10.22533/at.ed.8222025116

CAPÍTULO 7..... 57

TABAGISMO: IMPACTO DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA QUALIDADE DE VIDA DE FUMANTES, NO ÂMBITO DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BÚZIOS

Helena Barreto Arueira
Sandra Maria de Oliveira Marques Gonçalves Queiroz

DOI 10.22533/at.ed.8222025117

CAPÍTULO 8..... 64

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS ACADÊMICOS DE FARMÁCIA

João Paulo Assunção Borges
Rita Alessandra Cardoso
Magda Maria Bernardes
Sunara Maria Lopes
Victor Gabriel de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.8222025118

CAPÍTULO 9..... 73

DESAFIOS NO MANEJO DA PSICOSE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE CASO

Raquel Sampaio Serrano

Ederson Aragão Ribeiro
Julio Cesar Couto Bem Siqueira Telles
DOI 10.22533/at.ed.8222025119

CAPÍTULO 10..... 78

PRÉ-NATAL: O QUE O ENFERMEIRO DEVE FAZER PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Maria Clara Souza Oliveira
George Marcos Dias Bezerra
Carla Michele Silva Ferreira
Sabrina Beatriz Mendes Nery
Thalêssa Carvalho da Silva
Vânia Soares Pereira
Uanderson Oliveira dos Santos
Getulivan Alcântara de Melo
Anne Heracléia Brito e Silva

DOI 10.22533/at.ed.82220251110

CAPÍTULO 11 90

LEVANTAMENTO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PRIMÍPARAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Edildete Sene Pacheco
Deyce Danyelle Lopes Silva
Vanessa Rodrigues da Silva
Miriane da Silva Mota
Mariana Pereira Barbosa Silva
Juliana Maria de Oliveira Leite
Sayane Daniela Santos Lima
Sayonara Cristina dos Santos Lima
Jéssica Pereira Cavalcante
Alessandra Alves Silvestre
Myslânia de Lima Ribeiro
Aagna Roberta Rodrigues de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.82220251111

CAPÍTULO 12..... 101

NARRATIVAS DE FAMILIARES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PUERPÉRIO DE PARENTES COM GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM OLINDA, PERNAMBUCO

Moab Duarte Acioli
Barbara Azevedo Neves Cavalcanti
Amanda Lucas Freire
Bianca Victorino Santos de Moraes
Gabrielle Lins Serra
Lêda Maria de Albuquerque Gondim

DOI 10.22533/at.ed.82220251112

CAPÍTULO 13..... 113

PERCEÇÃO DE FAMILIARES SOBRE AS MUDANÇAS, IMPACTOS E RELAÇÕES ENTRE O ESTILO DE VIDA E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Moab Duarte Acioli
Barbara Azevedo Neves Cavalcanti
Gabrielle Lins Serra
Lêda Maria de Albuquerque Gondim
Amanda Lucas Freire
Bianca Victorino Santos de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.82220251113

CAPÍTULO 14..... 129

RISCO DE TRANSTORNOS MENTAIS DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS E NÃO GRÁVIDAS ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM OLINDA, PERNAMBUCO

Moab Duarte Acioli
Gabrielle Lins Serra
Barbara Azevedo Neves Cavalcanti
Bianca Victorino Santos de Moraes
Lêda Maria de Albuquerque Gondim
Amanda Lucas Freire

DOI 10.22533/at.ed.82220251114

CAPÍTULO 15..... 139

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E GINECO-OBSTÉTRICAS DE GESTANTES VINCULADAS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UMA CAPITAL NORDESTINA

Rayanne Aguiar Alves
Messias Lemos
Mariana Nunes Fabrício
Roseanne Maria Silva Barbosa Santana
Tatiana Elenice Cordeiro Soares

DOI 10.22533/at.ed.82220251115

CAPÍTULO 16..... 148

PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

João Paulo Assunção Borges
Leiliane Aparecida Vieira Delfino
Luana Thomazetto Rossato
Raíssa Martins da Silva

DOI 10.22533/at.ed.82220251116

CAPÍTULO 17..... 158

SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO: EXPERIÊNCIAS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Heloisa Schatz Kwiatkowski
Caroline Menzel Gato

Jennifer Clement
Bárbara Stertz
Liziane Bonazza
Simone dos Santos Pereira Barbosa
Adriana Cristina Hillesheim

DOI 10.22533/at.ed.82220251117

CAPÍTULO 18..... 168

ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elayne Cavalcante Evangelista
Denise Silva dos Anjos
Karoline da Silva Freire
Lindamir Francisco da Silva
Juliana do Nascimento Freitas

DOI 10.22533/at.ed.82220251118

CAPÍTULO 19..... 175

OCORRÊNCIA DE RAIVA EM HERBÍVOROS DO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG, NOS PERÍODOS DE 2015 A 2019

Jehsse Ferreira Pacheco
Danielle Vitorino Moraes
Gabriela Ferreira Santos
Getulio Luiz Rabelo Neto
Liandra Laís Luna Melo
Yasmim Eduardo Cruvinel

DOI 10.22533/at.ed.82220251119

CAPÍTULO 20..... 184

COLETA DE RESÍDUOS: UM OLHAR SOBRE OS RISCOS A SAÚDE DOS CATADORES

Raquel Moraes dos Santos
Analiz de Oliveira Gaio
Fabiana Lopes Joaquim
Mylena Vilaça Vivas
Maíara Barbosa Nogueira da Costa

DOI 10.22533/at.ed.82220251120

CAPÍTULO 21..... 194

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO ESTADO DO MARANHÃO

Eullâynne Kassyanne Cardoso Ribeiro
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Luciana Stanford Baldoino
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Maria Tamires Alves Ferreira
Vinícius de Sousa Martins
José Nilson Stanford Baldoino
Ricardo Clayton Silva Jansen

Michelle Kerin Lopes
Josué Alves da Silva
Ana Maria Santos da Costa
Bruna Araújo Vaz

DOI 10.22533/at.ed.82220251121

CAPÍTULO 22.....204

VULNERABILIDADE E FATORES DE RISCO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV EM ADOLESCENTES

Cristianne Soares Chaves
Andrea Gomes Linard
Emilia Soares Chaves Rouberte
Edmara Chaves Costa
Ana Débora Assis Moura
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.82220251122

CAPÍTULO 23.....222

AVALIAÇÃO DE DADOS EXPERIMENTAIS: UMA ABORDAGEM ALÉM DAS TÉCNICAS BIOESTATÍSTICAS

Giselle Marianne Faria
Lucio Souza Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.82220251123

CAPÍTULO 24.....235

IMPACTOS DA FISIOTERAPIA EM UM PACIENTE INSTITUCIONALIZADO COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA E DEGENERAÇÃO CEREBELAR ALCOÓLICA: UM RELATO DE CASO

João Victor Silveira Machado de Campos
Gustavo Vilela Alves
Mara Rúbia Franco Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.82220251124

CAPÍTULO 25.....238

DENGUE NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 30 ANOS

Patrick Jesus de Souza

DOI 10.22533/at.ed.82220251125

SOBRE O ORGANIZADOR.....250

ÍNDICE REMISSIVO.....251

CAPÍTULO 1

PROJETO DE EXTENSÃO: CUIDANDO DOS PACIENTES PORTADORES DE PÉ DIABÉTICO CADASTRADOS NA UBS DE BAIRRO REPÚBLICA EM VITÓRIA-ES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Thais Poubel Araujo Locatelli

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/6539735749098139>

Bianca Catarina Melo Barbiero

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/6726382510408273>

Breno Moreira Demuner

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/8454205113813001>

Igor Henrique Correia Magalhães

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/4667998587527553>

Izabelle Pereira Lugon Moulin

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/0275012704813345>

Pedro Vicentine Lopes de Souza

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/4246899003106240>

Tânia Mara Machado Fonseca

Faculdade Brasileira – Multivix.
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/5016774487247581>

RESUMO: O projeto de extensão propôs a prevenção e o diagnóstico precoce do pé diabético nos pacientes portadores de diabetes tipo 2 em uso de insulinoterapia cadastrados na Unidade Básica de Saúde do Bairro República em Vitória, ES. O objetivo foi identificar pacientes portadores de Diabetes mellitus que desenvolveram pé diabético; identificar fatores de risco para pé diabético; Avaliar o pé dos pacientes e orientar sobre medidas preventivas acerca do pé diabético. O estudo é do tipo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. Incluídos no estudo os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, diabéticos tipo 2 que fazem uso de insulina selecionados de forma aleatória pelo prontuário eletrônico, no Sistema da Rede Bem Estar. A coleta de dados foi realizada através de visitas domiciliares previamente agendadas, sendo realizado exame físico por meio de um roteiro padronizado, aplicado pelos acadêmicos de medicina previamente capacitados. O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira – Multivix. Espera-se que um maior conhecimento dos pacientes diabéticos a respeito das complicações e da cronicidade de sua doença possa diminuir o número de internações hospitalares e amputações de pé e membros inferiores desses pacientes, assim como a detecção precoce dessas complicações nos pacientes envolvidos nessa pesquisa. A análise dos dados foi descritiva, por meio de cálculos percentuais, que permitiram a elaboração das tabelas e gráficos.

PALAVRAS - CHAVE: Diabetes mellitus, pé diabético, complicações do diabetes.

EXTENSION PROJECT: CARING FOR PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ENROLLED IN THE UBS OF BAIRRO REPUBLIC IN VITÓRIA-ES

ABSTRACT: The extension project proposed the prevention and early diagnosis of diabetic foot in patients with type 2 diabetes using insulin therapy registered at the Basic Health Unit of Bairro República in Vitória, ES. The objective was to identify patients with Diabetes mellitus who developed diabetic foot; identify risk factors for diabetic foot; Assess patients feet and advise on preventive measures regarding diabetic feet. The study is descriptive, prospective, with a quantitative approach. Included in the study were patients over 18 years of age, of both sexes, type 2 diabetics who use insulin randomly selected by the electronic medical record, in the 'Rede Bem Estar' System. Data collection was carried out through previously scheduled home visits, with a physical examination performed using a standardized script, applied by previously trained medical students. The project was accepted by the Research Ethics Committee of Faculdade Brasileira - Multivix. It is hoped that greater knowledge of diabetic patients about the complications and the chronicity of their disease may reduce the number of hospital admissions and amputations of the feet and lower limbs of these patients, as well as the early detection of these complications in the patients involved in this research. Data analysis was descriptive, by means of percentage calculations, which allowed the preparation of tables and graphs.

KEYWORDS: Diabetes mellitus, diabetic foot, diabetes complications.

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) engloba um grupo de distúrbios metabólicos em que há hiperglicemia. Isso ocorre devido a um comprometimento da secreção de insulina, resistência à ação da insulina ou ambos (GARCIA, 2017). Vários tipos de DM são causados por uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais (GROSS et al, 2002). A hiperglicemia crônica está associada a complicações graves a longo prazo em vários órgãos, especialmente nos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (GARCIA, 2017).

Doenças crônicas não transmissíveis como o DM assumiram papel importante aos estados por serem altamente prevalentes, de alto custo social e pelo grande impacto na morbimortalidade da população, tanto no Brasil quanto no mundo. Estima-se que o número de diabéticos em 1995 correspondia a 4% da população adulta mundial e que, em 2025, atingirá uma marca de 5,4%. Este aumento ocorrerá principalmente entre a faixa etária de 45 a 64 anos, dos quais 90% virão a desenvolver o DM tipo II (FERREIRA E FERREIRA, 2009).

As complicações do DM podem ser divididas em agudas e crônicas. A primeira compreende a cetoacidose diabética (coma hiperosmolar não-cetótico e a hipoglicemia). As crônicas manifestam seus sintomas anos após a evolução da doença, devido ao mau controle glicêmico. Geralmente, são classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença

cerebrovascular e vascular periférica). As complicações crônicas do DM são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2. Diversos fatores de risco, passíveis de intervenção, estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes diabéticos. Entre eles estão a presença da Nefropatia Diabética e da Hipertensão Arterial Sistêmica (GROSS E NEHME, 2017).

Outra complicação que está diretamente relacionada ao DM e constitui um grave problema de saúde pública se enquadrando dentro dos critérios supracitados é o pé diabético, o qual surge inicialmente após uma úlcera plantar em resposta à associação da neuropatia periférica, juntamente à doença vascular periférica e aos fatores extrínsecos (alterações biomecânicas do pé), resultando, na maioria dos casos, em infecções severas e até mesmo em amputação parcial ou total do membro afetado - quando não direcionado para um tratamento precoce e adequado (MORAIS et al., 2009; PACE et al, 2002; COSSON et al, 2005). Dados epidemiológicos brasileiros indicam que as amputações de membros inferiores ocorrem 100 vezes mais em pacientes com DM. Pacientes diabéticos com lesões graves nos pés constituem 51% dos pacientes internados em enfermarias dos Serviços de Endocrinologia nos Hospitais Universitários, com duração que pode chegar a 90 dias. A grande maioria (85%) dos casos graves que necessita internação hospitalar origina-se de úlceras superficiais ou de lesões pré-ulcerativas devido a diminuição da sensibilidade por neuropatia diabética associada a pequenos traumas, geralmente causadas por calçados inadequados, dermatoses comuns ou manipulações impróprias dos pés pelos pacientes ou por pessoas não habilitadas. As úlceras associadas à doença vascular periférica constituem uma menor parcela, porém requerem cuidados imediatos e especializados (GROSS E NEHME, 2017).

Diante desse contexto, faz-se necessário a busca ativa por esses pacientes, através de visitas domiciliares de rotina com a intenção de controle de fatores de risco e sinais de complicações que são facilmente detectados, além de orientações gerais sobre como cuidar dos pés. Importante salientar que a avaliação regular do paciente com pé diabético deve ser realizada através de profissional da saúde de nível superior, isto é, médico da família ou enfermeiro (BRASIL, 2016; SANTOS, 2012; LOPES, 2003).

Assim, o presente estudo visa a prevenção e o diagnóstico precoce do pé diabético nos pacientes diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde do Bairro República - Vitória, ES.

METODOLOGIA

O cenário escolhido foi a Unidade Básica de Saúde do Bairro República em Vitória, ES. O estudo é do tipo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. A população alvo são os pacientes portadores de diabetes tipo 2 que fazem uso de insulina, cadastrados na

UBS de Bairro República - Vitória, ES. Incluído no estudo os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e excluídos os menores de 18 anos e os que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

A amostra inicial do projeto de extensão foi constituída por 15 pacientes portadores de *Diabetes mellitus* do tipo 2, que fazem uso de insulinoterapia. A coleta de dados e exame físico dos pacientes para o estudo foi realizada pelos pesquisadores (previamente capacitados) através de visitas domiciliares, articuladas por diretor de Unidade Básica de Saúde (UBS) junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes pacientes foram identificados e selecionados a partir do prontuário eletrônico, no Sistema da Rede Bem Estar de forma aleatória.

A coleta de dados e exame físico foi feito por meio de um roteiro, aplicado pelos acadêmicos que foram previamente capacitados pela enfermeira da unidade de saúde e orientados, em relação a importância da pesquisa, necessidade de sigilo das informações e alertados para não exercer nenhuma influência nas respostas dos entrevistados. A entrevista e exame físico foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Foi utilizado o método padronizado para a obtenção dos dados, que possui a vantagem de melhorar a taxa de resposta. A análise descritiva dos dados foi feita pela utilização de texto, tabelas ou gráficos realizada de forma eletrônica pelo Excel versão 2007 e Word versão 2007.

O projeto foi aprovado pela Secretária Municipal de Saúde (SEMUS) no dia 26/06/2018 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira – Multivix, em 14/12/2018 número 3.084.027.

RESULTADOS

Dos pacientes analisados 20% (3) eram homens e 80% (12) mulheres com idades entre 52 e 78 anos.

PERDA DE SENSIBILIDADE PROTETORA (TABELA 01)	
Teste do microfilamento 10g	42,85% (6)
Perda da sensibilidade vibratória	14,28% (2)
Perda da sensibilidade ao frio	7,14% (1)
Perda do reflexo aquileu	7,14% (1)

Do total de pacientes visitados apenas 1 não foi possível realizar o exame físico completo devido a presença de comorbidades prévias que o incapacitava de responder ao questionário, sendo este excluído.

Dos pacientes examinados conforme demonstrado na TABELA 01 42,85% (6) apresentaram perda da sensibilidade protetora ao teste do microfilamento 10g, 14,28% (2) foi observado perda da sensibilidade vibratória (teste com diapasão), 7,14% (1) apresentou perda da sensibilidade ao frio (cabo diapasão) e 7,14% (1) perda do reflexo aquileu (martelo).

INSPEÇÃO DOS PÉS (TABELA 02)		
	Número	Porcentagem (%)
Dilatação de vasos em região dorsal	2	14,28
Cor de pele alterada	2	14,28
Micose ungueal	5	35,71
Calosidades	2	14,28
Pele seca/rachadura/fissuras	7	50
Micose interdigital	2	14,28
Pelos ausentes	2	14,28
Calçados inadequados	4	28,57
Total	14	100

Na inspeção dos pés (TABELA 02) 14,28% (2) apresentava dilatação em região dorsal, cor da pele alterada, calosidades, micose interdigital e pelos ausentes; 35,71% (5) apresentou micose ungueal; 50% (7) tinham pele seca, rachada ou com fissura e 28,57% (4) usavam calçados considerados inadequados. Além de 35,71% (5) já apresentarem algum tipo de deformação nos pés. Além disso 85,71% (12) pacientes relataram sentir queimação, dormência, formigamento, fadiga, câimbras ou dor principalmente em região de pés e/ou pernas; 42,85% (6) relataram já terem sido acordados a noite pelos sintomas.

Em relação a história (TABELA 03) 28,57% (4) relataram ter um mau controle glicêmico, 92,85% (13) referiram diminuição da acuidade visual, sendo que 50% (7) afirmaram já terem sido diagnosticados com retinopatia, 7,14% (1) com nefropatia e 21,42% (3) com doença vascular periférica. Destes 57,14% (8) se consideram obesos e 78,57% (11) dizem ter dislipidemia. Apenas 7,14% (1) é tabagista. Dos pacientes examinados 85,71% (12) se consideram de renda baixa e 64,28% (9) tem baixa escolaridade.

HISTÓRIA CLÍNICA (TABELA 03)	
Mal controle glicêmico	28,57% (4)
Diminuição da acuidade visual	92,85% (13)
Deformidades congênicas/adquiridas	35,71 % (5)
Doença vascular periférica	21,42% (3)
Retinopatia	50% (7)
Nefropatia	7,14% (1)
Renda baixa	85,71% (12)
Obesidade	57,14% (8)
Dislipidemia	78,57% (11)
Alcoolismo	0% (0)
Tabagismo	7,14% (1)
Escolaridade baixa	35,71% (9)

Ao exame físico 35,71% (5) dos participantes da pesquisa já possuíam algum tipo de deformidade nos pés.

DISCUSSÃO

A constatação precoce do “pé em risco” pode ser feita facilmente pela inspeção e avaliação da sensibilidade através de testes simples e de baixo custo. O emprego dessas medidas e a educação de profissionais, pacientes e familiares podem reduzir em até 50% o risco de amputação.

Fatores como idade, tipo e tempo de diagnóstico do DM, controle metabólico, tabagismo, alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial, falta de bons hábitos higiênicos no cuidado com os pés, presença de pontos de pressão anormal que favorecem as calosidades, deformidades no pé, doença vascular periférica e as dermatoses comuns (sobretudo entre os dedos) favorecem o surgimento de pé diabético (GROSS E NEHME, 2017; MILMAN, 2001). No presente estudo 50% dos pacientes examinados já apresentavam nos pés alterações como pele seca/rachadura/fissuras que com o cuidado correto são facilmente evitáveis. Além de 35,71% já apresentarem algum tipo de deformidades nos pés.

A detecção precoce do risco do surgimento do pé diabético pode ser feita pela inspeção e palpação da pele (coloração e temperatura), unhas, do subcutâneo e da estrutura dos pés, a palpação dos pulsos arteriais tibial posterior e pedioso (que pode estar ausente em 10% de indivíduos normais) e a avaliação da sensibilidade protetora plantar através de testes simples e de baixo custo (exame com monofilamento, pesquisa do reflexo profundo de Aquileu e diapasão de 128 Hz) (GROSS E NEHME, 2017). Neste estudo 42,85% pacientes apresentaram alteração da sensibilidade ao teste do microfilamento 10g. Esses pacientes devem também receber material informativo de educação, avaliação frequente, receber

cuidados por profissional habilitado acerca do uso de calçados adequados e acesso a um tipo de calçado especial, se houverem deformidades (GROSS E NEHME, 2017; PACE, 2002). As úlceras no pé se destacam como a causa comum que precede a uma amputação e são responsáveis por grande percentual de morbimortalidade e hospitalização entre os diabéticos (PACE, 2002)

Complicações nos pés causam impactos na qualidade de vida dos pacientes portadores de diabetes mellitus e no sistema de saúde, pois geram encargos e custos financeiros sendo considerada a maior causa de hospitalizações prolongadas nestes pacientes (ANDRADE, 2010), além de ser importante causa de amputações de membros inferiores (fator de incapacidade), invalidez, aposentadoria precoce e mortes evitáveis (MILMAN, 2001): Estudos têm demonstrado que programas educacionais abrangentes, que incluem exame regular dos pés, classificação de risco e educação terapêutica, podem reduzir a ocorrência de lesões nos pés em até 50% dos pacientes (COSSON et al, 2005). Nessa vertente, o auto cuidado e a avaliação dos fatores de risco por parte da equipe de saúde são medidas necessárias para a detecção precoce e prevenção do pé diabético. Dos pacientes admitidos em hospitais com diagnóstico de DM, apenas 10 a 19% tiveram seus pés examinados após a remoção de meias e sapatos. Por outro lado, sabe-se que 85% dos problemas relacionados ao pé diabético são passíveis de prevenção desde que sejam oferecidos os cuidados especializados (ANDRADE, 2010) A falta de exames dos pés na consulta médica e/ou de enfermagem, faz com que a grande maioria de pacientes com “pé em risco” não receba a orientação terapêutica apropriada.

CONCLUSÃO

Espera-se que um maior conhecimento dos pacientes diabéticos a respeito das complicações e da cronicidade de sua doença possa diminuir o número de internações hospitalares e amputações de pé e membros inferiores desses pacientes, assim como a detecção precoce dessas complicações nos pacientes envolvidos nessa pesquisa.

A partir das orientações de cuidados e tratamento adequados do paciente com pé diabético haverá redução do impacto dessas complicações na qualidade de vida dos pacientes, proporcionando-os viver de uma forma mais saudável e participativa na sociedade, reduzindo o número de internações hospitalares e amputações de membros afetados. Além disso, haverá redução dos gastos do serviço público de saúde, evitando despesas desnecessárias e facilmente preveníveis associadas ao paciente com pé diabético.

REFERÊNCIAS

- 1- ANDRADE, N.H.S. **PACIENTES COM DIABETES MELLITUS : CUIDADOS E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 616-621, 2010.
- 2- Barquilla GARCIA, **A breve atualização sobre diabetes para médicos de clínica geral.** Rev. esp. Sanid. penit. , Barcelona, v. 19, n. 2, p. 57-65, dic. 2017.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do pé diabético.** Brasília, DF, 2016.
- 4- COSSON, I.C.O.; OLIVEIRA, F.N. ADAN, F.A. **Avaliação do Conhecimento de Medidas Preventivas do Pé Diabético em Pacientes de Rio Branco, Acre.** Arq Bras Endocrinol Metab, v.49, n. 4, Agosto, 2005.
- 5- FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 53, n. 1, p. 80-86, Fevereiro. 2009.
- 6- GROSS, Jorge L. et al. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 16-26, Fevereiro. 2002.
- 7- GROSS, J.L.; NEHME, M. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia.** Rev Ass Med Brasil, v.45, n.3, p.279-284, 1999.
- 8- KASPER, Dennis L. et al. **Medicina Interna de Harrison.** 19. ed. Porto Alegre: Amgh Editora Ltda, 2017. 2770 p.
- 9- LOPES, Cícero Fidelis. **Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito.** Jornal Vascular Brasileiro. Salvador, p. 79-82. jan. 2003.
- 10- MILMAN, H.S.A. **Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 45, n.5, Outubro, 2001.
- 11- MORAIS, G.F.C. et al. **O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.
- 12- PACE, A.E.; FOSS, M.C.; VIGO, K.O.; HAYASHIDA, M. **Fatores De Risco Para Complicações Em Extremidades Inferiores De Pessoas Com Diabetes Mellitus.** Rev. Bras. Enferm., v.55, n.5, p.514-521, 2002.
- 13- SANTOS, Jumara Espindola dos; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira. **A Importância da Avaliação e Manejo do Pé Diabético na Prevenção de Incapacidades.** Abem, Campo Grande, v. 8, n. 3, p.20-24, dez. 2012.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SÍNDROME DE FOURNIER. UMA AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 19/08/2020

Marcos Henrique Pereira

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos, IMEPAC MEDICINA
Itumbiara – Goiás
<https://orcid.org/0000-0003-3333-1204>

Alfredo Oliveira Sarubby do Nascimento

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos, IMEPAC MEDICINA
Itumbiara – Goiás
<https://orcid.org/0000-0001-6779-3234>

Adilson Bras Pessím Borges Filho

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos, IMEPAC MEDICINA
Itumbiara – Goiás
<https://orcid.org/0000-0001-6877-6962>

RESUMO: Síndrome de Fournier é uma fascíte necrotizante que acomete região perineal, perianal e genital. O tratamento baseia-se, principalmente, no manejo cirúrgico, variando desde a drenagem até debridamento com ou sem derivação fecal ou urinária seguido ou não de rotação de retalhos, uso de antibióticos de largo espectro e medidas de suporte. Os pacientes pós-cirúrgicos que receberam alta hospitalar são referenciados para a atenção primária, sendo esta agora responsável pela continuidade do tratamento e assistência a família do paciente. O presente estudo buscou analisar possíveis complicações físicas e psicossociais em paciente com histórico

prévio de síndrome de Fournier. A metodologia aplicada foi um relato de experiência realizado por acadêmicos do 2º semestre do curso de medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC) do campus de Itumbiara, por meio do acompanhamento do paciente durante o transcorrer da UEI de Interação Comunitária II na UBSF nº 09 Dr. Mário Guedes, do município de Itumbiara-GO. As lesões pelveperineais representam grande desafio nos hospitais gerais, ambulatoriais e unidades básicas de saúde. Mesmo instituída a antibioticoterapia, o desbridamento cirúrgico jamais deve ser retardado, e os cuidados pós-operatórios são de extrema importância. A segunda parte do tratamento (com o paciente já em casa) consiste em um suporte nutricional adequado e nos cuidados com a ferida. A equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde desempenham papel importante no período pós-operatório, sendo a referência do paciente após retorno domiciliar. Um aspecto importante a ser destacado é a necessidade de uma boa comunicação e esclarecimento acerca da enfermidade, com o paciente e com seus familiares. A síndrome de Fournier é considerada como uma doença rara e deve ser tratada com urgência por ter rápida evolução e deterioração de tecidos saudáveis. É imprescindível a atuação da UBSF no esclarecimento durante processo de recuperação do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Síndrome de Fournier; DSS; Atenção básica; Fascíte necrotizante; Atenção domiciliar.

EXPERIENCE REPORT: FOURNIER SYNDROME. AN EVALUATION OF THE IMPORTANCE OF BASIC CARE IN POSTOPERATIVE CARE

ABSTRACT: Fournier syndrome is a necrotizing fasciitis that affects the perineal, perianal, and genital region. Treatment is mainly based on surgical management, ranging from drainage to debridement with or without fecal or urinary shunt followed or not by rotation of flaps, use of broad-spectrum antibiotics and supportive measures. Post-surgical patients who have been hospital discharged are referred to primary care, responsible for the continuity of treatment and family assistance. This study aimed to analyze potential physical and psychosocial complications in a patient with a previous history of Fournier syndrome. The applied methodology was an experience report conducted by academics in the 2nd semester of medical school Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC) from Itumbiara, through patient follow-up in the IEU of Community Interaction II in the UBSF n. 09 Dr. Mário Guedes, from Itumbiara-GO. Pelvip erineal injuries represent a major challenge in general hospitals, medical clinics, and basic health units. Even if antibiotic therapy is established, surgical debridement should never be delayed, and postoperative care is extremely important. The second part of treatment (with the patient already at home) consists of adequate nutritional support and wound care. The nursing team and community health agents make an important role in the postoperative period, being the patient's reference in home care. An important aspect a good communication and explanation about the disease, with the patient and family. Fournier syndrome is considered a rare disease and must be treated urgently by rapid evolution and deterioration of healthy tissues. It is essential the role of the UBSF in explanation the patient's in recovery process.

KEYWORDS: Fournier syndrome; SDH; Primary care; Necrotizing fasciitis; Home care.

1 | INTRODUÇÃO

Jean Alfred Fournier, um infectologista (venereologista) francês, descreveu cinco casos, em 1883, de gangrena escrotal em jovens pacientes saudáveis sem uma causa aparente. A síndrome Fournier, gangrena de Fournier ou síndrome Mellené é rara, caracterizada pelo início agudo e progressão fulminante para sepse com altos níveis de morbi-mortalidade (MEHL; et. al., 2010).

A síndrome de Fournier é uma fascíte necrotizante que acomete região perineal, perianal e genital. Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e referida na literatura com uma rica sinonímia recebeu este nome homenagem a Jean Alfred Fournier (HOFFMANN; IGLESIAS; ROTHBARTH, 2009; MOREIRA; et. al., 2017).

Esta enfermidade apresenta uma fisiopatologia caracterizada por endarterite obliterante, seguida de isquemia e trombose dos vasos subcutâneos, que resultam em necrose da pele e do tecido celular subcutâneo e adjacentes (tipicamente não causa necrose, mas pode invadir fáscia e músculo), favorecendo a entrada de bactérias a áreas previamente estéreis. À medida que ocorre disseminação de bactérias aeróbias e anaeróbias, a concentração de oxigênio nos tecidos é reduzida; com a hipóxia e a isquemia tecidual, o metabolismo fica prejudicado, provocando maior disseminação

de microrganismos facultativos, que se beneficiam das fontes energéticas das células, formando gases (hidrogênio e nitrogênio) responsáveis pela crepitação, demonstrada nas primeiras 48 a 72 horas de infecção (HOFFMANN; IGLESIAS; ROTHBARTH, 2009; DORNELAS; et. al., 2012).

Uma variedade de microrganismos tem sido encontrada em culturas de secreção da ferida e tecidos necróticos, apresentando flora mista na maioria dos casos, bactérias Gram negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter sp*), bactérias Gram positivas (*Estafilococos*, *Streptococos*, *Enterococos*, *Clostridium*) e fungos (DORNELAS; et. al., 2012).

A gangrena de Fournier pode ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes, como desnutrição, sepse, diabetes mellitus, alcoolismo, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, abscesso anorretal, doença renal ou hepática, pacientes imunossuprimidos (AIDS, sarampo, uso de quimioterápicos, leucemias), infecções do trato urinário ou perianais, entre outras. Apesar do tratamento cirúrgico imediato a mortalidade permanece elevada, alcançando em alguns estudos 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos (CANDELÁRIA; et.al., 2009; MEHL; et. al., 2010; DORNELAS; et. al., 2012).

A síndrome de Mellené embora originariamente descrita como uma doença que afeta o indivíduo jovem do sexo masculino, teve esse perfil mudado em descrições mais recentes, não sendo exclusiva de homens, por já existirem casos descritos de necrose vulvar. A doença, ocorre em indivíduos do sexo masculino na proporção de 10 para 1 e uma incidência de 1 em 7500 em homens e mulheres de todas as idades. É uma doença relativamente incomum, porém com altos índices de mortalidade, que variam de 13 a 30,8% no Brasil (CARDOSO; FÉRES, 2007; MEHL; et. al., 2010; DORNELAS; et. al., 2012)

O diagnóstico baseia-se em sinais clínicos e no exame físico (sensibilidade à palpação da genitália e períneo). Métodos radiológicos podem ajudar a mostrar a existência de gás se não ocorrer crepitação, mas falsos-negativos podem acontecer. Testes laboratoriais são inespecíficos demonstrando na maioria dos casos anemia, leucocitose, trombocitopenia hiperglicemia, hiponatremia, hipocalemia, azotemia e hipoalbuminemia (LAPA; et. al., 2004; MEHL; et. al., 2010; UFTM, 2011; DOS-SANTOS; et. al., 2018).

O tempo médio do diagnóstico são seis dias com os métodos convencionais e de 21 horas com a simples identificação de fasceíte necrotizante em exemplares de biópsia por congelamento (MEHL; et. al., 2010).

O tratamento baseia-se, principalmente, no manejo cirúrgico, variando desde a simples drenagem até desbridamento radical com ou sem derivação fecal ou urinária seguido ou não de rotação de retalhos, uso de antibióticos de largo espectro e medidas de suporte. Existem também medidas adjuvantes como a câmara hiperbárica para prevenir a extensão da necrose, reduzir sinais sistêmicos da infecção e melhorar a sobrevida do tecido isquêmico (MEHL; et. al., 2010; BARREIRO; et. al., 2011).

Os pacientes pós cirúrgicos que receberam alta hospitalar são referenciados para a atenção primária, Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo esta agora responsável pela continuidade do cuidado e assistência a família do paciente (AGUILLAR; ANGERAMI, 1992).

O retorno da pessoa para o seu domicílio, ocasiona a reestruturação da organização familiar, pois, é a família que passa a assumir a função assistencial. Neste sentido, são muitas as dúvidas apresentadas, como a forma de lidar com as alterações decorrentes da cirurgia, quais sinais e sintomas são esperados, e quais são indicativos de complicações.

Por isso, implementar uma concepção abrangente e integral de atenção primária à saúde implica a construção de sistemas de saúde orientados e articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva das unidades de atendimento. A atuação intersetorial é condição para que não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde (GIOVANELLA et al., 2009) a partir da análise da integração da SF à rede assistencial e atuação intersetorial, aspectos cruciais de uma atenção primária abrangente. Foram realizados quatro estudos de caso de municípios com elevada cobertura por SF (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória).

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para se realizar estes estudos utilizam-se como orientadores os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O presente estudo tem como objetivo analisar possíveis complicações físicas e psicossociais em paciente com histórico prévio de síndrome de Fournier já operado e de baixa renda. Além de demonstrar a importância da atenção primária levando em consideração os cuidados e dificuldades desta nova etapa, realizada em família e comunidade, sempre visando o bem-estar do paciente.

2 | METODOLOGIA

Relato de experiência realizado por acadêmicos do 2º semestre do curso de medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC) do campus de Itumbiara, por meio do acompanhamento do paciente durante o transcorrer da UEI de Interação Comunitária II na UBSF nº 09 Dr. Mário Guedes, do município de Itumbiara-GO.

As atividades foram realizadas durante os meses de abril e maio de 2019 e uma análise de variáveis de complicação do paciente utilizando o modelo de Dahlgren e Whitehead para determinantes sociais de saúde foi abordada.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais (idade, sexo e fatores genéticos) até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Foram utilizadas as plataformas de pesquisa de base de dados eletrônica SCIELO, PubMed e Google Acadêmico. Nessa etapa, a escolha dos artigos utilizados se deu a partir da afinidade com o tema escolhido, e foram selecionados os que continham informações sobre a síndrome de Fournier, DSS, Atenção Básica dentre outras palavras chave.

3 | RELATO

V.L.S.F., masculino, 41 anos, com quadro de síndrome de Fournier, em antibioticoterapia após cirurgia de drenagem e retirada de tecido necrótico.

Visitado por um grupo de estudantes do 2º período de Medicina da Faculdade IMEPAC Itumbiara, orientados pela médica da família Dr^a. Rafaela Miranda Proto Pereira, e pela enfermeira Raphaela Alves Vilela Garcia da UBSF nº 09 (Dr. Mário Guedes, Itumbiara-GO), apresentou queixas de desconforto e dificuldade no cuidado da lesão e em interações sociais, até mesmo com familiares.

O tratamento de escolha foi o alternativo Ciprofloxacino 500mg 12 em 12 horas e Clindamicina 600mg 8 em 8 horas por 7 dias, devido a não disponibilidade da Gentamicina para a utilização do tratamento convencional (Ceftriaxona 1g 12 em 12 horas; Gentamicina 240mg D. U. diária; Metronidazol 500mg 8 em 8 horas por 14 dias) (UFTM, 2011).

O paciente apresenta fator de risco para o desenvolvimento da doença, a presença diabetes mellitus, sendo insulino dependente e hipertenso.

Os curativos são trocados 2 vezes ao dia com o auxílio da enteada que mora em uma casa no mesmo lote, apresentando alguns agravantes nesta situação, pela lesão ser localizada na região perianal, acometendo o órgão genital, existe um desconforto do paciente em ser auxiliado em seus cuidados.

Outro fator adjuvante ao desenvolvimento de complicações psicossociais é a falta de interação com sua cônjuge que não se deitava mais com o marido devido a associação da doença com a transmissão por contato, perspectiva essa que foi alterada após ser

melhor informada na UBSF.

As condições de moradia são precárias, sendo a casa feita de alvenaria, com higiene insatisfatória e desorganizada, com entulho e lixo em frente e próximo da casa, além de uma coleta de lixo ineficiente.

4 | DISCUSSÃO

As lesões pelveperineais representam grande desafio nos hospitais gerais, ambulatoriais e unidades básicas de saúde, geralmente ocorrem úlceras de pressão, de início recente, em decorrência da não-observação de técnicas de mudança de decúbito, principalmente em leitos de cuidados intensivos (BARREIRO; et. al., 2011).

Mesmo instituída a antibioticoterapia, o desbridamento cirúrgico jamais deve ser retardado, e os cuidados pós-operatórios são de extrema importância (BARREIRO; et. al., 2011).

A segunda parte do tratamento (após a alta hospitalar) são os cuidados domiciliares ou pós-operatórios, que consiste em um suporte nutricional adequado e nos cuidados com a ferida (LAPA; et. al., 2004). Nessa fase, se enquadra nas responsabilidades da estratégia da saúde da família do bairro, onde reside o usuário, assumir seus deveres e dar suporte ao tratamento. Vale ressaltar que nas primeiras semanas pós-operatórias existiu a incapacidade de deslocamento do operado até a unidade de saúde para realizar os curativos, devido as dificuldades de locomoção e mobilidade do paciente.

Um dos trabalhos realizados pela atenção primária é a atenção domiciliar, sendo esta uma categoria mais ampla, podendo ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar. Baseia-se na interação do profissional com a pessoa, com sua família e com o cuidador, quando este existe, e se constitui em um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, conforme a necessidade. Envolve ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas e sociais que influenciam o processo saúde-doença. Tem caráter ambulatorial e envolve ações preventivas e curativo-assistenciais (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Os cuidados locais com a ferida, uma vez controlada a infecção também devem ser motivo de atenção, limpeza mecânica de forma asséptica com soro fisiológico e até com água e sabão neutro. Entre os agentes propostos para esse fim, uma vasta relação que abrange substâncias diversas como a colagenase liofilizada (enzima que digere tecido necrótico), carvão ativado, açúcar, mel, papaína, hidróxido de magnésio entre outros. Na maioria dos casos, há reaparecimento de tecido necrótico, principalmente quando não são feitos os curativos adequadamente (LAPA; et. al., 2004; CARDOSO; FÉRES, 2007).

Por súmula, levando em consideração o modelo de Dahlgren e Whitehead para determinantes sociais de saúde (DSS), o presente sujeito do estudo apresenta alguns fatores que podem complicar esta parte do tratamento. Suas condições socioeconômicas e

ambientais, problematizam o cuidado com o suporte nutricional, que se complicam por uma falta de organização com as medicações, além do custo para o tratamento com antibióticos ser elevado (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A nutrição adequada é fundamental durante o tratamento, visando suprir as necessidades metabólicas do paciente, aumentadas pela infecção, e prover as vitaminas e oligoelementos necessários a um adequado processo de granulação e cicatrização (LAPA; et. al., 2004).

O fator econômico atua fortemente no tratamento, sendo que gastos com alimentação, medicamentos e curativos estão intimamente atuantes nas condições de vida de uma pessoa com baixa renda, além disso, a incapacidade de exercer atividade remunerada, decorrente do processo de recuperação, podem agravar ainda mais a situação (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outros DSS estão presentes neste relato, as redes sociais e comunitárias, que são afetadas pela desinformação sobre a comorbidade por parte de familiares e até mesmo do paciente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A ausência de relações sexuais e a vergonha pela lesão na região perianal e genital trouxeram uma baixa autoestima e isolamento social do indivíduo afetado pela comorbidade. Afetando assim suas relações pessoais, profissionais e com a comunidade.

O apoio psicológico deve ser trabalhado por equipe multiprofissional, pois nesta síndrome os pacientes podem apresentar dor extrema, desfiguração física, distúrbios emocionais como ansiedade, medo, preocupação raiva e desesperança (MEHL; et. al., 2010).

Por fim, o DSS serviços sociais de saúde (acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação), afeta muito pouco o cuidado do paciente, já que a equipe da UBSF (Dr. Mario Guedes, Itumbiara-GO) atua junto ao paciente e com auxílio deste trabalho desenvolve um projeto terapêutico singular (PTS) para auxiliá-lo, com uma equipe multiprofissional, a fim de minimizar danos citados.

Conforme observado, a saúde está diretamente associada à vantagem econômica e social em termos absolutos. A privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma piora do quadro de clínico. Ou seja, quanto maiores as disparidades nas riquezas de uma população, maior a discrepância dos cuidados. Wagstaff e Van Doorslaer (1993) comprovaram demonstrando a relação entre desigualdade de renda dentro dos países e seus efeitos na saúde de uma população (BRASIL, 2002).

Outro estudo, abordado por WILKINSON, R.G. em 1992, 1996, 1997. (apud STARFIELD, 2002) trouxe uma abordagem entre a expectativa de vida e a disparidade de renda; quanto mais equitativa a distribuição de renda, maior a longevidade média, mesmo quando os níveis médios de renda no país são similares.

A equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde também desempenham papel importante no período pós-operatório, sendo a referência do paciente após retorno

domiciliar. Esse contato permite o trânsito de informações ao médico de família sobre a chegada do paciente ao domicílio, situação atual, especificidades quanto ao procedimento cirúrgico, identificação de situações de indicação de visita domiciliar médica e planejamento dos cuidados pós-operatórios domiciliares para recuperação e/ou reabilitação do paciente. Os cuidados pós-operatórios envolvem desde a equipe médica e a de enfermagem, na realização de curativos, até fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, para terapias de reabilitação específicas de cada área (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Um aspecto importante a ser destacado nesse tipo de caso é a necessidade de uma boa comunicação e esclarecimento acerca da enfermidade, com o paciente e com seus familiares.

A prática médica tem a sua base na comunicação. A coleta da história, a transmissão de informação sobre a prescrição ou o aconselhamento sobre estilos de vida, prevenção e informações sobre a doença, o direcionamento do paciente dentro das complexidades do sistema de saúde, o trabalho em equipe, todas estas situações são de grande importância no tratamento do paciente e é de responsabilidade da UBSF (DA SILVA, 2008).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de Fournier é considerada como uma doença rara e deve ser tratada com urgência por ter rápida evolução e deterioração de tecidos saudáveis. Cabe aos profissionais da saúde estarem atentos e agirem de maneira eficiente no diagnóstico e tratamento do nível de maior complexidade até a atenção primária, aumentando assim as chances de cura do enfermo.

O emprego de uma equipe multidisciplinar se mostra de extrema necessidade para atender de forma mais ampla o paciente, considerando os diversos fatores psicológicos, sociais e físicas que a síndrome de Fournier desencadeia.

Para os cuidados com a rotina de curativos é ideal orientar sobre a higiene do local, fazendo movimentação sempre unidirecional, visando a não contaminação dos tecidos adjacentes. Assim como ter atenção no horário de banho e durante as necessidades fisiológicas, que são momentos mais críticos e de maior suscetibilidade a agentes prejudiciais ao local da lesão.

A terapêutica nesta fase avançará até o ponto que o paciente terá condições para realizar um novo procedimento cirúrgico, visando agora fins estéticos para que através de enxertos de pele as áreas que apresentam maior deformidade sejam amenizadas, objetivando um maior conforto visual. Esse procedimento é fundamental para auxiliar na estabilidade emocional do paciente, mas gera mais custo e cuidados.

Nota-se também a importância da comunicação efetiva acerca do quadro clínico com o paciente e seus familiares, visto que a abordagem foi realizada durante o período de estudo e observou-se uma maior intimidade entre o casal e melhora emocional do enfermo,

impactando positivamente em seu quadro clínico. É imprescindível a atuação da UBSF no esclarecimento acerca da patologia e cuidados durante o processo de recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, O. M.; ANGERAMI, E. L. **A alta do paciente cirurgico no contexto do sistema de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da U S P, v. 26, n. 3, p. 325–344, 1992. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n3/0080-6234-reeusp-26-3-325.pdf>. Acesso em 30 de Abril de 2019.

BARREIRO, Guilherme Cardinali; et. al. **Reconstrução pelveperineais com uso de retalhos cutâneos baseados em vasos perfurantes: experiência clínica com 22 casos.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, n. 26, v. 4, p. 680-84, 2011. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Barreiro4/publication/262551332_Reconstruction_of_pelvipereineal_injuries_with_perforator_flaps_clinical_experience_with_22_cases/links/56bcb47c08ae5e7ba40f33ff/Reconstruction-of-pelviperineal-injuries-with-perforator-flaps-clinical-experience-with-22-cases.pdf. Acesso em 29 de Abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 05 de Maio de 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abril 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de Maio de 2019.

CANDELÁRIA, Paulo de Azeredo Passos; et. al. **Síndrome de Fournier: Análise dos Fatores de Mortalidade.** Rev bras Coloproct, n.2, v. 29. São Paulo, Abril-Junho, 2009. Disponível em http://www.jcol.org.br/pdfs/29_2/06.pdf. Acesso em 30 de Abril de 2019.

CARDOSO, João B.; FÉRES, Omar. **Gangrena de Fournier.** Medicina, Ribeirão Preto, n. 40, v. 4, p. 493-499, 2007. Disponível em <http://www.oximedms.com.br/files/gangrena-de-fournier.pdf>. Acesso em 30 de Abril de 2019.

DA SILVA, Pedro Ribeiro. **A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico.** Rev Port Clin Geral, v.24, p. 505-12, 2008. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10531/10267>. Acesso em 06 de Maio de 2019.

DORNELAS, Marilho Tadeu; et. al. **Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, n. 27, v. 4, p. 600-04, 2012. Disponível em <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/8155/1/Síndrome%20de%20Fournier.pdf>. Acesso em 01 de Maio de 2019.

DOS-SANTOS, Djiney Rafael; et. al. **Perfil dos pacientes com gangrena de Fournier e sua evolução clínica.** Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia, n. 45, v. 1, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n1/pt_0100-6991-rcbc-45-01-e1430.pdf. Acesso em 08 de Maio de 2019.

GIOVANELLA, Ligia, et. al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, n. 3, v.14, p. 783-794. Rio de Janeiro, Junho de 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de Maio de 2019.

GUSSO G.; LOPES J.M.C.; DIAS L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. ed. 2, v.2 Porto Alegre: Artmed, 2019. Disponível em <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/>. Acesso em 05 de Maio de 2019.

HOFFMAN, Arthur Leopoldo; IGLESIAS, Luiz Fernando; ROTHBARTH, Walter Wendhausen. **Síndrome de Fournier: relato de caso**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 38, s. 01, p. 104-05, 2009. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/666.pdf>. Acesso em 30 de Abril de 2019.

LAPA, Cláudia Renata Freitas; et. al. **Síndrome de Fournier: cuidados de enfermagem**. UFP, Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, 2004. Disponível em <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340285088sindrome%20de%20fournier.pdf>. Acesso em 29 de Abril de 2019.

MEHL, Adriano Antonio et al. **Manejo da Gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, p. 435-441, Dezembro, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000600010&Ing=en&nrm=iso. Acesso em 01 de Maio de 2019.

MOREIRA, Daniel Rosa; et. al. **Terapêutica Cirúrgica na Síndrome de Fournier: relato de caso**. Rev Med, n. 96, v. 2, p. 116-20, São Paulo, Abril-Junho, 2017. Disponível em <http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/116527/129496>. Acesso em 01 de Maio de 2019.

UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Protocolo de Controle de Infecção: Síndrome de Fournier**. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. 2011. Disponível em http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/SINDROME_DE_FOURNIER.pdf/45dbd5fe-1501-4b94-80ae-adb5600644b6. Acesso em 02 de Maio 2019.

CAPÍTULO 3

CONHECIMENTO DO HIPERTENSO SOBRE A DOENÇA: ADESÃO AO TRATAMENTO E IMPACTOS

Data de aceite: 01/10/2020

Herbert Christian de Souza

Centro Universitário do Triângulo
<http://lattes.cnpq.br/0040415562945146>

Thays Bento dos Santos

Instituto Master de Ensino Presidente
<http://lattes.cnpq.br/3258089267536992>

Marina Rodrigues de Araújo Ávila

Instituto Master de Ensino Presidente
<http://lattes.cnpq.br/9105292002007706>

Amanda Naves Nunes

Instituto Master de Ensino Presidente Antonio Carlos (IMEPAC)
<http://lattes.cnpq.br/1281770480522391>

Ana Luisa Sirotheau Corrêa Alves

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)
<http://lattes.cnpq.br/8302305851672187>

Nathalia Teixeira Sousa e Braganti

Nucleo Educacional Exatas
<http://lattes.cnpq.br/9814562881727356>

Thais Helena Paro Neme

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
<http://lattes.cnpq.br/7359854287826004>

Mariane Resende David

Centro Universitario Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)
<http://lattes.cnpq.br/7429238678394262>

Caroliny Gonzaga Marques

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)
<http://lattes.cnpq.br/2732134851514471>

1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) é considerada como uma doença crônica multifatorial caracterizada por níveis elevados (maior ou igual a 140/90mmhg) e sustentados de pressão arterial em pelo menos duas aferições subsequentes, obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso (MALAQUIAS et al, 2017; BRASIL, 2011). Segundo dados do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial atinge entre 20 e 40% da população adulta. A frequência elevada na população, bem como as complicações clínicas decorrentes, faz com que a doença tenha um papel de destaque nos programas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, além disso, também é responsável por causar lesões em vasos sanguíneos, rins e retina; é, portanto, uma doença assintomática em suas fases iniciais, pois os sintomas aparecem geralmente vagos e comuns a outras doenças (NOBRE et al., 2006; AZIZ, 2014). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) considera

na avaliação da doença os níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg x 90 mmHg, a presença de fatores de risco, comorbidade e lesões em órgãos alvos. Pode ser assintomática, sendo determinada por diversos fatores genéticos como raça, idade, sexo, história familiar e outros fatores como maus hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade (CESARINO, 2008). O tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico, que consiste em modificações do estilo de vida, como reduzir o peso corporal através da realização de atividades físicas e alimentação saudável, associado ao tratamento farmacológico, baseado no uso de anti-hipertensivos (CALHOUN et al., 2008; MALAQUIAS et al, 2017).

A hipertensão pode ser controlada desde que o paciente se envolva e dê importância tanto para o tratamento medicamentoso como para o não medicamentoso, sendo também necessário o acompanhamento das comorbidades, como o diabetes, a dislipidemia e a obesidade. Desta forma, há uma redução nas complicações em órgãos-alvo, que são consequências da hipertensão ao longo dos anos. A constituição desse processo impõe, portanto, a necessidade de mudar o estilo de vida e de tratar a doença sem interrupção, devido ao caráter crônico da enfermidade que se caracteriza por uma história natural prolongada com uma multiplicidade de fatores de risco complexos. Em sua constituição, interagem fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, com curso clínico prolongado e permanente, com manifestações clínicas em períodos de remissão e exacerbação, podendo evoluir para graus variados de incapacidade e morte (MALAQUIAS et al, 2017; BRASIL, 2011).

Esses aspectos fazem com que a aceitação da convivência com o caráter crônico da enfermidade seja um grande desafio que está, muitas vezes, associado a sentimento de tristeza, raiva e hostilidade cuja superação só se faz tornando possível uma adaptação à condição de saúde. Essa requer do indivíduo conhecimento relativo à doença, manifestações clínicas, sinais e sintomas, além de vontade de cooperar ativamente no tratamento. Porém, existem lacunas no conhecimento da doença e suas complicações e o “estar doente” para os sujeitos muitas vezes só é considerado após a instalação das complicações ou em situações em que a hipertensão os impede de exercer as suas atividades cotidianas. (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007)

Assim, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve a compreensão do seu significado pelos hipertensos, de acordo com suas percepções de saúde/doença, alterações emocionais e físicas. Deste modo, o controle da doença se faz com participação ativa do hipertenso e coparticipação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde (BRITO, et al., 2008). O conhecimento desses fatores é fundamental para o planejamento das ações terapêuticas, para que em cada atendimento sejam reforçadas a percepção de risco à saúde e a importância do autocuidado (WETZEL JUNIOR; SILVEIRA, 2005).

Diante disso, o objetivo da pesquisa consiste em avaliar o conhecimento dos

hipertensos sobre sua doença, considerando ser de grande importância a realização de estudos acerca desse tema, contribuindo, assim, para a adesão ao tratamento e direcionamentos assistenciais aos portadores de hipertensão arterial.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

As doenças crônicas constituem um grupo de patologias associadas a aspectos multifatoriais, de início gradual, de prognóstico normalmente indefinido, e que possuem extensa ou mesmo indeterminada duração. Expressam trajetória clínica que se modifica com o tempo, sendo eventual a ocorrência de períodos de agudização, os quais podem se refletir em incapacidades. Desse modo, requerem tratamento com a utilização de tecnologias e transformação nos hábitos de vida, elementos que perfazem um constante curso de cuidado que em muitos casos não evoluem com a cura do paciente (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 58,5% de todas as mortes no mundo ocorrem devido a doenças crônicas não transmissíveis, sendo, portanto, uma conjuntura temática de importante repercussão na saúde pública. Dentre as doenças crônicas mais prevalentes em âmbito global, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual se caracteriza como uma patologia relacionada a origens múltiplas, que se exprime a partir de transformações endócrinas no organismo, além de modificações de função e de estrutura. (SILVA, et al., 2016).

Em uma revisão sistemática quantitativa, que incluiu 135 estudos publicados no período de 1995 a 2014, foi estimada a prevalência de adultos com HAS de 90 países, com especificações relativas à idade, ao sexo e às condições socioeconômicas dessa parcela da população. A meta-análise identificou que, em 2010, 1,39 bilhões de adultos com idade superior a 20 anos em todo o mundo tinham hipertensão, sendo que, dentre esses indivíduos, 730 milhões eram homens e 727 milhões eram mulheres. Quase três vezes mais indivíduos com hipertensão viviam em países de baixa e média renda (1,04 bilhão), em comparação aos hipertensos que residiam em países de alta renda (349 milhões). Menos da metade (46,5%) dos adultos com hipertensão estava ciente de sua condição, 36,9% eram tratados com medicação anti-hipertensiva e apenas 13,8% tinham a pressão arterial controlada em todo o mundo (MILLS, et al., 2016).

Devido ao efeito de alteração da espessura média-íntima de relevantes artérias, a HAS evolui de forma silenciosa e contribui substancialmente para o surgimento de doenças cardíacas e cerebrovasculares (SANTOS, et al., 2018). Há, portanto, imprescindibilidade de intervenção apropriada com a modificação da dieta do hipertenso, a partir da adequação do consumo de alimentos saudáveis, além do aperfeiçoamento do padrão comportamental, materializado, por exemplo, por meio da redução do uso de álcool e de tabaco, da vigilância do peso corporal pela prática regular de atividades físicas e do controle psicológico do estresse. Associado a esses fatores, o tratamento inclui o uso de medicamentos de maneira

sistemática; dessa forma, o exercício integral desses cuidados possibilita a prevenção de consequências em longo prazo, como a lesão de órgãos-alvo e a mortalidade (DE GUSMÃO, et al., 2009).

Entretanto, segundo afirma Cade (2016), o engajamento em relação ao cuidado da hipertensão envolve inúmeros elementos, o que reforça a complexidade de seu tratamento. As particularidades do paciente e a apreensão deste acerca da magnitude da enfermidade que possui, o esquema farmacológico (por vezes complexo e dotado de efeitos colaterais) e as adversidades associadas ao acolhimento dispensado pelos órgãos de saúde (acesso, tempo de espera, atendimento dos profissionais) são exemplos de aspectos que influenciam na adesão ou no abandono à terapêutica adequada da enfermidade.

Dentre os fatores que mais compelem os pacientes na não adesão ao tratamento da hipertensão, destacam-se: manifestação inicialmente assintomática da doença, complexidade e custo da estratégia medicamentosa, interrupção da terapêutica farmacológica por diminuição de sinais clínicos e incompreensão acerca das causas e consequências da enfermidade (PEACOCK; KROUSEL-WOOD, 2017).

O entendimento das práticas de manutenção adequada dos níveis pressóricos possivelmente relaciona-se a condições individuais ou sociais que se interpõe frente à aquisição de conhecimento sobre a doença, perspectiva evidenciada pelo fato de que indivíduos cuja escolaridade alcança os níveis médio e superior possuem maior esclarecimento acerca da hipertensão (LENG, et al., 2015). Ademais, deve-se ressaltar que muitos pacientes não julgam, por desconhecimento, a obesidade como um fator de risco para o desenvolvimento da doença hipertensiva, concepção que resulta na reduzida importância dada à prática de exercícios físicos e à consequente diminuição de peso corporal como atitudes relevantes na terapêutica da pressão arterial elevada (NOLÊTO; SILVA; DE OLIVEIRA BARBOSA, 2011).

De acordo com Brito et al. (2008), soma-se ao desconhecimento da seriedade do quadro clínico da hipertensão, pelos pacientes, a dificuldade enfrentada pelos profissionais do âmbito da saúde em sustentar o engajamento do hipertenso no manejo da doença. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo afirma Coutinho et al. (2010), é um importante sustento no campo da saúde pública em que os profissionais da área executam condutas preventivas e atitudes de promoção e recuperação do bem-estar do indivíduo, de maneira continuada e integral, com o intuito de controle adequado da hipertensão, redução de suas consequências negativas e, por consequência, permanência da adesão do hipertenso ao tratamento da doença.

Todavia, ainda de acordo com o autor, existem lacunas no sistema de saúde, ressaltadas pela inconsistente orientação, por parte do profissional de saúde, que inviabilizam a efetiva construção da potencialidade de autocuidado do paciente em seu processo de tratamento da doença. Assim, são artifícios importantes para a adesão à terapêutica anti-hipertensiva o aumento da disponibilidade de tempo para condutas

educativas em saúde, nos atendimentos ou em atividades grupais (a fim de incrementar o incentivo de controle da doença e a oferta de informações relevantes ao seu tratamento) e a instrução sobre o uso apropriado fármacos.

O tratamento atribuído ao hipertenso pauta-se pela interpretação de subjetividades relacionadas a uma patologia que não tem cura e, dessa forma, requer atitudes singulares diante da necessidade da utilização contínua de um fármaco. Diante disso, são primordiais alterações construtivas na organização do sistema público de saúde, pois a baixa resolutividade dos atendimentos é, ainda hoje, um instrumento comprometedor da qualidade das consultas e dos serviços de saúde. Além disso, o modelo biomédico, presente na organização do sistema de saúde, reflete negativamente atitudes no âmbito médico, as quais são predominantemente focadas nas patologias, em detrimento dos pacientes e de sua inserção social (COUTINHO, et al., 2010).

Apesar de existirem hipertensos que manifestem entendimento sobre a doença que os acomete, usualmente não se observa relação concreta entre a apreensão da enfermidade e a efetuação das condutas indicadas pelos profissionais da saúde, conjuntura que reforça o fato de que é essencial não só o esclarecimento para a redução dos níveis pressóricos elevados. Desse modo, a coparticipação da família, a resolutiva comunicação entre os profissionais médicos e os hipertensos e a explanação de informações de mais fácil compreensão, entre outras atitudes, potencializam a adesão à terapêutica e, conseqüentemente, o controle da doença hipertensiva (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

3 | METODOLOGIA

A presente investigação trata-se de um estudo transversal, em que foi aplicada a Versão brasileira da Escala de Nível de Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (ENCHAS) e um questionário sociodemográfico em portadores de HAS. Tais indivíduos estavam presentes em uma das sessões de atividades físicas orientadas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Gutierrez, em Araguari, e participaram do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O ENCHAS é um questionário de autoavaliação sobre o conhecimento do sujeito sobre a hipertensão. Ele foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos por Erkoc e colaboradores (2012) e seu nome original é “Hypertension Knowledge-Level Scale”. No Brasil, ele foi validado por Arthur (2017).

Esse questionário é composto de 22 itens e 6 subdimensões (definição, tratamento medicamentoso, adesão ao tratamento, estilo de vida, dieta e complicações). Seus itens apresentam assertivas nas quais o paciente tem como opções de resposta as categorias “certo”, “errado” e “não sei”. Os itens assinalados com a categoria “certo” valem 1 ponto, e os marcados com a categoria “não sei” ou assinalados na categoria “errado” recebem valor 0. Quanto maior a pontuação final, maior o conhecimento do paciente sobre a HAS.

Os participantes responderão a um questionário sociodemográfico composto por 7 itens com informações sobre idade, sexo, tempo de diagnóstico da HAS, escolaridade, ocupação, situação conjugal e renda familiar.

Após a concessão da autorização da UBSF Gutierrez, por meio do Termo de Declaração de Instituição Coparticipante, os pacientes serão abordados pelos pesquisadores em uma sexta-feira, às 7:30h, no início das atividades do Programa Araguari Ativa, na Unidade Básica de Saúde da Família Gutierrez, na cidade de Araguari. Eles serão informados sobre a pesquisa e, caso concordem em participar, assinarão o TCLE e serão orientados a preencher o ENCHAS e o questionário sociodemográfico.

Após a coleta das informações, os dados serão tabulados no MS-Excel e será realizado o tratamento estatístico pelo software de livre distribuição PSPP 0.8.5.

Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados contínuos. Os dados não apresentaram normalidade em sua distribuição, portanto foram utilizados mediana como medida de tendência central e os percentis 25 e 75 para verificar a dispersão dos dados. Para os dados categóricos, foram utilizados as frequências e os percentuais para a elaboração das estatísticas descritivas. Ela também foi utilizada para verificar a qualidade dos dados (efeito piso, teto e dados perdidos).

Para acessar a confiabilidade da consistência interna das 6 facetas ENCHAS, foi calculado o coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20) para cada uma delas, sendo que valores acima de 0,4 ou 0,7 são considerados desejáveis (FAYERS, MACCHIN, 2007; CRONBACH, 1951).

Para a comparação dos dados contínuos (scores do ENCHAS, pelo sexo e situação conjugal, ocupação e escolaridade) foi executado um teste de comparações de acordo com a distribuição dos dados (se normal teste “t” de *student*, se não, teste de Mann-Whitney).

Para as correlações entre as variáveis sociodemográficas contínuas (tempo de diagnóstico da HAS e renda familiar) foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (se os dados apresentarem distribuição normal) ou Spearman (para distribuição que não apresente normalidade). O nível de significância para os testes adotado para o presente estudo foi de $p < 0,05$.

4 | RESULTADOS

A amostra foi composta de 24 indivíduos que preencheram os protocolos de pesquisa. A idade média dos indivíduos foi de 54,2 ($\pm 14,15$) anos. A maioria dos respondentes foram mulheres (79,2%). A maioria dos investigados tinham como maior grau de escolaridade o ensino médio completo (41,7%), emprego ou trabalho remunerado (41,7%), 3 anos ou mais de diagnóstico de hipertensão (79,2%), casados ou em união estável (83,3%) e renda familiar de 2 a 4 salários mínimos (66,7%) (tabela 1).

Sobre a confiabilidade da consistência interna dos domínios do ENCHAS, o

coeficiente de confiabilidade KR-20 variou de 0,40 a 0,77 (tabela 2).

Os escores medianos dos domínios do ENCHAS variaram de 1,0 a 5,0 e a mediana do escore total foi de 19 de 21 pontos possíveis (tabela 3).

Quando comparados os escores dos domínios e o escore total do ENCHAS pelo sexo, estado conjugal, escolaridade e ocupação, não foram encontradas diferenças significativas ($p>0,05$). Na correlação entre a idade, escolaridade, renda e tempo de diagnóstico de hipertensão foram encontrados correlações fracas e moderadas entre a renda familiar e os domínios definição, adesão medicamentosa, estilo de vida e o escore total do ENCHAS. Outra correlação fraca e linearmente inversa foi obtida com o tempo de diagnóstico de HAS e a adesão medicamentosa. A única correlação forte encontrada consistiu na idade com o domínio complicações (tabela 4).

Variável		
Idade (anos)	Média	Desvio padrão
	54,2	14,15
Sexo	N	%
Feminino	19,0	79,2
Masculino	5,0	20,8
Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	8,0	33,3
Ensino Fundamental Completo	1,0	4,2
Ensino Médio Incompleto	3,0	12,5
Ensino Médio Completo	10,0	41,7
Ensino Superior Incompleto	1,0	4,2
Ensino Superior Completo	1,0	4,2
Tempo de diagnóstico de hipertensão	N	%
Menos de 1 ano	5,0	20,8
3 anos ou mais	19,0	79,2
Ocupação	N	%
Aposentado	8,0	33,3
Desempregado	1,0	4,2
Do lar	5,0	20,8
Empregado	10,0	41,7
Estado Conjugal	N	%
Casado ou em união estável	20,0	83,3
Separado ou Divorciado	2,0	8,3
Solteiro	1,0	4,2

Viúvo	1,0	4,2
Renda Familiar	N	%
1 Salário Mínimo ou menos	7,0	29,2
2 a 4 Salários Mínimos	16,0	66,7
5 a 10 Salários Mínimos	1,0	4,2

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Fonte: Os autores

Domínios	Nº itens da escala	Coefficiente KR-20
Definição	2	0,41
Tratamento médico	4	0,49
Adesão medicamentosa	4	0,74
Estilo de vida	5	0,84
Dieta	2	0,50
Complicações	5	0,75

Fonte: Os autores

Tabela 2 – Demonstrativo dos valores do coeficiente KR-20 dos domínios do ENCHAS.

Domínios	Mediana	Percentis	
		25	75
Definição	1,0	1,0	2,0
Tratamento médico	3,0	3,0	4,0
Adesão medicamentosa	4,0	2,0	4,0
Estilo de vida	5,0	4,0	5,0
Dieta	2,0	2,0	2,0
Complicações	5,0	3,3	5,0
Escore total – ENCHAS	19,0	17,0	21,0
Fonte: Os autores			

Tabela 3 – Escores dos domínios e total do ENCHAS n= 24.

Variáveis	Definição	Tratamento médico	Adesão medicamentosa	Estilo de vida	Dieta	Complicações	Escore ENCHAS	
Idade em anos	r*	0,30	0,22	-0,33	0,38	0,34	0,71	0,32
	p [#]	0,20	0,53	0,24	0,23	0,22	0,02	0,22
Tempo de diagnóstico da HAS	r*	0,00	-0,14	-0,41	-0,12	-0,23	0,33	-0,13
	p [#]	0,91	0,52	0,00	0,61	0,34	0,23	0,65
Renda	r*	0,42	0,33	0,44	0,50	0,13	0,45	0,50
	p [#]	0,01	0,23	0,02	0,02	0,73	0,19	0,06

Tabela 4 – Correlações entre variáveis demográficas e os domínios e escore total do ENCHAS.

Fonte: Os autores

*Coeficiente r de correlação de Spearman; # p-valor.

5 | DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam que as respostas do ENCHAS foram consideradas confiáveis e que, em geral, o nível de informação dos pacientes envolvidos nesse programa é muito bom. Eles também indicaram que não existem diferenças no conhecimento em relação ao sexo, escolaridade e situação laboral. A renda foi a variável que mais se correlacionou com os domínios do instrumento, o que sugere que uma renda mais alta pode ser associada com maior informação sobre a HAS.

Sobre a confiabilidade, o único domínio que teve um valor considerado baixo para confiabilidade foi a definição. Apesar disso, deve-se levar em consideração que o coeficiente KR-20 e similares, como o muito conhecido alpha de Cronbach, sofrem influência do número de itens da escala e da quantidade de respondentes. Se considerarmos que essa é uma amostra pequena e que essa escala apresentava somente 2 itens, é possível considerarmos que essa escala, apesar do valor baixo do KR-20, ainda pode ser considerada confiável (FAYERS, MACCHIN, 2007; CRONBACH, 1951).

Em relação à caracterização da amostra, coletada em um programa de promoção de atividades físicas, podemos perceber que ela segue a tendência demonstrada por Brasil (2013), na qual as mulheres, principalmente na faixa etária do estudo, tendem a procurar mais o serviço de saúde, o que explicaria a predominância feminina na amostra. Apesar de essa coleta de dados ter sido feita no serviço público municipal, a renda dos participantes é acima da média dos usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde, e, se considerarmos que o nível médio de instrução também é, podemos teorizar que um nível mais alto de renda e escolaridade permite ao usuário uma maior percepção da importância desse tipo de atenção à saúde (BRASIL, 2013; NOLÊTO, BARBOSA, SILVA, 2011).

Sobre os escores do ENCHAS, fica evidente que esses usuários são muito

bem informados sobre a HAS, pois sua pontuação em alguns domínios é bem próxima da máxima. Esses valores estão próximos ao do estudo de validação do instrumento e evidenciam que quem frequenta o programa Araguari Ativa é bem informado a respeito de sua própria doença. Isso é um ponto positivo, pois muitos cuidados sobre a HAS devem ser tomados pelos próprios pacientes, logo, a informação é algo de grande importância e impacto (FIGUEIREDO, ASAKURA, 2010; ARTHUR, 2017).

Em relação às comparações dos escores do ENCHAS por sexo, situação conjugal e laboral, ficou evidente que essas variáveis parecem não interferir no conhecimento dos pacientes. Contudo, as correlações entre renda e os domínios definição, adesão medicamentosa e estilo de vida sugerem que uma renda mais alta permite ao usuário ter um maior conhecimento da HAS. Isso pode ser talvez atribuído ao fato de que uma maior renda permite ao usuário um maior acesso à informação, por meio de internet e da aquisição de material impresso e afins. Uma correlação que chama a atenção é a correlação oposta entre o tempo de diagnóstico de HAS e a adesão medicamentosa, em que se percebe que quanto maior o tempo de diagnóstico, pior o conhecimento e adesão (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Apesar dessa correlação ser fraca, ele serve de alerta para os profissionais que lidam com pacientes diagnosticados há mais tempo sobre a importância da assiduidade com a medicação.

Os achados desse estudo devem ser observados com algumas limitações. Ele foi feito em um programa direcionado para HAS (entre outras doenças crônicas), o que o torna também uma fonte de informação sobre a doença. O estudo deveria também ser conduzido em outros locais, para ver se quem não frequenta esse tipo de programa tem conhecimentos sobre a HAS.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os participantes do programa Araguari Ativa são bem informados a respeito da HAS. A renda familiar se correlaciona fracamente com o nível de informação dos pacientes, e sexo, ocupação, escolaridade e situação conjugal não apresentaram diferenças no nível de conhecimento dos pacientes.

Portanto, é necessário buscar estratégias que permitam maior conhecimento da doença e de suas complicações, como a educação em saúde. O processo educativo deve abranger aspectos que permitam: conhecer as atitudes, percepções e práticas do portador de hipertensão; incentivar a participação ativa destes no tratamento; levar em consideração suas dificuldades e necessidades; estabelecer adequada comunicação e interação entre os envolvidos no processo educativo; trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial.

Com estas iniciativas acreditamos facilitar a aceitação da doença, melhorar e reduzir

as complicações decorrentes da hipertensão mal controlada. Todavia, para atingir esses objetivos é necessário uma abordagem multiprofissional ao hipertenso, que ocorra de forma contínua, contemplando todos os aspectos do tratamento anti-hipertensivo, a fim de manter a qualidade de vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALHOUN, David A. et al. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. **Hypertension**, [s.l.], v. 51, n. 6, p.1403-1419, jun. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.108.189141>.

ARAUJO, Jairo Carneiro de; GUIMARÃES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 41, n. 3, p.368-374, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000300007>

ARTHUR, Juliana Perez. Tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1884/51805>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

AZIZ, J. L.. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.75-82, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. (Cadernos de Atenção Básica, n,37)

BRITO, Daniele Mary Silva de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.933-940, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000400025>

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, n.16, p. 297-334. 1951.

ERKOC, S. B.; ISIKLI, B.; METINTAS, S.; KALYONCU, C. Hypertension KnowledgeLevel Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 9, p.1018-1029, 2012. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/9/3/1018>> Acesso em: 25 mar. 2019.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.782-787, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002010000600011>.

GUSMÃO JL, GINANI GF, SILVA GV, ORTEGA KC, MION JÚNIOR D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** 2009; 16(1):38-43

JÚNIOR, Décio Mion et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

MALACHIAS, Mvb et al. Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 107, n. 3, p.14-17, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>

MILLS, Katherine T. et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. **Circulation**, [s.l.], v. 134, n. 6, p.441-450, 9 ago. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.115.018912>

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE, T. J. M.. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**, v.46, n.3, p.256-72, 2013.

NOLÊTO, Soraia Maria Guimarães; SILVA, Sandra Maria Rodrigues; BARBOSA, Celma de Oliveira. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p.324-332, set. 2011

PEACOCK, Erin; KROUSEL-WOOD, Marie. Adherence to Antihypertensive Therapy. **Medical Clinics Of North America**, [s.l.], v. 101, n. 1, p.229-245, jan. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.005>

PRIOR, Carlos et al. Hipertensos. Que conhecimentos? Que atitudes?. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 17, n. 1, p. 47-55, 2001.

PUCCI, Nicole et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 4, p. 322-9, 2012.

RENOVATO, Rogério Dias; DANTAS, A. de O. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Infarma**, v. 17, n. 3/4, p. 72-75, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SILVA, Elcimary Cristina et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.38-51, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>

SIMONETTI, Janete Pessuto; BATISTA, Lígia; CARVALHO, Lídia Raquel de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 415-422, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, ANGELA, M. G; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p. 343-54, 2003.

WETZEL JR. W.; SILVEIRA, M.P.T. Hipertensão arterial um problema de todos, **Rev Nursing**. V.81, n.7, p.70-75, fev. 2005.

CAPÍTULO 4

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA DIABETES E HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ-PA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 03/08/2020

Letícia Cristina Farias Pinheiro

Universidade do Estado do Pará
Pós-graduanda em UTI Geral e Gestão da
Assistência Intensiva ao Paciente Crítico
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/4039805604664654>

Letícia Regina Maia Cordeiro

Universidade do Estado do Pará
Pós-graduanda em Saúde da Mulher em
Faculdade Venda Nova do Imigrante
Tucuruí-Pará
<https://orcid.org/0000-0003-1972-6832>

Nathália Menezes Dias

Instituto Doctum de Educação e tecnologia
Pós graduada pela Faculdade Machado de
Assis enfermagem Oncológica
Pós- graduando em enfermagem Pediátrica e
Neonatal pela Faculdade Unyleya
Tucuruí - PA
<https://orcid.org/0000-0002-2166-5293>

Tania de Sousa Pinheiro Medeiros

Universidade do Estado do Pará
Especialista em Ginecologista, Obstetrícia,
Pediatra e Neonatologia
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/0413843148695123>

Thainá Laize de Souza Papacosta

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/9239694558715115>

Délis Miranda dos Santos

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/9442520919768419>

Rildileno Lisboa Brito da Silva

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/9135306068057696>

Ruth Silva de Oliveira

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/7629152320340590>

Rodrigo Lima Vilhena

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/4730014069037251>

Joana Carla da Silva Souza

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/9322631838463860>

Rodrigo Souza Cardoso

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5282145748353845>

RESUMO: Introdução: As doenças crônicas correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil e são responsáveis pela alta frequência de internações, com altos custos médicos e socioeconômicos. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, as taxas de abandono ou recusa das prescrições médicas são elevadas. Esse estudo tem por objetivo relatar a experiência

de um grupo de acadêmicos sobre um projeto de intervenção para os portadores de HAS e DM de uma comunidade. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo realizado através de um projeto de extensão aprovado pela Universidade do Estado do Pará no município de Tucuruí. Resultado e discussão: Sabe-se que as ações educativas em saúde permitem a reflexão dos usuários e facilitam as intervenções da equipe de saúde nas ações básicas, em um primeiro momento houve a escuta sensível dos ACS e enfermeiros através da roda de conversa sobre como funciona o programa Hiperdia na unidade, logo após a equipe responsável elaborou um plano de ação no intuito principalmente de sensibilizar os pacientes quanto à importância do diagnóstico e tratamento, assim como do controle da hipertensão e diabetes e por último foi realizado uma ação educativa na comunidade que contou com a equipe multidisciplinar. Conclusão: As complicações advindas da HAS e DM são de sua maioria evitáveis, assim uma ação educativa eficiente resulta em promoção a saúde, redução dos riscos e agravos se houver adequada assistência aos portadores e prevenção oportuna. A implementação deste projeto proporcionou a equipe e aos participantes um aperfeiçoamento do conhecimento sobre as doenças crônicas e como prevenir tais agravos relacionados a estas patologias.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Diabetes; Qualidade de vida; Auto Cuidado.

INTERVENTION PROJECT TO IMPROVE ADHERENCE TO TREATMENT AND CONTROL OF DIABETES AND HYPERTENSION IN THE MUNICIPALITY OF TUCURUÍ-PA

ABSTRACT: Introduction: Chronic diseases correspond to 72% of the causes of death in Brazil and are responsible for the high frequency of hospitalizations, with high medical and socioeconomic costs. Despite the availability of effective treatments, rates of abandonment or refusal of prescriptions are high. This study aims to report the experience of a group of academics on an intervention project for those with SAH and Diabetes in a community. Methodology: This is an experience report of the descriptive type carried out through an extension project approved by the University of the State of Pará in the municipality of Tucuruí. Result and discussion: It is known that the educational actions in health allow the reflection of users and facilitate the interventions of the health team in basic actions, in a first moment there was the sensitive listening of the SHCs and nurses through the conversation wheel on how the Hiperdia program works in the unit, soon after the responsible team elaborated an action plan in order mainly to sensitize patients about the importance of diagnosis and treatment, as well as the control of hypertension and diabetes and finally an educational action was carried out in the community that counted on the multidisciplinary team. Conclusion: The complications arising from SH and DM are mostly preventable, so an efficient educational action results in health promotion, risk reduction and aggravation if there is adequate assistance to the carriers and timely prevention. The implementation of this project has provided the team and the participants with a better knowledge of the chronic diseases and how to prevent such diseases.

KEYWORDS: Hypertension; Diabetes; Quality of life; Self Care.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil e são responsáveis pela alta frequência de internações, com altos custos médicos e socioeconômicos. Em 2009, do total de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 28,5% foram por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), excluindo-se os partos. Dentre essas, 6,5% corresponderam a doenças cerebrovasculares e 5,2% a hipertensão. Das doenças cardiovasculares, a hipertensão é a mais comum e exibe, no país, prevalência de 32,5%, chegando a mais de 50% em indivíduos com 60 a 69 anos e 75% nas pessoas com mais de 70 anos (RESENDE, BARBIERI, 2017).

Já o Diabetes Mellitus (DM) sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, representando elevado custo social e grande impacto na morbimortalidade da população. A prevalência mundial, em 2013, entre 20 e 79 anos foi 8,3% (382 milhões de portadores) com expectativa de 592 milhões no ano de 2035 (OLIVEIRA et al., 2017).

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes para prevenir ou retardar complicações agudas e crônicas, o DM ainda implica em um enorme fardo para os pacientes e aos sistemas de saúde, suscitando um aumento adicional da procura de cuidados de saúde. Estudo verificou que 23,9% dos indivíduos com diabetes mellitus já foram hospitalizados pelo menos uma vez devido à doença, aumentando de duas a seis vezes a probabilidade de hospitalização, devido suas complicações. Estima-se que o diabetes é responsável em média por um excesso de mais de 12.000 internações por 100.000 pessoas/ano no Brasil (SANTOS et al., 2015).

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) o município de Tucuruí tem o número de diabéticos e hipertensos acompanhados por macrorregião de saúde até dezembro de 2015 de 833 e 2.524, respectivamente. O número de hospitalização por complicações da DM foi 84 no ano de 2015 no estado do Pará (SIAB, 2015).

Com intuito de dar assistência aos portadores dessas patologias e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida, foi criado o programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), através da Portaria n° 371/GM, em 4 de março de 2002, por um plano de reorganização da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnósticos, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010; ALVES, CALIXTO, 2012).

Diante do monitoramento que é feito pelo Programa HiperDia, as taxas de abandono ou recusa das prescrições médicas são elevadas, pois uma grande dificuldade de adesão ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que pode não apresentar sintomas recorrentes. A participação ativa do indivíduo é umas das formas mais eficazes no controle

da doença e na prevenção de suas complicações, e para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre pacientes e profissionais da saúde atuantes na estratégia Saúde da Família (MANFROI, 2006).

A não adesão medicamentosa apresenta-se como a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico, o que gera como consequência maiores custos a saúde pública do país, pois resultam na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010).

O interesse pelo estudo surgiu durante as práticas na disciplina de Enfermagem Comunitária II do curso de graduação de enfermagem, no município de Tucuruí, ao observar a deficiência na procura e retorno as consultas do programa HiperDia. O fato pode ser constatado nos registros dos livros de acompanhamento e marcação de consulta da ESF, onde foi observado um número significativo de faltas desses usuários, aliado ao diagnóstico situacional identificado como um problema local a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários do Programa HiperDia na região.

As evidências citadas e a necessidade de se desenvolver uma proposta de intervenção capaz de sensibilizar as pacientes quanto à importância do diagnóstico e tratamento da doença, favorecendo os indicadores de adesão farmacológica e consequentemente a qualidade de vida e saúde da população local serviram de subsídios para que os acadêmicos fossem motivados a elaborar o projeto. Desta maneira, o estudo tem por objetivo relatar a experiência de um grupo de acadêmicos sobre um projeto de intervenção para os portadores de HAS e DM de uma comunidade a fim de sensibiliza-los quanto a importância da adesão farmacológica nesse processo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo realizado através de um projeto de extensão aprovado pela Universidade do Estado do Pará no município de Tucuruí, no ano de 2018, organizado pelos acadêmicos de enfermagem e educação física, e para o desenvolvimento da intervenção foram divididas em 3 etapas sendo que sua aplicação ocorreu durante uma semana para melhor desfecho da ação.

Na Etapa 1, houve apresentação do projeto a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) Pioneira I e II por meio de uma roda de conversa, o que possibilitou a análise dos objetivos e possíveis estratégias de ação. Já na Etapa 2 após apresentação da intervenção e identificação dos portadores de DM e HAS, foi elaborado e enviado um convite aos usuários para participarem da ação educativa sendo entregue com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

E seguindo a última etapa dessa intervenção teve a execução da atividade educativa

na comunidade que contou com a presença da equipe multidisciplinar, em que ocorreu a distribuição folders sobre o assunto, explanação e orientação quanto ao estilo de vida, práticas de autocuidado e estímulo a adesão ao tratamento.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

A vivência começou quando o projeto de extensão foi submetido e aprovado pela UEPA para ser desenvolvido no município de Tucuruí durante uma semana, dividido em 3 etapas para melhor prosseguimento da intervenção. Contou com o apoio dos acadêmicos do Curso de Graduação de Enfermagem e Educação Física, além da equipe multiprofissional da ESF. Sabe-se que as ações educativas em saúde permitem a reflexão dos usuários e facilitam as intervenções da equipe de saúde nas ações básicas e é inerente a toda e qualquer atividade de atenção à saúde.

Sendo um dos mais graves problemas de saúde pública a hipertensão e diabetes se não controladas podem aumentar o número de hospitalização por complicações, causando desfavorável prognóstico aos portadores. Dessa forma, a ESF tem papel importante no controle e estímulo ao adequado tratamento de pessoas que possuem essas patologias.

Em um primeiro momento houve a escuta sensível dos ACS e enfermeiros através da roda de conversa sobre como funciona o programa Hiperdia na unidade e como os inscritos se comportam quanto a aceitação ao plano terapêutico apresentado a eles. Os dados foram cedidos pelo local, identificando no caderno do programa 154 usuários cadastrados com hipertensão e 61 com Diabetes Mellitus, desses 23 não aderiram ao tratamento e 33 não possuem controle de níveis pressóricos e glicêmicos.

A falta de monitoramento desses níveis segundo pesquisas nesse campo constitui um fator de risco preocupante para doenças cardiovasculares, bem como para o Acidente Vascular Encefálico (AVE), ocasionando aos pacientes quando hospitalizados algum grau de comprometimento. Estudos mostram que o bom controle metabólico e dos níveis pressóricos reduzem as complicações por doenças crônicas e corresponde a melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

Quanto as principais dificuldades relatadas pelos pacientes à equipe de saúde para a adesão ao tratamento foram: o acesso dos usuários à ESF, pois os bairros cobertos ficavam distantes da unidade, a deficiência de informação sobre doenças crônicas e seus agravos e os hábitos inadequados de alimentação e sedentarismo. Diante disso, com a problemática encontrada organizou-se estratégias de ação para o alcance e sensibilização do público alvo.

A equipe do projeto criou um convite tanto para os usuários cadastrados no HiperDia como para as demais pessoas que faziam parte da comunidade, os ACS foram parte fundamental no contato com estes, já que, mantém maior aproximação com o público. No decorrer de suas visitas domiciliares realizaram a entrega do convite e a mobilização

da população para a participação no encontro, pode-se perceber através dos relatos dos profissionais que houve entusiasmo da comunidade em participar da ação ofertada e maior envolvimento dos familiares nesse processo.

Nesse sentido, a equipe responsável elaborou um plano de ação no intuito principalmente de sensibilizar os pacientes quanto à importância do diagnóstico e tratamento, assim como do controle da hipertensão e diabetes. A fim de prevenir comorbidades e complicações associadas, além de informá-las sobre o autocuidado diante da sua enfermidade adotando práticas para sua melhoria ou manutenção, modificação dos hábitos de vida que possam comprometer a sua saúde.

A melhora nos indicadores de adesão farmacológica também foi um dos principais pontos discutidos, tendo em vista que, quanto maior o grau de participação dos usuários como propagandistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico. Houve também a sensibilização das pessoas que vivem na comunidade e não apenas os usuários diabéticos e hipertensos, promovendo uma intervenção que abrangessem a todos contribuindo na detecção de possíveis portadores das doenças e no monitoramento dos níveis pressóricos e glicêmicos junto à equipe, sendo que essa abordagem exige protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

A ação educativa foi organizada em um barracão de uma igreja que ficava próximo a área coberta pela ESF, o início deu-se através da apresentação da equipe aos participantes, no qual, elaborou-se um fluxo de atividades primeiramente assistiram a uma palestra com a nutricionista que abordou sobre a alimentação saudável, dietas hipossódicas, dieta para diabético, alimentos de baixo custo que podem ser inseridos no cardápio adaptado para estes grupos e a palestra do enfermeiro sobre o autocuidado com enfoque na prevenção do pé diabético em que criou uma metodologia ativa por meio de um semáforo onde cada cor correspondia a um estágio dessa complicação, o que facilitou o processo de aprendizagem destes.

O público-alvo era encaminhado para a triagem onde realizava a aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar por parte dos acadêmicos de enfermagem sob a supervisão dos enfermeiros, também foi verificada a circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes pelos acadêmicos do último ano de Educação Física, a fim de avaliar o estado nutricional e identificar riscos que podem gerar incapacidades. Em seguida, enquanto aguardava a consulta com os médicos da ESF um café da manhã era servido aos participantes como estímulo à alimentação saudável, no qual, estes demonstraram curiosidades e interesses relacionados à temática, evidenciando que a atividade propiciou aos usuários a reflexão sobre a importância de suas patologias.

A aproximação com a equipe multidisciplinar permitiu a vivência no campo prático da atuação dos discentes com a equipe, nas ações no que tange à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de usuários com hipertensão e diabetes, bem como de seus familiares. Permitiu também a reflexão dos acadêmicos sobre a necessidade de

ações interdisciplinares com planejamento no enfrentamento da doença e na promoção da saúde.

4 | CONCLUSÃO

As complicações advindas da HAS e DM são de sua maioria evitáveis assim uma ação educativa eficiente resulta em promoção a saúde, redução dos riscos e agravos se houver adequada assistência aos portadores e prevenção oportuna, proporcionando a satisfação pessoal e o bem estar do indivíduo e da comunidade (OLIVEIRA, 2014).

Ribeiro et al. (2012) relata que essas ações realizadas junto ao paciente, familiares e comunidade têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que as complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável.

A implementação deste projeto proporcionou a equipe e aos participantes um aperfeiçoamento do conhecimento sobre as doenças crônicas e como prevenir tais agravos relacionados a estas patologias, bem como a importância do diagnóstico precoce e tratamento, melhorando a qualidade de vida e saúde da população local.

A presença e o envolvimento de todos os integrantes, voluntários e orientadores do projeto durante os dias de sua execução, propiciou a articulação entre a pesquisa e o ensino, à medida que o acadêmico fez uso da escuta sensível e a busca da literatura, apontando para uma nova formação que se preocupa com os problemas identificados na sociedade, possibilitando o aperfeiçoamento da prática universitária gerando sujeitos proativos e habilidosos, habilitados para compreender e atuar frente às necessidades existentes na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão aos tratamentos de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Health Sci Inst, Campinas*, v. 30, n. 3, p. 255-260, jul/set 2012

GOMES, T. J. O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa 133 Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol.17, n.3, p.132-139, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F.A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. *Ver Bras Med Fam Com*. v.2, n.7, p.165-76, 2006.

OLIVEIRA, C.D.I. et al. Perfil clínico do paciente diabético após internação devido a complicação por condição sensível à atenção primária. *Ver Fac Ciênc Méd Sorocaba*, v.19, n.3, p:139-45, 2017.
OLIVEIRA, R.X. A importância da adesão dos indivíduos a programas de tratamento e prevenção da hipertensão arterial e do diabetes. Universidade Federal de Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso. Conselheiro Lafaiete, 2014.

RESENDE A.P.G.L. E BARBIERI A.R. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. *Texto Contexto Enferm*, v.26, n.3, e6570015, 2017.

RIBEIRO, A.G., et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev. Nutr.*, Campinas , v. 25, n. 2, p. 271-282, abr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732012000200_009&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 jun. 2020.

SANTOS, A.L, et al. Tendência de hospitalizações por diabetes mellitus: implicações para o cuidado em saúde. *Acta Paul Enferm*. V.28, n.5, p.401-7, 2015.

Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no período de Dez/2015. Disponível em <9ov9://tabnet.datasus.gov.br/9ov/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSPA.def> Acesso em 30 de junho de 2020.

LESÃO POR PRESSÃO: A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO PARA MINIMIZAR OS DANOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 29/07/2020

Mariana Ingrid Messias Gonçalves

Acadêmica do Centro Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/7865401038537199>

Maria Paula Yamaguti

Acadêmica do Centro Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/2519682785464160>

Maria Vitória de Paiva Novaes

Acadêmica do Centro Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/8693921284625232>

Mariane Resende David

Acadêmica do Centro Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/7429238678394262>

Matheus Araújo

Acadêmico do Centro Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/6299365901998684>

Rodrigo Alves Garcia

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/8144708659687083>

Marcos Paulo de Souza

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário IMEPAC
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/7687001540175137>

RESUMO: Introdução: O Ministério da Saúde indica a aplicação de Protocolos na Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Entretanto, é notória a negligência de determinados profissionais de saúde na aplicação dos protocolos, o que prejudica a segurança do paciente e culmina com o surgimento das lesões por pressão (LPP). O contato com essa realidade motivou o desenvolvimento desse projeto, cujo objetivo é ressaltar a necessidade da aplicabilidade dos protocolos da APS em pacientes com restrição na movimentação locomotora. Metodologia: O projeto foi desenvolvido por discentes do curso de graduação em medicina do 3º período do Centro Universitário IMEPAC. No mês de abril de 2019, por dois dias, o referido grupo realizou visitas domiciliares (VD) a um paciente com LPP em estágio III e IV, em distintas localizações anatômicas, com a realização de técnicas de debridamento mecânico e curativos. Relato de Experiência: A história clínica do paciente acamado, segundo anamnese, evidenciava que a LPP foi uma complicação de uma hospitalização por dois meses devido a infartos, na qual não houve cumprimento das medidas preventivas. No exame físico identificou-se lesão em região occipital, necrose de liquefação na região sacral e necrose de coagulação no calcâneo esquerdo. A conduta terapêutica foi a realização de debridamento físico e químico, com uso de pomada colagenase com cloranfenicol, e aplicação de sulfatazida de prata à 1% como agente cicatrizante e antimicrobiano, além da construção de um projeto terapêutico singular.

Em visita posterior, o avanço da cicatrização foi notório. Considerações finais: Evidencia-se a importância do cumprimento do Protocolo de Prevenção de LPP para a garantia do princípio da beneficência do cuidado.

PALAVRAS - CHAVE: Lesão por Pressão, Protocolo de Prevenção de LPP, Atenção Primária à Saúde, Integração ensino-serviço.

PRESSURE INJURY: THE IMPORTANCE OF PROTOCOLS TO MINIMIZE DAMAGE

ABSTRACT: Introduction: The Health Ministry indicates the application of Protocols in Primary Health Care (PHC), with the objective of ensuring patient safety and the quality of care. However, the negligence of certain health professionals in the application of the protocols is notorious, which impairs the patient safety and culminates in the emergence of bedsores (pressure ulcers). Being face to face with this situation motivated the development of this project, whose objective is to highlight the need for the applicability of PHC protocols in patients with locomotor movement restriction. Methodology: The project was developed by students of the undergraduate medical course of the 3rd period of the Centro Universitário IMEPAC. In April 2019, for two days, the referred group carried out home visits (HV programs) to a patient with Bedsores in stages III and IV, in different anatomical locations, with the performance of mechanical debridement and dressing techniques. Experience report: The clinical history of the bedridden patient, according to anamnesis, showed that the bedsores were a complication of a hospitalization for two months due to heart attacks, in which the preventive measures were not complied with. On physical examination, injuries on the occipital region, liquefaction necrosis in the sacral region and coagulation necrosis on the left calcaneus were identified. The therapeutic approach was to perform physical and chemical debridement, using collagenase ointment with chloramphenicol, and applying 1% silver sulfadiazine as a healing and antimicrobial agent, in addition to building a unique therapeutic project. On a subsequent visit, the healing progress was noticeable. Final considerations: The importance of complying with the Bedsores Prevention Protocol is highlighted to guarantee the principle of beneficence of care.

KEYWORDS: Pressure Injury, Bedsores Prevention Protocol, Primary Health Care, servisse-teaching integration.

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde propõe a efetivação de Protocolos na Atenção Primária à Saúde (APS). Todavia, é notória a negligência de alguns profissionais de saúde, sendo a ineficiência na comunicação entre a equipe e o não cumprimento das diretrizes ministeriais como potenciais nós críticos o que culmina com o surgimento das lesões por pressão (LPP). O contato com esse processo promoveu reflexões que motivaram o desenvolvimento desse projeto, cujo objetivo é ressaltar a necessidade da aplicabilidade dos protocolos da APS em pacientes com restrição na movimentação locomotora. Nesse viés, destaca-se a importância do princípio da beneficência que se encontra intimamente atrelado ao cuidado

integral e a minimização de danos, dessa forma, nota-se sua relevância como norteador das ações médicas e da equipe multiprofissional a fim de preservar a integridade da vida.

2 | METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido por um grupo de acadêmicos do curso de graduação em medicina do 3º período do IMEPAC. No mês de abril de 2019, por dois dias, o referido grupo realizou visitas domiciliares (VD) a um paciente com LPP em estágio III e IV, em distintas localizações anatômicas, com a realização de técnicas de debridamento mecânico e curativos

3 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

No primeiro dia, a VD teve como intuito a realização da anamnese e do exame físico do paciente que se encontrava acamado com LPP, visto que, após a hospitalização por um período de dois meses, com complicações hemodinâmicas oriundas de infartos, a equipe multiprofissional da atenção secundária à saúde não efetivou a assistência vinculada às medidas preventivas de LPP. Foi identificado a presença de lesão na região occipital, necrose de liquefação na região sacral e necrose de coagulação no calcâneo esquerdo. Realizou-se debridamento físico, que consiste na remoção de tecido desvitalizado, sendo aplicado a pomada colagenase com cloranfenicol para o debridamento químico. Ademais, utilizou-se a sulfadiazida de prata à 1% como agente cicatrizante e antimicrobiano no tecido de granulação para estimular a angiogênese e formação de colágeno. Por fim, foi construído o projeto terapêutico singular objetivando a integração entre ensino-serviço, com a interface na avaliação do estado nutricional visto que o paciente com LPP se encontrava em estado catabólico. No segundo dia, o avanço da cicatrização era notório, não sendo necessário a realização de debridamento manual, nem tampouco químico. Após a inspeção e discussão do caso clínico, foi realizado curativo com aplicação da pomada sulfadiazida de prata à 1%.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência vivenciada, foi possível internalizar a importância da efetivação do Protocolo de Prevenção de LPP a fim de otimizar o custo financeiro, a redução no tempo da hospitalização e, sobremaneira, o risco de infecção em pacientes que evoluem com LPP, garantindo o princípio da beneficência no cuidado.

REFERÊNCIAS

LUZ, S. R.; et al. Úlceras de pressão. Geriatria e gerontologia, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2010-1.pdf#page=41>> Acessado em: 10 mai. 2019

MOREIRA, Pamela dos Santos Costa Rodrigues et al. **Cuidados de enfermagem a lesão por pressão-relato de caso.** Revista Pró-UniverSUS, v. 9, n. 1, p. 105-110, 2018.

RAGONHA, Alessandra Cristina Olhan et al. **Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras.** Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 514-521, 2005.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. **Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência.** Acta Med Port, v. 19, n. 1, p. 29-38, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Maria_Andrade6/publication/268284512_ABORDAGEM_TERAPEUTICA_DAS_ULCERAS_DE_PRESSAO_intervencoes_baseadas_na_evidencia_R_E_S_U_M_O/links/54d91e1a0cf25013d0412178.pdf> Acessado em: 10 mai. 2019.

CAPÍTULO 6

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília
<http://lattes.cnpq.br/2760680486381627>

Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0088227879433410>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/8388407861788466>

Tainara Sardeiro de Santana

Programa Ciências da Saúde da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Goiás e
Faculdade Estácio de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2154032892079554>

Cristiane Chagas Teixeira

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6177114876094490>

Robson Tostes Amaral

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4928696954019004>

Thaís Cristina Afonso

Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7782651500907694>

RESUMO: Introdução: O conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente favorece a adoção de medidas preventivas que garantam o cuidado seguro em serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar o conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre os aspectos conceituais acerca da segurança do paciente. **Métodos:** Estudo transversal conduzido com profissionais de saúde vinculados à rede de atenção primária de Goiás. Foi utilizado instrumento validado, aplicado via web. Realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** Encontrou-se o diagnóstico situacional do conhecimento dos profissionais de saúde que revelou fragilidades quanto aos aspectos conceituais da segurança do paciente. A investigação permitiu identificar a ocorrência de eventos indesejáveis assim como, condutas não esperadas no contexto da cultura de segurança, indicando a necessidade de (re) formulação de políticas de saúde com foco em estratégias preventivas. **Conclusão:** Constatou-se que o setor saúde deve se organizar para trabalhar essa temática de forma mais incisiva na atenção primária, elaborando políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de qualidade e segurança do paciente. **PALAVRAS - CHAVE:** Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Introduction: The knowledge of professionals about patient safety favors the adoption of preventive measures that guarantee the safe care in health services. **Objective:** To analyze the knowledge of primary care

professionals about the conceptual aspects about patient safety. **Methods:** A cross-sectional study conducted with health professionals linked to the primary care network in Goiás. A validated instrument was used, applied via the web. Descriptive statistical analysis was performed. **Results:** The situational diagnosis of health professionals' knowledge was found, which revealed weaknesses in the conceptual aspects of patient safety. The investigation allowed to identify the occurrence of undesirable events as well as, unexpected behaviors in the context of the safety culture indicating the need to (re) formulate of health policies with a focus on preventive strategies. **Conclusion:** It was verified that the health sector should organize itself to work this theme in a more incisive way in primary care, elaborating educational policies that subsidize the formation of a culture of quality and patient safety. **Keywords:** Patient Safety; Knowledge Management; Primary Health Care.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

INTRODUÇÃO

Desde que o cuidado inseguro foi reconhecido como um problema de saúde pública, inúmeros esforços surgiram para compreender a natureza e o impacto dos incidentes, a fim de encontrar soluções adequadas. A maior parte desses incidentes está centrada em ambientes hospitalares. Mas a compreensão da magnitude e da natureza do dano aos pacientes fora do hospital, especialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância, uma vez que a maioria das interações médico-paciente ocorre nesses ambientes¹.

Incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, comprometendo a estrutura ou função do corpo. São classificados em: circunstância notificável quando o incidente tem potencial de dano ou lesão; near miss quando um incidente não atingiu o paciente; incidente sem dano quando um incidente atingiu o paciente, mas não causou dano; e evento adverso que é o incidente que causou dano ao paciente².

Na APS, a frequência de incidentes variou muito, de 0,004 a 240 por mil consultas, e a proporção de incidentes evitáveis variou de 45 a 76%, dependendo do método empregado na pesquisa³. Estudo conduzido em 48 unidades que prestam cuidados primários revelou que, em um universo de 96.047 pacientes e 452 profissionais, foram identificados 18,6% incidentes do tipo eventos adversos. Dentre os eventos identificados, 48,2% foram relacionados com o tratamento medicamentoso, 25,7% com os cuidados em geral e 13,1% com o diagnóstico⁴.

Em revisão sistemática, pontua-se 182 medidas de segurança aplicáveis à APS em pacientes adultos, dentre elas, gestão de medicamentos, coordenação de cuidados, procedimento/tratamento, testes laboratoriais e estruturas/recursos das instalações⁵.

Diante dessas estimativas, considera-se relevante o conhecimento como uma das

principais ferramentas que os profissionais de saúde possuem para garantir cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes^{6,7}. Entretanto, a falta de informações sobre os incidentes e seus fatores causais, são os principais determinantes encontrados para novas ocorrências, pois impedem o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses eventos para profissionais, usuários e familiares, além de prejudicar a ação dos gestores na condução de estratégias para a qualidade da assistência com foco no cuidado seguro⁸.

Diante desta realidade, considerando que os indicadores podem influenciar no processo de educação em serviço, o objetivo deste estudo, portanto, é analisar o conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre os aspectos conceituais acerca da segurança do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, conduzido com profissionais de saúde vinculados à rede de atenção primária de Goiás, entre os anos de 2014 e 2015.

Obteve-se o contato de 354 profissionais a partir do cadastro do Telessaúde Goiás e utilizou-se formulário eletrônico, autoaplicável, a fim de atingir diferentes contextos da assistência e romper possíveis barreiras relacionadas à distância e ao tempo.

O formulário constou de duas partes. A primeira investigou o perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde e, a segunda, constou de 21 questões objetivas sobre aspectos conceituais e práticos da segurança do paciente. O formulário foi submetido à avaliação por experts para verificar semântica, precisão, clareza e objetividade.

Optou-se por realizar a análise estatística descritiva, com apresentação de média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. Representou-se o desempenho do profissional na análise do conhecimento pela proporção percentual do número de acertos ou respostas esperadas para a questão da segurança no ambiente de trabalho.

Estudo vinculado à pesquisa “Impacto de um programa interativo em segurança do paciente por meio da tele-educação, no processo de trabalho de unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família, vinculados ao Telessaúde”, aprovado por Comitê de Ética sob Protocolo nº 630.266/2014. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram seu anonimato garantido. Todos os aspectos éticos seguiram o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde N°466/2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo 354 profissionais de diversas categorias vinculadas aos serviços de saúde da atenção primária. A categoria profissional com maior participação foi

a de enfermeiros com 45,0% (163) de representantes, seguido dos médicos com 14,7% (52), dos técnicos de enfermagem com 9,4% (33), dos odontólogos com 8,2% (29) e dos agentes comunitários de saúde com 5,1% (18). A Tabela 1 apresenta as características gerais dessa população.

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
IDADE		
21 a 30 anos	150	42,4
31 a 40 anos	119	33,6
41 a 50 anos	54	15,3
51 ou mais anos	31	8,8
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio Completo	11	3,1
Curso técnico	50	14,1
Bacharel/Licenciatura	105	29,7
Especialista	144	40,7
Mestre	30	8,5
Doutor	6	1,7
FUNÇÃO		
Assistência	222	62,7
Gestão	68	19,2
Assistência e gestão	64	18,1
RENDA MENSAL		
Até 3 salários mínimos	139	39,3
Entre 3 e 6 salários mínimos	119	33,6
Entre 6 e 9 salários mínimos	34	9,6
Entre 9 e 12 salários mínimos	15	4,3
Mais que 12 salários mínimos	47	13,3
MUNICÍPIO DE ORIGEM		
Goiânia	111	31,4
Interior de Goiás	243	68,6

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais da rede de atenção primária à saúde de municípios vinculados ao Núcleo de Telemedicina e Telessaúde. Goiás, 2014-2015

A idade variou de 22 a 73 anos, com média de 35 anos, desvio padrão de 9,6 anos e faixa etária de 21 a 30 anos predominante para 42,4% (150) dos profissionais. O nível de escolaridade mais referido foi o superior para 82,8% (293) e 40,7% (144) referiram a especialização como titulação máxima.

O tempo de formado variou de nenhum a 47 anos, com média de 8,3 anos, desvio padrão de 8,4 anos e o tempo de experiência profissional variou de nenhum a 40 anos, média de 6,7 e desvio padrão de 6,8. O tempo de atuação na unidade de saúde atual variou

de nenhum a 37 anos, média de 4,4 anos e desvio padrão de 5,1 anos.

A função predominante foi a de assistência direta ao paciente para 62,7% (222) dos profissionais e o tipo vínculo empregatício mais referido foi o público para 60,2% (213) dos profissionais, com procedência predominante do interior de Goiás, que correspondeu a 68,6% (243).

A renda mensal de até três salários mínimos foi referida por 39,3% (139) dos profissionais, seguido de quatro a seis salários para 33,6% (119) dos profissionais. Apenas 13,3% (47) deles referiram salário mensal acima de 12 salários mínimos.

Quanto à formação na área de segurança do paciente, 82,9% dos profissionais da capital e 89,3% dos profissionais do interior negaram participação em qualquer curso sobre a temática. O conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente está apresentado no Quadro 1.

CONHECIMENTO EM SEGURANÇA DO PACIENTE	CT* N (%)	SO* N (%)	DT* N (%)
Eu sei identificar incidentes advindos do cuidado, na unidade em que trabalho.	249 (70,3)	89 (25,1)	16 (4,5)
Já presenciei incidentes durante a assistência aos pacientes que frequentam a unidade em que trabalho.	237 (66,9)	77 (21,8)	40 (11,3)
Acredito que a notificação/registro dos incidentes relacionados à segurança do paciente pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.	105 (29,7)	245 (69,2)	4 (1,1)
Quando incidentes provenientes do cuidado ocorrem com algum paciente, independente, de ter causado dano ou não, o profissional que cometeu o incidente é o único responsável e deve ser punido para que outros profissionais tenham mais atenção.	32 (9,0)	140 (39,5)	182 (51,4)
Cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Nesse sistema, substitui-se a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros decorrentes do cuidado e melhorar a atenção à saúde.	214 (60,5)	112 (31,6)	28 (7,9)
A segurança do paciente durante a assistência à saúde depende do conhecimento e tempo de experiência do profissional de saúde que presta o cuidado. Dessa forma, posso afirmar que a estrutura e os processos de trabalho de uma instituição de saúde não exercem influência sobre a segurança do paciente quando o quadro de pessoal é qualificado.	22 (6,2)	113 (31,9)	219 (61,9)
Profissionais que prestam assistência direta ao paciente não podem contribuir efetivamente com a segurança do paciente. Essa ação compete aos profissionais com cargos de gestão/coordenação.	8 (2,3)	73 (20,6)	273 (77,1)
Desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas unidades de saúde depende da vontade do gestor.	54 (15,3)	155 (43,8)	145 (41,2)

Discutir os incidentes advindos da assistência à saúde pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidentes.	111 (31,4)	239 (67,5)	4 (1,1)
Tenho conhecimento adequado para desenvolver minhas ações assistenciais visando à segurança do paciente.	77 (21,8)	218 (61,6)	59 (16,7)
Possuo conhecimento adequado sobre segurança do paciente para executar minhas ações com qualidade.	76 (21,5)	203 (57,3)	75 (21,2)
Oriento os usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e estratégias para garantir sua própria segurança.	98 (27,7)	235 (66,4)	21 (5,9)

Quadro 1 - Conhecimento geral dos profissionais da atenção primária à saúde sobre segurança do paciente. Goiás, 2014-2015

* CT [Concordo totalmente]; SO [Sem opinião]; DT [Discordo totalmente].

Saber identificar os incidentes advindos do cuidado, na unidade de trabalho, foi afirmado por 70,3% (249) dos profissionais e 66,9% (237) referiram já ter presenciado a ocorrência de incidentes durante a assistência na atenção primária. Apenas 29,7% (105) dos profissionais da atenção primária acreditam que a notificação/registro dos incidentes pode auxiliar na redução de outros incidentes semelhantes.

Diante da ocorrência de um incidente, 51,4% dos profissionais assumiram que o profissional envolvido no incidente não é o único responsável e não deve ser punido. Entretanto, um número significativo de profissionais (140; 39,5%) preferiram não julgar o item, evidenciando a necessidade de esclarecimentos sobre a sistemática do erro humano.

Sobre o conceito de cultura de segurança, 60,5% (214) concordaram com a substituição da culpa e a punição pela oportunidade de aprender com os erros; 7,9% (28) discordaram e 112 (31,6%), o que reforça a necessidade de esclarecimentos de enfoque conceitual.

Para 61,9% (219) dos profissionais de saúde, uma assistência de qualidade e com segurança não depende apenas de experiência e qualificação profissional e consideram que a estrutura e os processos de trabalho exercem influência sobre a segurança. Também foi afirmado por 77,1% (273) que os profissionais que prestam assistência direta ao paciente podem contribuir efetivamente com a segurança, não sendo responsabilidade apenas dos profissionais com cargos de gestão/coordenação.

Nessa mesma perspectiva, 41,2% (145) dos profissionais discordaram que desenvolver a cultura de segurança depende da vontade do gestor e 31,4% (111) concordaram que discutir o incidente pode ser uma estratégia para o aprendizado e prevenção de incidente, atitude que deve ser estimulada entre os serviços de saúde, uma vez que grande parte (239; 67,5%) não opinaram sobre o item.

Ter conhecimento adequado para desenvolver as ações assistenciais com segurança foi afirmado por apenas 21,8% (77) dos profissionais, sendo que 61,6% (218) não opinaram

sobre o item. Essa mesma tendência é apresentada quanto às ações assistenciais com qualidade, onde 21,8% (77) concordaram com o conhecimento adequado para exercer suas funções com qualidade e 61,6% (218) não opinaram.

Quanto à realizar orientações aos usuários sobre a importância de sua participação no tratamento e as estratégias que garantem sua própria segurança, 27,7% (98) concordaram com a afirmação, 5,9% (21) discordaram e 66,4% (235) não opinaram.

Constata-se *nuances* sobre o desenvolvimento da cultura de segurança, entretanto, o vínculo entre profissional e paciente deve ser fortalecido e, ainda, incentivado discussões acerca da mudança atitudinal dos profissionais.

O Quadro 2 reflete a percepção dos profissionais da atenção primária sobre os aspectos conceituais dos tipos de incidentes relacionados à assistência à saúde.

CONCEITO DO INCIDENTE	CT* N (%)	SO* N (%)	DT* N (%)
Já ouvi falar sobre a Classificação Internacional para Segurança do Paciente, na unidade em que trabalho.	114 (32,2)	104 (29,4)	136 (38,4)
O evento adverso é o incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, como no caso em que, após um profissional instalar uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria receber essa bolsa, o paciente desenvolve uma reação febril.	197 (55,6)	118 (33,3)	39 (11,0)
O incidente sem dano é um evento que ocorre, mas não é detectado dano ao paciente. Por exemplo, quando o profissional instala uma bolsa de sangue em paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas o sangue é compatível e o paciente não desenvolve reações.	181 (51,1)	113 (31,9)	60 (16,9)
A circunstância notificável é uma situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu, o que pode ser exemplificado quando existe uma escala de profissionais defasada para determinado plantão, mas nenhum incidente ocorre.	156 (43,9)	134 (37,9)	64 (18,1)
O quase-erro é um incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma situação em que o profissional prepara uma bolsa de sangue para um paciente homônimo àquele que deveria recebê-la, mas percebe a falha antes da instalação.	220 (62,1)	112 (31,6)	22 (6,2)

Quadro 2 - Avaliação dos conceitos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase erros, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da atenção primária à saúde. Goiás, 2014-2015

* CT [Concordo totalmente]; SO [Sem opinião]; DT [Discordo totalmente].

Apenas 32,2% (114) dos profissionais de saúde ouviram falar da Classificação Internacional da Segurança do Paciente.

Em contrapartida, 55,6% (197), 51,1% (181), 43,9% (156) e 62,1% (220) concordaram, respectivamente, com os conceitos de evento adverso, incidente sem dano, circunstância notificável e quase-erro.

O julgamento dos casos de incidentes pelos profissionais da atenção primária está apresentado no Quadro 3.

CASOS DE INCIDENTES	Acerto N (%)	Erro N (%)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral para uma criança de 15 meses. Antes de administrar percebeu que havia aspirado 1ml e descartou o 0,5ml excedente. R*: Quase erro.	67 (18,9)	287 (81,1)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral em uma criança de 15 meses e percebeu o erro somente depois de administrado. A criança apresentou dor local e hematoma em região do deltoide. R*: Evento adverso.	274 (77,4)	80 (22,6)
Um profissional de enfermagem da sala de imunização preparou duas doses da vacina tríplice viral e administrou em uma criança de 15 meses. A criança foi observada e não manifestou reações imediatas e/ou tardias. R*: Incidente sem dano.	183 (51,7)	171 (48,3)
Criança de 15 meses foi levada à Unidade de Saúde para receber a vacina tríplice viral. Entretanto, o profissional da sala de imunização informou aos pais que a vacina estava em falta na unidade de saúde. R*: Circunstância notificável.	185 (52,3)	169 (47,7)

Quadro 3 - Julgamento de casos de incidente sem dano, evento adverso, circunstância notificável e quase erro, de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, pelos profissionais da atenção primária à saúde. Goiás, 2014-2015

*Resposta esperada.

O julgamento correto do quase-erro foi verificado em apenas 18,9% das respostas dos profissionais. O evento adverso foi o julgamento com maior rendimento, obtendo 77,4% de acertos. O incidente sem dano e a circunstância notificável foram julgados corretamente por pouco mais que 50,0% dos profissionais.

Ressalta-se que a identificação do incidente pelo profissional exige conhecimento prévio de seus conceitos para o estabelecimento de ações preventivas. Frente a isso, torna-se imprescindível a qualificação do profissional e o apoio organizacional para que a aprendizagem aconteça.

DISCUSSÃO

Com base no exposto, aponta-se a necessidade de investir em educação em serviço a fim de direcionar os profissionais de saúde para uma abordagem mais sistêmica do erro decorrente do cuidado. Para isso, primeiramente, deve-se conhecer o perfil do profissional a fim de buscar qualidade que possa favorecer o processo de ensino-aprendizagem.

Os profissionais atuantes na APS possuem um perfil sociodemográfico diversificado, tais como, faixa etária, titulação, tempo de experiência profissional, dentre outras características que podem estar a favor dos processos de gestão do conhecimento. Observa-se também essa diversidade em estudo desenvolvido com profissionais que atuam na APS em diferentes regiões do Brasil⁸.

Nota-se que ter conhecimento adequado para executar ações com qualidade e segurança foram aspectos com baixa percepção entre os profissionais de saúde, o que reforça a necessidade de investir em capacitação⁷. Corroborando com a proposta do Movimento *Nursing Now*, desenvolver competências para enfermagem na APS, incluindo prática clínica, atenção ao paciente e a sua comunidade e família, exigindo contínua qualificação⁹.

A predominância da pós-graduação em nível de especialização, *lato sensu*, compatível com as atividades desenvolvidas na unidade, não alcançou 50,0% dos profissionais de saúde. O nível de especialização em municípios de pequeno porte é mais agravante e evidencia determinadas regiões com apenas 28,0% de profissionais com cursos na área da saúde coletiva⁸.

Ressalta-se a importância do estímulo à qualificação específica dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária⁹. Para além disso, verificar mudança de comportamento em relação à segurança do paciente dos profissionais por meio de avaliação sistemática das capacitações, com intuito de melhoria das ações ao cuidado seguro^{10,11}.

Enfatiza-se em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, a necessidade de aprofundamento em questões conceituais, especialmente, quanto aos tipos de incidentes, o que ampliará a percepção sobre os riscos da assistência à saúde^{2,7}.

O incidente com maior facilidade de percepção foi o evento adverso que pode ser decorrente do dano. Entretanto, ressalta-se que a identificação dos outros tipos de incidentes deve ser incentivada, pois apontam falhas na organização do serviço.

Estudo nos Estados Unidos da América (EUA) cuja análise de 754 ocorrências evidenciou que em 60 casos houve a interrupção de uma cascata de erros antes que o mesmo atingisse o paciente¹². Incentiva-se pois, a recuperação e monitoramento ativo do quase-erro pelas instituições de saúde por representar um potencial evento adverso, bem como, por evidenciar falhas latentes¹³. Entretanto, constitui-se em uma iniciativa ainda pouco observada e incipiente, que necessita ser estimulada, em busca de ações

prioritariamente preventivas em detrimento das corretivas. Dentre os incidentes na atenção primária, os erros de medicação são mais comuns e estão associados principalmente a falha de comunicação¹⁴.

Estudo evidenciou que 25% de todas as prescrições de medicamentos resultam em eventos adversos, sendo 21% destes são evitáveis¹⁵. O não uso da prática racional de medicamentos na APS implica na necessidade de intervenções para melhorias de produto, serviço e processo¹⁶. Estudo no Reino Unido enfatizou a transição do cuidado e a comunicação como prioridades de pesquisa em segurança do paciente na atenção primária¹⁷.

Ante ao exposto, destaca-se que somente 27,7% dos profissionais afirmaram desenvolver a orientação do paciente sobre o seu próprio cuidado e sobre a importância do seu envolvimento para garantir sua própria segurança.

O envolvimento do paciente no plano de cuidados tem sido defendido no contexto da segurança do paciente, por ele se configurar na última barreira para evitar que o erro aconteça¹⁸. Na APS, onde o paciente não fica sob os cuidados direto de um profissional de saúde, desenvolver sua autonomia é indispensável. Outro aspecto relevante está no acompanhamento dos cuidados e cortesia dos profissionais de saúde¹⁹.

O desenvolvimento da autonomia do paciente para o gerenciamento do próprio cuidado vai ao encontro das diretrizes da Portaria nº 2.488/2011, quando destaca que a organização da atenção primária deve ser centrada no usuário, o qual deve ser estimulado a ampliar a autonomia e a capacidade para a construção do cuidado à sua saúde, à saúde da coletividade e ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde²⁰.

Na APS, acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Estudo evidenciou a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda da APS, o que acarreta a descontinuidade do cuidado²¹.

Destaca-se assim, o incentivo à comunidade utilizar os serviços de saúde, e o desenvolvimento comunitário pode ser uma estratégia para alertar o paciente sobre diversos aspectos que envolvem o cuidado de saúde²², inclusive sobre a percepção de incidentes relacionados ao próprio cuidado.

A assistência centrada no paciente é considerada um desafio por estimular o envolvimento do paciente e familiar nas ações do seu próprio cuidado, auxiliando a minimizar a ocorrência de incidentes^{23,24}. Assim, o envolvimento do paciente no cuidado seguro auxilia os profissionais de saúde na detecção precoce de incidentes^{23,24}.

Reconhece-se que investir no aprofundamento sobre cultura de segurança pode auxiliar os profissionais de saúde a tomarem uma posição mais sistêmica diante da ocorrência do incidente, uma vez que, somente 31,4% acreditam que discutir os incidentes pode ser uma estratégia de aprender com o erro, 29,7% acreditam que a notificação pode auxiliar nesse processo e 15,3% acreditam que desenvolver a cultura de segurança

depende da vontade do gestor.

Ante ao exposto, percebe-se que essa atitude deve estar intrincada nas ações dos profissionais de saúde. Entretanto, evidencia-se que na maioria das instituições de saúde ainda não há a cultura de se procurar a falha no processo, na organização/estrutura e assim rever os possíveis planos de ação de reestruturação que venham a impedir novas falhas e/ou incidentes, especialmente, àqueles que resultam em dano permanente ou morte²⁵.

Ressalta-se que, para a prevenção dos riscos é necessário identificar e analisar a origem do evento para que a adoção de medidas preventivas possa ser sistematizada de forma proativa, e não somente quando os erros ocorrem. Estabelecer uma sistemática de gerenciamento de riscos é um caminho para se buscar um melhor controle e monitoramento dos processos de trabalho²⁶.

Apesar das lacunas identificadas no conhecimento teórico dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente, 70,3% referiram saber identificar um incidente e 66,9% referiram já ter presenciado. Indica-se, pois, que a ocorrência do incidente na atenção primária é uma realidade brasileira e que, portanto, o profissional deve estar preparado para uma conduta proativa, a fim de evitar recorrências.

A educação em serviço deve consistir em produção de conhecimento a partir da realidade vivida pelos profissionais de saúde, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e suas experiências como base de interrogação e mudança²⁷. Portanto, para promover mudanças é necessário que o processo de construção de conhecimento seja sistemático e contínuo, se integre à rotina do serviço e, ainda, considere o objeto de trabalho dos profissionais envolvidos²⁸.

Vale destacar o apontamento dos indicadores que direcionam o desenvolvimento de programas educativos que contribuem para a ampliação do conhecimento sobre segurança do paciente na APS²⁹. Para além disso, contribui com a participação e preocupação dos profissionais, com a melhoria organizacional e com o aumento do prestígio profissional³⁰.

CONCLUSÃO

Constataram-se fragilidades relacionadas ao conhecimento que podem interferir na abordagem sistêmica do incidente, limitando a capacidade de elaboração de ações estratégicas para a prevenção do incidente. Relaciona-se as principais fragilidades ao aspecto conceitual dos tipos de incidentes, especialmente, nos casos em que não envolve dano ao paciente.

Enfatizou-se a importância da notificação dos incidentes, da aprendizagem a partir do erro e do envolvimento do paciente no cuidado para a sua própria segurança implicando na necessidade de uma abordagem mais incisiva e norteadora à cultura de segurança.

Espera-se que o estudo influencie a (re)formulação de estratégias preventivas frente à ocorrência de eventos indesejáveis durante a assistência prestada ao paciente, bem

como, na elaboração de políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança e de qualidade nos serviços de saúde, no contexto da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. Summary of inaugural meeting The Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva; 2012.
2. WHO - World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva; 2009.
3. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Genève: World Health Organization; 2008.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional del Salud. Estudio APEAS: estudiosobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Hatoun J, Chan JA, Yaksic E, Greenan MA, Borzecki AM, Shwartz M, et al. A Systematic Review of Patient Safety Measures in Adult Primary Care. *Am J Med Qual.* 2017;32(3):237-45.
6. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(3):422.
7. Brasaitė I, Kaunonen M, Martinkenas A, Mockienė V, Suominen T. Health Care Professionals' Knowledge Regarding Patient Safety. *Clin Nurs Res.* 2017;26(3):285-00.
8. Espíndola PS, Lemos CLS, Reis LBM. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2011;24(4):367-75.
9. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(1):275-88.
10. González-Formoso C, Clavería A, Fernández-Domínguez MJ, Lago-Deibe FL, Hermida-Rial L, Rial A, et al. Effectiveness of an educational intervention to improve the safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):15. doi: 10.1186/s12875-018-0901-8
11. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2771.
12. Parnes B, Fernald D, Quintela J, Araya-Guerra R, Westfall J, Harris D, et al. Stopping the error cascade: a report on ameliorators from the ASIPS collaborative. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:12-6.
13. Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
14. Gnädinger M, Conen D, Herzig L, Puhan MA, Staehelin A, Zoller M, et al. Medication incidents in primary care medicine: a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella). *BMJ Open.* 2017;7:e013658.

15. Trinkley KE, Weed HG, Beatty SJ, Porter K, Nahata MC. Identification and Characterization of Adverse Drug Events in Primary Care. *Am J Med Qual.* 2017;32(5):518-25. doi: 10.1177/1062860616665695
16. Silva AS, Maciel GA, Wanderley LSL, Wanderley AG. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:132.
17. Morris RL, Ações SJ, Alam R, Taylor S, Rolfe C, Glover SW, et al. Identifying primary care patient safety research priorities in the UK: a James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *BMJ Open.* 2018;8(2):e020870.
18. Bishop AC, Macdonald M. Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. *J Patient Saf.* 2017;13(2):82-7. doi: 10.1097/PTS.000000000000123
19. Adisa R, Fakeye TO, Aindero VO. Evaluation of prescription pattern and patients' opinion on healthcare practices in selected primary healthcare facilities in Ibadan, South-Western Nigeria. *Afr Health Sci.* 2015;15(4):1318-29.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
21. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(sup 1):S100-S110.
22. Baum F, Freeman T, Lawless A, Jolley G. Community development--improving patient safety by enhancing the use of health services. *Aust Fam Physician.* 2012;41(6):424-8.
23. Kushner C, Davis D. Improving safety: engaging with patients and families makes a difference! *Healthc Q.* 2014;17 Spec No:41-4.
24. Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2019;13(2):130-36.
25. Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein.* 2008;6(4):434-8.
26. Hinrichsen SL, Campos MA, Possas LCM, Sabino G, Vilella TAS. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. *RAHIS.* 2011;7:10-7.
27. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro; 2009.
28. Silva TRB, Nogueira MA, Sá AMM. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica. *Rev Enferm UFPI.* 2016;5(4):24-30.

29. Viana DM, Araújo RS, Vieira RM, Nogueira CA, Oliveira VC, Renno HMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. R Enferm Cent O Min. 2015; 5(2):1658-68.

30. Ventola CL. Social Media and Health Care Professionals: Benefits, Risks, and Best Practices. P T. 2014;39(7):491-99.

CAPÍTULO 7

TABAGISMO: IMPACTO DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA QUALIDADE DE VIDA DE FUMANTES, NO ÂMBITO DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BÚZIOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 01/08/2020

Helena Barreto Arueira

Instituto de Educação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), Lisboa – Portugal, Médica de Família da Prefeitura Municipal de Búzios, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/7321480045065032>

Sandra Maria de Oliveira Marques Gonçalves Queiroz

Professora, Doutora e Investigadora Integrada da ULHT, Lisboa, GCTE.

<http://lattes.cnpq.br/145556060628904>

RESUMO: O tabagismo é uma doença que pode afetar a Qualidade de Vida da pessoa. Entretanto é notório que deixar de fumar é um processo de grande complexidade. Partindo da articulação da educação e da saúde, esta pesquisa visa compreender em que medida as atividades de Educação em Saúde dos Grupos de Controle do Tabagismo, utilizando a abordagem cognitivo-comportamental, contribuem para que seus integrantes alcancem melhores indicadores nas dimensões da Qualidade de Vida, na ausência de farmacoterapia específica. A pesquisa proposta é de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, longitudinal, buscando uma relação de causa e efeito, através de um estudo quasi-experimental. O desenho metodológico consistirá em uma abordagem quantitativa,

com a utilização do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e do questionário para avaliação da dependência da nicotina (Questionário de Tolerância de Fagerström), além do cálculo da carga tabágica. Os participantes serão alocados de acordo com o uso ou não da farmacoterapia específica. A pesquisa será complementada por uma abordagem qualitativa, com a aplicação de entrevistas semiestruturadas. Os questionários serão analisados com base nos dados estatísticos encontrados e as entrevistas serão submetidas à análise de conteúdo. Almeja-se evidenciar, que a abordagem cognitivo-comportamental, pode impactar positivamente a Qualidade de Vida dos integrantes dos grupos educativos, mesmo na ausência de farmacoterapia específica, podendo ser um fator de incentivo para a cessação do tabagismo.

PALAVRAS - CHAVE: Tabagismo; Qualidade de Vida; Grupo de Controle do Tabagismo; Abordagem cognitivo-comportamental; Saúde da Família.

SMOKING: IMPACT OF THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACH ON THE QUALITY OF LIFE OF SMOKERS, IN THE CONTEXT OF THE HEALTH OF THE FAMILY OF BÚZIOS

ABSTRACT: Smoking is a disease that can affect a person's Quality of Life. However, it is notorious that quitting smoking is a very complex process. Starting from the articulation of education and health, this research aims to understand to what extent the Health Education activities, developed by the Tobacco Control Groups, using the cognitive-behavioral approach,

contribute for their members to reach better indicators in the dimensions of Quality of Life, in the absence of specific pharmacotherapy. The proposed research is a qualitative and quantitative, longitudinal approach study, looking for a cause and effect relationship, through a quasi-experimental study. The methodological design will consist of a quantitative approach, using the SF-36 Quality of Life Questionnaire and the questionnaire for assessing nicotine dependence (Fagerström Tolerance Questionnaire), in addition to the calculation of smoking load. Participants will be allocated according to whether or not to use the specific pharmacotherapy. The research will be complemented by a qualitative approach, with the application of semi-structured interviews. The questionnaires will be analyzed based on the statistical data found and the interviews will be submitted to content analysis. The aim is to evidence that the cognitive-behavioral approach can have a positive impact on the Quality of Life of members of educational groups, even in the absence of specific pharmacotherapy, may be an incentive factor for smoking cessation.

KEYWORDS: Health Education; Quality of Life; Tobacco Control Group; Cognitive-behavioral Approach; Family Health.

1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença, atualmente reconhecida como desordem mental (ROSEMBERG, 2003), que pode afetar a Qualidade de Vida da pessoa. (LIMA, 2017). Entretanto é notório que deixar de fumar é um processo de grande complexidade que requer uma intervenção especializada. (HALTY, 2002). Partindo da articulação da Educação e da Saúde, pressupõe-se que a abordagem cognitivo-comportamental desenvolvida pelos Grupos de Controle do Tabagismo, sob o modelo dialógico freireano, possa ser considerada ferramenta de promoção da qualidade de vida de tabagistas, inseridos na Estratégia de Saúde da Família, mesmo na ausência de farmacoterapia específica.

2 | OBJETIVOS

A presente pesquisa visa compreender em que medida as atividades de Educação em Saúde, desenvolvidas pelos Grupos de Controle do Tabagismo, utilizando a abordagem cognitivo-comportamental, contribuem para que seus integrantes, que não querem ou não podem fazer uso da terapia medicamentosa específica, alcancem melhores indicadores nas dimensões da Qualidade de Vida.

3 | FUNDAMENTAÇÃO

Deixar de fumar não é simples nem fácil, requerendo uma abordagem cognitivo-comportamental associada ou não à farmacoterapia específica. (HALTY, 2002). A intervenção cognitivo-comportamental, associa a abordagem cognitiva com o “treinamento de habilidades comportamentais”, baseando-se no desenvolvimento do autocontrole ou do automanejo, visando orientar o usuário a detectar e a escapar das situações de risco

de recaída e, a criar estratégias de enfrentamento da dependência (SARDINHA, 2005). A estratégia utilizada nos Grupos de Controle do Tabagismo se encontra em sintonia com a concepção dialógica e participativa idealizada por Paulo Freire (1992), que aplicada à Educação em Saúde, possibilita que tanto o profissional de saúde quanto o usuário, atuem como iguais, porém com papéis diferenciados, buscando resgatar o saber popular sobre o processo saúde-doença-cuidado e estabelecer uma interlocução dialógica com o profissional de saúde (ALVES, 2005), podendo, potencialmente, ser uma estratégia de enfrentamento do problema do tabagismo, contribuindo, ao final, para a promoção de mudanças de hábitos e comportamentos que cooperem para a melhoria da Qualidade de Vida dos tabagistas.

4 I ASPECTOS GERAIS – TABAGISMO

O tabagismo é uma doença, atualmente reconhecida como desordem mental (ROSEMBERG, 2003), que pode afetar a Qualidade de Vida. (DE LIMA, 2017). Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde incluiu o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases, ICD 10) como síndrome da tabaco-dependência (capítulo F17.2). (WHO,1992). Sabe-se que o cigarro surgiu em meados do século 19, porém, muito antes, na Espanha, já se fumava tabaco enrolado em papel, o denominado “papelete”. (ROSEMBERG, 2003).

5 I ASPECTOS GERAIS – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde surgiu como uma estratégia de prevenção das doenças, nos Estados Unidos da América em 1909 (ALVES, 2011), sendo considerada uma prática social que visa à melhoria dos determinantes da saúde e, que deve ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e de grupos sociais e, na leitura das diferentes realidades (ALVES, 2005).

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, estando as atividades de educação em saúde incluídas entre as atribuições dos profissionais do PSF. (ALVES, 2005). Cabendo às equipes do PSF identificar situações de risco à saúde na comunidade assistida e desenvolver práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do autocuidado dos indivíduos (MS, 1997), tendo como base, uma percepção crítica e contextualizada dos conteúdos trabalhados. (ALVES, 2005).

Partindo do pressuposto de que a educação se estabelece como uma vertente entrelaçada à saúde, Fernandes (2010) salienta que “atentar e praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde” é uma atribuição dos profissionais da saúde.

6 | ASPECTOS GERAIS - QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de Vida é definida pelo Grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde como:

[...] "percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994 p.1).

7 | IMPACTO DO TABAGISMO NO MUNDO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), O fumo é prejudicial para qualquer pessoa, independentemente do sexo, idade, raça, cultura e educação. Ainda segundo a OMS, o consumo de tabaco mata mais de 7 milhões de pessoas anualmente, sendo que a estimativa é que até 2030 esse número aumentará para 8 milhões de mortes ao ano. (OMS, 2017).

Estima-se que os fumantes atuais consomem cerca de seis trilhões de cigarros todos os anos. (ALWAN, 2011). Em 2012, o custo global em saúde e perda de produtividade para os governos foi de 1,4 trilhões de dólares. (GOODCHILD, 2018).

8 | IMPACTO DO TABAGISMO NO BRASIL

Em 2017, um estudo realizado com o apoio do INCA, mostrou que 428 pessoas morrem por dia no Brasil por causa do tabagismo (12,6% das mortes anuais no País) e R\$ 56,9 bilhões são perdidos a cada ano em função de despesas médicas e perda de produtividade. (INCA, 2018).

9 | O ANTITABAGISMO NO MUNDO

Segundo Boeira (2006), o antitabagismo é antigo, tendo sido do Rei Jaime I (1556-1625) da Inglaterra, a primeira obra a abordar a questão. Ainda segundo o referido autor, no século XVII vários países tentaram proibir o consumo do tabaco, sendo que apenas no início do século XX foram estabelecidas leis antitabagismo nos Estados Unidos.

10 | O ANTITABAGISMO NO BRASIL

Considerando o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes no Brasil foi de 46%, como consequência das Políticas de Controle do Tabagismo implementadas, estimando-se que cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período. (LEVI, 2012).

11 | METODOLOGIA

A pesquisa proposta é de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, longitudinal, buscando uma relação de causa e efeito, através de um estudo quasi-experimental.

12 | INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para análise da Qualidade de Vida será utilizado o questionário SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) que é um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, formado por 36 itens, que abrangem oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O SF-36 foi traduzido e validado para o português para a utilização em pacientes brasileiros portadores de artrite reumatoide por Ciconelli (1997).

Será aplicado o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF), para estimar o grau de dependência da nicotina. (Heatherton, 1991). A utilização do QTF demonstrou ser simples, rápida, de baixo custo e confiável para a avaliação do grau de dependência nicotínica. (HALTY, 2002).

Para calcular a carga tabágica, o número de cigarros fumados por dia será dividido por 20 (o número de cigarros em um maço) e o resultado será multiplicado pelo número de anos de uso de tabaco (anos-maço). (PIETROBON, 2007).

A pesquisa será complementada por uma abordagem qualitativa, com a aplicação de entrevistas semiestruturadas realizadas com participantes que se encontrarem fora da média detectada nos questionários. Os sujeitos da pesquisa serão participantes, com dezoito anos ou mais, do Grupo Antitabagismo. Constituirão o grupo experimental os integrantes que somente participarem dos grupos educativos e, constituirão o grupo controle, os integrantes que além de participarem dos grupos, fizerem uso de farmacoterapia específica. O cálculo da carga tabágica será realizado para todos os tabagistas participantes da pesquisa. Em ambos os grupos serão aplicados os dois questionários na primeira e na quarta sessões dos grupos educativos.

13 | INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os questionários serão analisados com base nos dados estatísticos encontrados, utilizando-se, sobretudo, os elementos de posição. As entrevistas serão submetidas à análise de conteúdo.

14 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se evidenciar com a pesquisa proposta, que as atividades educativas dos Grupos de Controle do Tabagismo, podem impactar positivamente a Qualidade de Vida dos seus integrantes, mesmo nas situações em que não se pode, ou não se quer, fazer uso de farmacoterapia específica; caso o impacto positivo seja comprovado, este será um fator de encorajamento para que os tabagistas se engajem, com mais esperança, nos Grupos Antitabagismo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Cien Saude Colet 2011; 6(1):319-325.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16):39-52.

ALWAN, Ala *et al.* **Global Status Report on Noncommunicable Diseases** 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.

BOEIRA, Sérgio Luís. **Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais.** *Revista de administração de empresas, São Paulo*, v. 46, n. 3, p. XX, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida.** 1997. 120p. Tese (doutorado em Ciências Médicas) - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

LIMA, Mariana Belon Previatto *et al.* **Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística.** *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(3), 273-279, 2017. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16711324032017>

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. **Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.** *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 567-73.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido.** 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

GOODCHILD, Mark; NARGIS, Nigar; D'ESPAIGNET, Edouard Tursan. **Global economic cost of smoking-attributable diseases.** *Tobacco control*, v. 27, n. 1, p. 58-64, 2018. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/27/1/58.full.pdf>

HALTY, Luís Soares *et al.* **Analysis of the use of the Fagerström Tolerance Questionnaire as an instrument to measure nicotine dependence.** J Pneumol, 28(4), 180-186, 2002. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862002000400002>

HEATHRTON, Tood F. *et al.* **The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.** Br J Addict 1991; 86:1119-27.

INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/debate-sobre-tabagismo-doencas-cardiovasculares-e-cancer-marca-dia-mundial-sem-tabaco> Acesso em 11 de dezembro de 2020.

LEVY, David; DE ALMEIDA, Liz Maria; SZKLO, Andre. **The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation.** PLoS medicine, v. 9, n. 11, p. e1001336, 2012.

LIMA, Mariana Belon Previatto *et al.* **Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística.** Fisioterapia e Pesquisa, 24(3), 273-279, 2017. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16711324032017>

PIETROBON, Rosa Cecília; BARBISAN, Juarez Neuhaus; MANFROI, Waldomiro Carlos. **Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência.** Rev. Hospital Clínicas Porto Alegre (HCPA). 2007;27(3):31-6.

ROSEMBERG, José; ROSEMBERG, Ana Margarida Arruda; MORAES, Marco Antonio. **Nicotina: droga universal.** São Paulo: SES/CVE; 2003. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/LIVRO-NICOTINA-PROF-ROSEMBERG-2003.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2019.

SARDINHA, Aline *et al.* **Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro.** Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 83-90, jun. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 fev. 2020.

Tradução de: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Día Mundial Sin Tabaco** 2017. Geneva, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/event/es/> Acesso em: 10 de maio de 2018.

WHOQOL Group (1994). World Health Organization – **Measuring quality of life.** Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1). Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Acesso em: 20 de julho de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **International statistical classification of diseases and related problems (ICD-10).** Geneva, 1992 Disponível em: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2019.

CAPÍTULO 8

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS ACADÊMICOS DE FARMÁCIA

Data de aceite: 01/10/2020

João Paulo Assunção Borges

Centro Universitário IMEPAC - Araguari, Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9871773467879870>

Rita Alessandra Cardoso

Centro Universitário IMEPAC - Araguari, Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6869136770518968>

Magda Maria Bernardes

Acadêmica de Farmácia
Centro Universitário IMEPAC - Araguari, Minas Gerais

Sunara Maria Lopes

Acadêmica de Farmácia
Centro Universitário IMEPAC - Araguari, Minas Gerais

Victor Gabriel de Moraes

Acadêmico de Farmácia
Centro Universitário IMEPAC - Araguari, Minas Gerais

RESUMO: O presente relato de experiência visa refletir a respeito dos conhecimentos obtidos e produzidos a partir das observações e das práticas realizadas pelos discentes do curso de Farmácia de uma instituição de ensino superior da rede privada. Foi desenvolvido sob a proposta do Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Pública na rede de Atenção Básica. O estágio foi muito significativo para

a nossa formação acadêmica, pois pudemos experienciar a realidade da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e desfazer os preconceitos infundados e receios relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o período de estágio em uma UBSF situada em Araguari, Minas Gerais, consolidamos nossos conhecimentos por fases, sendo: observação, participação e atuação prática. A participação e atuação ocorreu sob a supervisão do enfermeiro responsável e pela professora orientadora, foram executados processos de trabalhos como: acolhimento/atendimento, vacinação, grupos para a promoção e prevenção à saúde, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos básicos, bem como as respectivas orientações e acompanhamento de consultas de enfermagem e médica. Desse modo, foi possível compreender que as atividades orientadas no decorrer do estágio contribuíram para a qualidade dos serviços prestados bem como para o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes fundamentais ao exercício da profissão farmacêutica no âmbito do SUS. Neste sentido, os objetivos foram alcançados em sua plenitude.

PALAVRAS - CHAVE: Estágio Clínico; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Equipe Multidisciplinar.

SUPERVISED CURRICULAR INTERNSHIP IN PRIMARY HEALTH CARE: VISION OF PHARMACY ACADEMIC

ABSTRACT: This experience report aims to reflect about the knowledge obtained and produced from the observations and practices

carried out by the students of the Pharmacy course from a private higher education institution. It was developed under the proposal of the Supervised Curricular Clerkship in Public Health in the Primary Care network. The internship was very significant for our academic training, as we were able to experience the reality of the Basic Family Health Unit and undo the unfounded prejudices and fears related to the Unified Health System. During the internship period at Basic Family Health Unit located in Araguari, Minas Gerais, we consolidated our knowledge in phases, namely: observation, participation and practical action. Participation and performance took place under the supervision of the responsible nurse and the guiding teacher, work processes were carried out such as: reception/ care, vaccination, groups for health promotion and prevention, home visits, dispensing of basic medicines, as well as the respective guidance and monitoring of nursing and medical consultations. In this way, it was possible to understand that the activities oriented during the internship contributed to the quality of the services provided as well as to the development of skills, competences and fundamental attitudes to the exercise of the pharmaceutical profession within the scope of Unified Health System. In this sense, the objectives were fully achieved.

KEYWORDS: Clinical Clerkship; Primary Health Care; Public Health; Multidisciplinary team.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Para assim adquirir um caráter hierarquizado, universal e descentralizado, que deve ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil com intuito de ser uma estratégia para reorientar e reformular o modelo assistencial em saúde, que estava baseada na tese “hospitalocêntrica” (doença, médico, hospital). Na época de sua criação, o PSF oferecia serviços de saúde curativa e preventiva em suas próprias comunidades (GUERREIRO et al., 2012; MENDES, 2009; STARFIELD, 2002).

No ano de 2006 o PSF, que era um programa, passou a ser uma estratégia, sendo reconhecida por Estratégia de Saúde da Família (ESF), com objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, que visam a garantia da saúde como direitos de todos e dever do Estado. A Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2006 - é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua no nível de proteção social básica, com uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A atenção básica é conhecida como a porta de entrada dos usuários no Sistema

Único de Saúde, onde tem-se o atendimento prévio. Seu alvo é, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimentos especializados. A atenção básica funciona, portanto, como um purificador capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde (GUERREIRO et al., 2012; MENDES, 2009; STARFIELD, 2002).

Nas UBSF, a tática é priorizar as intervenções de prevenção, promoção e a reabilitação dos usuários, de forma assídua e integral. Desta forma a UBSF é subdividida em equipe I e II, onde cada uma tem um enfermeiro responsável, bem como um médico, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e auxiliar de limpeza (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Para tanto a equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser composta por no mínimo: um médico (a), um enfermeiro (a), um técnico (a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As UBSF possuem áreas de abrangência que estão sob suas competências, devendo fazer o cadastramento das famílias mediante as visitas domiciliares e é nessa etapa que começa a haver a afinidade da unidade de saúde com a comunidade (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Para conceder uma formação profissional em saúde com propriedades mais humanísticas e técnica, julga-se que os discentes de farmácia devam ser inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde o quanto antes, de modo a ter a chance de experienciar todos os seus aspectos (BRASIL, 2018)

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A UBSF localiza-se na região periférica do município de Araguari, Minas Gerais. Seu horário de funcionamento é das 07h às 17h, de segunda à sexta-feira, exceto às quintas-feiras, quando funciona com horário protegido das 07h às 16h, pois ocorrem reuniões das equipes de saúde.

Foi inaugurada como Unidade Básica de Saúde da Família em meados de setembro de 2012, e em novembro do mesmo ano deu início ao cadastramento das famílias. A mesma abrange um amplo território na área urbana, com cerca de mais de 5000 usuários e para tamanha demanda atuam duas eSF, compostas no total por: dois médicos (as), dois enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, dez agentes comunitários de saúde, um estagiário do curso técnico de enfermagem, um estagiário de enfermagem superior, dois assistentes administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e a equipe de apoio NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A área física é disposta e organizada possuindo: sala de acolhimento onde é realizado o primeiro atendimento do usuário ao chegar à unidade, em que são aferidas pressão arterial, glicemia, pesagens entre outros procedimentos. Possui quatro consultórios, sendo dois destinados a consultas médicas e dois para enfermagem clínica; sala de vacinas onde

são armazenadas e administradas, sala de curativos onde são feitos curativos de rotinas e retirada de pontos de sutura; sala dos agentes comunitários de saúde; um almoxarifado, banheiros e copa.

Os serviços prestados incluem, principalmente, acolhimento (triagem), consulta médica e de enfermagem, encaminhamentos para especialidades e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), curativos, vacinação, teste do pezinho, dispensação de medicamentos básicos, aferição de sinais vitais, administração de medicamentos injetáveis, eletrocardiograma, glicemia capilar, visitas domiciliares e nebulizações.

Há também na UBSF o acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças, portadores de doenças crônicas em geral, e ainda há grupos de reuniões para: gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e pacientes com transtornos mentais.

É função de todos os profissionais da atenção básica buscar integralidade no cuidado com a realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, também devem garantir o atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as atribuições do enfermeiro incluem, além de atenção em saúde em espaços comunitários, como escolas e associações. O enfermeiro deve realizar consulta de enfermagem de acordo com as disposições legais do seu distrito, solicitando exames, prescrevendo medicações e realizando encaminhamentos. Realizar e organizar atividades de educação permanente para a equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para adequado funcionamento da UBS também estão incluídos no processo de trabalho do enfermeiro (BRASIL, 2012).

Para o Agente Comunitário de Saúde desempenhar sua função com êxito é necessário sempre haver a comunicação e as devidas orientações da equipe como um todo. Sendo assim, é atribuição do ACS: coletar o maior número de informações das famílias cadastradas na UBSF, orientar as famílias sobre os serviços disponibilizados pela unidade, apresentar ações que visam à inter-relação do paciente/usuário e de toda equipe (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

São atribuições do médico realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e

contra referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário (BRASIL, 2012).

FLUXO DE SERVIÇOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A maioria das demandas da unidade são os atendimentos para grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes e puericultura). As atividades da UBSF são destinadas à população residente na abrangência, ou seja, moradores cadastrados por meio do preenchimento de uma ficha cadastral, levada pelos ACS (Agente Comunitário de Saúde). Para que ocorra o cadastramento, o indivíduo deve morar numa área de cobertura pela UBSF e deve ter o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Os agendamentos das consultas acontecem todos os dias, a unidade conta com uma agenda nos turnos da manhã e tarde, que é disponibilizada semanalmente.

A captação de usuários ocorre mediante as visitas domiciliares pelos ACS e por procura espontânea dos usuários. Já a recepção dos usuários quando chegam à unidade é por meio de acolhimento, na qual o mesmo é conduzido por qualquer profissional apto da equipe de saúde, o acolhimento é o primeiro atendimento, onde o paciente trás as diferentes demandas e cabe aos profissionais da saúde saber ouvi-los e para onde direcioná-los.

O atendimento é prestado pelos profissionais da equipe de saúde na unidade de saúde ou nos domicílios. Essas equipes assumem responsabilidades e criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

O processo de trabalho multiprofissional na UBSF propicia, portanto, um cenário nítido do cuidado em saúde da população adscrita, assim como uma oportunidade de aprendizado observacional e prático, quando se torna também um cenário de ensino-aprendizado.

Atividades desenvolvidas pelos estagiários

Acolhimento: Neste setor, os estagiários observaram (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997) o fluxo de entrada do usuário na atenção básica quando de sua chegada à unidade: o cadastramento, o sistema de marcação de consultas e o seu direcionamento para setores específicos como: consultas, vacinação, aferição de pressão arterial, glicemia e temperatura corporal, bem como, encaminhamentos para consultas ambulatoriais programas específicos (diabetes, gestantes, tabagismo, puericultura e etc.).

Lançamentos de dados no E-SUS: é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, ao fazer os lançamentos, os estagiários tiveram a oportunidade de conhecer quais dados são levantados e como o sistema é alimentado com essas informações.

Visitas domiciliares: realizamos visitas acompanhados dos ACS e do enfermeiro em quatro micro áreas distintas onde pudemos acompanhar a proximidade da equipe multiprofissional para com as famílias, desenvolvendo ações de diferenciados tipos de acordo com a necessidade de cada um. Foi um momento em que conhecemos o território, as condições de vida e de moradia dos usuários.

Sala de Vacinação: assistimos os procedimentos e orientações, tomamos conhecimento sobre o calendário de vacinação e aprendemos sobre as formas de armazenamento das vacinas.

Sala de procedimentos: presenciamos as pré-consultas em adultos e crianças. Escuta-se a queixa do usuário, é feita aferição de pressão, glicemia e a pesagem de crianças. Também são realizados a administração de medicamentos injetáveis e o encaminhamento para as consultas por médicos especialistas (ambulatorial).

Acompanhamento de Consultas Médicas e de Enfermagem: nas consultas médicas e de enfermagem da Saúde da Família, vimos como se dá a construção de uma anamnese, o diagnóstico, as orientações e as prescrições de medicamentos.

FARMÁCIA DOMÉSTICA

Os medicamentos são os principais métodos terapêuticos, e são usados desde um sinal/sintoma simples até os mais graves e complexos. Entretanto é sabido que a maioria da população utiliza seus medicamentos de maneira incorreta ou abusiva (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

É bom salientar a contribuição do profissional farmacêutico para o uso racional de medicamentos, uma vez que a população carece de entender os riscos causados tanto pela automedicação, quanto pela utilização incorreta de medicamentos prescritos (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006). Para tal, desenvolvemos o projeto Farmácia Doméstica, com a finalidade de auxiliar e aconselhar os pacientes fornecendo informações básicas sobre os cuidados que devem ser tomados quanto ao uso dos medicamentos, seja ele com prescrição médica ou isento da mesma.

O acompanhamento domiciliar que fizemos foi bastante produtivo. Na visita foi solicitado que a paciente nos mostrasse todos os medicamentos que ela fazia uso, quando foi percebida uma certa desorganização, pois cada hora ela buscava um caixa de medicamento diferente, ou seja, deduzimos que os medicamentos ficassem espalhados pelos cômodos da casa, no entanto, não foi possível avaliar esse aspecto, uma vez que a paciente nos recebia na área externa da casa.

A cliente mora sozinha, em uma casa aparentemente boa, com as devidas condições de higiene. A mesma era semianalfabeta e relatava ter falhas de memória, o que dificulta um pouco o uso correto dos medicamentos. Para ajudar na correta utilização dos medicamentos, desenvolvemos caixas organizadoras em MDF, com separações e

gravuras que ilustravam, por exemplo, prato de comida, o café da manhã e etc., para que ela pudesse compreender que os medicamentos que estavam ali deveriam ser tomados de acordo com a informação contida na figura.

Quando houve a entrega das caixas organizadoras, a paciente mostrou-se deslumbrada, e não sabia nem como agradecer. Explicamos o intuito das caixas, separamos e organizamos todos os medicamentos que deveriam ser tomados em seus respectivos horários, a aceitação da enferma foi extraordinária, que nos deixou cheios de orgulho e entusiasmo.



Figura 1 – Caixas organizadoras, farmácia doméstica.

Fonte: os autores, 2019.



Figura 2 – Professores e estagiários.

Fonte: os autores, 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que vimos e acompanhamos, ter tido esta oportunidade de estágio na atenção básica propiciou grande aprendizagem e amadurecimento, preparando-nos para um exercício profissional que alia o conhecimento técnico a habilidades humanísticas no âmbito do SUS e em qualquer outro cenário de atuação do profissional farmacêutico.

A mudança de concepção sobre os tabus do Sistema Único de Saúde foi unânime entre nós enquanto estagiários, pois tínhamos uma visão de preconceito infundado sobre a atenção básica e saúde pública. O dia-a-dia experimentado durante o estágio desfez as visões errôneas.

É de bastante relevância destacar a importância do elo que é formado entre a equipe multiprofissional da UBSF- Maria Eugênia e os seus usuários para a adesão dos pacientes aos respectivos tratamentos. Presenciamos como os profissionais da equipe da unidade juntamente com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) tratam os usuários do serviço independente de ser na unidade ou atendimentos em domicílio, e a partir de então é criada uma relação de confiança e afeto entre eles, que é extremamente importante para a adequada condução do tratamento.

O município de Araguari-MG não conta com farmacêuticos nas UBSF, nem mesmo naqueles em que há dispensação de medicamentos para a população, apesar da importância desses profissionais na atenção básica, visto que podem desenvolver variadas ações juntamente com toda equipe multiprofissional, além de influenciar na saúde e no cotidiano das pessoas que necessitam de cuidados. Os cuidados farmacêuticos podem ser exercidos de diversas formas, desde a dispensação e orientação quanto ao uso racional de medicamentos até atividades de promoção da saúde.

Por fim, nota-se que a inserção precoce dos estudantes na rede de serviços de saúde permite que se adaptem à realidade e exercitem seu potencial criativo da inter-relação da teoria aprendida com a prática do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Ana Cecília de Sousa; TRAD, Leny Alves Bonfim. **O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, N° 14, p. 429-435, abr-jun, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretriz Curricular do Curso de Farmácia. Parecer CNE CES de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 648/GM, DE 28 DE MARÇO DE 2006 - **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) é o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf > Acesso: 07 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde, PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde - 8080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 08 de maio de 2019.

_____. Senado Federal. Secretária especial de editoração e publicações. **Constituição Federal: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: 2010. Disponível** em: <<http://www.senado.leg.br/atividade/const/constituicaofederal.asp#/con1988/CON1988.../CON1988.pdf>> Acesso em: 08 de maio de 2019.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**; v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

MELO, D.O. de; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 475-485, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde - Health care networks. **Revista Médica De Minas Gerais-RMMG**, v. 18, n. 4-S4, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield**. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

DESAFIOS NO MANEJO DA PSICOSE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/10/2020

Raquel Sampaio Serrano

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza-CE

Ederson Aragão Ribeiro

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza-CE

Julio Cesar Couto Bem Siqueira Telles

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza-CE

RESUMO: Embora o manejo adequado dos transtornos psicóticos agudos e crônicos exijam conhecimentos específicos na área da Psiquiatria, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem estar preparados para abordar inicialmente esse tipo de paciente, tendo em vista a superlotação dos centros de referência e do prejuízo social, psicológico, econômico e moral do atraso no diagnóstico e de sua conduta, tanto para o paciente como para seus familiares. Essa descrição de experiência tem como objetivo relatar e sugerir uma conduta bem-sucedida de um quadro psicótico crônico com hipótese diagnóstica principal de esquizofrenia paranóide em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), demonstrando que tal manejo é possível, caso a equipe se comprometa adequadamente em situações excepcionais, como aquelas fora de alcance dos centros de referência, no caso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou em

vigência de ausência temporária ou permanente de profissionais atuantes nesses centros para o correto encaminhamento.

PALAVRAS - CHAVE: atenção primária; psicose; esquizofrenia

1 | RELATO DE CASO

A.C.N, 21 anos, sexo feminino, em situação de rua. Possui higiene mal preservada, com vestes largadas, aspecto emagrecido e presença de hematomas em membros superiores e inferiores. É usuária diária de maconha e faz uso recreativo de LSD, cocaína e êxtase desde os treze anos, tendo iniciado primeiro a maconha com evolução para outras drogas por influência de seu ciclo social. Nega sintomas de dependência dessas substâncias. Tem história familiar de esquizofrenia paranoide no tio materno, transtorno de ansiedade generalizada na mãe e transtorno bipolar tipo 1 na tia materna. É praticante de macumba, tem relacionamento homoafetivo estável e trabalha como garota de programa para conseguir dinheiro para financiar o uso da droga. É torcedora do Ceará, afirma participar dos jogos e envolver-se em brigas frequentemente no estádio de futebol, justificando os hematomas em seu corpo. Quando perguntada sobre sua personalidade, ela nega considerar-se uma pessoa impaciente ou com temperamento agressivo. Inicia a consulta dizendo que precisa

de um remédio para dormir, pois se sente muito ansiosa, mais precisamente à noite, com a chegada de Jesus Cristo. Diz que o mesmo chegará junto com extraterrestres em uma nave espacial e que a mesma fica à espera em sua janela todos os dias. Refere alucinações auditivas, não relacionadas ao uso de drogas, sendo a última vez há uma semana da consulta. São vozes desconhecidas, ora feminina, ora masculina, com conteúdo predominantemente de comando, como ela mesmo exemplifica: “vá dormir”. Relata um episódio, há um ano da consulta, em que uma voz fez o comando que a mesma fosse até Jericoacoara-CE de bicicleta. Durante o percurso, diz que teve uma sensação de estar sendo perseguida por cobras e que elas estavam chegando cada vez mais perto de si, então decidiu cortar os cabelos e suspender a viagem, pois acreditava fixamente de que as cobras estavam em seu cabelo. A paciente negou estar sob efeito de drogas durante o ocorrido. Após isso, refere que ouviu uma voz de comando de morte que a disse: “se você cortou o cabelo, então agora pegue uma corda e se enforque”. Ela disse que esse foi a única vez em que ouviu vozes de comando suicida e diz que não obedeceu, pois não viu necessidade (sic). Afirma sensação constante de estar sendo seguida e que a mesma chora todos os dias sem causa aparente. Quando perguntada do seu humor, ela diz que tem humor depressivo, embora na consulta tenha permanecido eufórica e com congruência entre humor e afeto. Refere insônia global, tosse produtiva crônica, febre e perda de peso. Nega anedonia, pensamento suicida, interferência dos sintomas em sua capacidade funcional, sudorese noturna e escarros hemoptóicos. Era a primeira vez que procurava o serviço médico devido aos sintomas. Foi optado por iniciar o tratamento a nível da atenção básica com Olanzapina 5 mg/dia em quantidade suficiente para sete dias de tratamento e solicitar exames bioquímicos gerais (hemograma completo, colesterol total e frações, TSH, creatinina, ureia, TGO, TGP, glicemia de jejum e eletrólitos), sorologias específicas (HbsAg, anti-HBC total, anti-HBS, anti-HCV, anti-HIV 1 e 2, FTA-ABS IgM E IgG, VDRL), pesquisa de BAAR no escarro em 2 amostras, radiografia de tórax em PA e perfil, e tomografia computadorizada de crânio. Além disso, foi feito encaminhamento para acompanhamento específico no CAPs e solicitado retorno com uma semana. No retorno, a paciente volta à UBS sem resultando de exames devido espera para realização, referindo melhora importante dos sintomas. Diz que não houveram alucinações visuais durante o período e as alucinações auditivas apareceram apenas três vezes, sem comando de morte, ditando algumas de suas ações. Persistia com o delírio bizarro de que Jesus é o chefe dos alienígenas e apresentava risos desproporcionais à situação presenciada, como ao ser perguntada se ainda esperava Jesus voltar na nave especial, justificando o riso ao dizer que as pessoas acreditavam que ela era louca, mas que ela não achava. Foi observado que a mesma referia a si mesma de maneira discretamente grandiosa, como ao dizer que se considerava muito competente e inteligente quando comparada à maioria das pessoas que convivia. Persistia apenas com o uso diário de maconha em relação a todas as drogas antes mencionadas. Estava se sentindo bem com a medicação e desejava continuar com

o tratamento. Ao exame, as memórias imediata, recente e remota estavam preservadas. Não havia sintomas e sinais extra-piramidais, e o insight estava presente para tratamento, porém ausente para sintomas.

2 | DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O relato de caso permitiu demonstrar a possibilidade da admissão de uma paciente com transtorno psicótico crônico, com ausência de tratamento farmacológico prévio e com dificuldade de acesso ao CAPS. Nesse caso, foi iniciado Olanzapina, tendo em vista a interferência do quadro psicótico no seu padrão funcional habitual e o quadro de perda de peso com ausência de síndrome metabólica atual, porém essa medicação não é financiada pelo município, sendo então usadas amostras oferecidas por um representante de indústria farmacêutica e optado por dar o encaminhamento para seguimento posterior no CAPEs. Opções oferecidas pelo SUS incluem o Haldol e o Haldol decanoato (esse último em caso de uso prévio do haldol por via oral e sem efeitos adversos decorrentes do seu uso), bem descritas na literatura atual. O manejo inicial dessa paciente teve importante resposta, mesmo com dose baixa de antipsicótico e com pouco tempo de acompanhamento. É sabido que mais tempo é necessário para identificarmos a real interferência desse manejo no cotidiano da paciente, bem como identificar se a nossa principal hipótese de esquizofrenia paranóide se justifica ou se existe um componente bipolar. O conjunto reforça a realidade incontestável de que a resposta é individualizada e de que um exemplo pode ser potencializador e encorajador de outros. As internações psiquiátricas, sem contar com os seus potenciais danos, vêm apresentando um dos maiores gastos com rede hospitalar do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a contratação, em sua maioria, de leitos privados e da duração progressivamente mais longa dos regimes de internação hospitalar. É papel da Atenção Básica de Saúde diminuir o ciclo, muitas vezes mais maléfico do que benéfico, da “crise-internação-crise”, como ainda são manejados muitos dos transtornos mentais. Nesse sentido, os CAPS funcionam como centro de referência e porta de entrada no serviço de saúde aos pacientes com doença mental, porém a não comunicabilidade, muitas vezes, entre esses serviços e a ESF, bem como a superlotação desse modelo substitutivo, diminui sobremaneira o acompanhamento a longo prazo desses pacientes e a efetividade do seu tratamento. Muitos dos pacientes que se dispõem em procurar os CAPS por meio do encaminhamento do PSF têm dificuldade de locomoção devido grandes distâncias e se queixam da burocracia para conseguir uma consulta nesses centros, que muitas vezes demora meses. Assim, o Programa de Saúde da Família emerge como outra forma de apoiar a desinstitucionalização e usufruir da sua inserção na comunidade e da sua proximidade com os núcleos familiares através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificando situações potencialmente patológicas para que elas possam ser manejadas precocemente, com interferência direta no processo de adoecimento. É necessário apostar

em recursos de saúde mental nas Unidades de Atenção Básica (UBS), como oficinas de psicoeducação e grupos de resgate da autoestima, além de capacitar os profissionais para lidar com os portadores de transtorno psíquico para que exemplos como esse descrito possam ser encorajados, servindo como uma ponte aos serviços especializados, com importante interferência na evolução e prognóstico de suas enfermidades.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G. (2011). **Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta.** Clínica Psiquiátrica—A visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

BARROS, J. de O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado [dissertação].** São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

CLARO, Maria Paula et al. **Perfil de prescrição de psicotrôpicos em uma unidade básica de saúde do Paraná.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 44451-44465, 2020.

CARVALHO, Isalena Santos; COSTA, Ileno Izídio; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia SNF. **Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise.** Revista Subjetividades, v. 7, n. 1, p. 163-189, 2007.

ESTRANHO, Carolina José Garcia; GARCIA, Maria Flávia Martins; DA SILVA JUNIOR, Luiz Augusto. **DESENVOLVIMENTO DE QUADROS PSICÓTICOS DEVIDO AO USO PROLONGADO DE CANNABIS SATIVA: REVISÃO INTEGRATIVA.** Revista Biosalus, v. 4, n. 1, 2019.

FONSECA, Leonardo Leão Kahey et al. **Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodromica.** Revista de Atenção à Saúde, v. 15, n. 52, p. 21-28, 2017.

GARCIA, Leon de Souza Lobo; SANTANA, C. **Saúde Mental na Atenção Básica.** Clínica psiquiátrica—editores Miguel, E; Gentil V, Gattaz, W. editora Manole, São Paulo, 2011.

LUCHESE, Roselma et al. **Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária.** Acta paul. enferm. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>.

LOUZA NETO, Mario R. **Manejo clínico do primeiro episódio psicótico.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 45-46, May 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000500015>.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia. **The challenges of comprehensive care in a Psychosocial Care Center and the development of therapeutic projects.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, 2011.

SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. F. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral.** Cadernos ESP, v. 6, n. 2, p. 13-21, 2012.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez. **Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011.

XAVIER, Jéssica Silva et al. **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS EM CRISE PSICÓTICA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**. *Conhecendo Online*, v. 3, n. 1, 2018.

PRÉ-NATAL: O QUE O ENFERMEIRO DEVE FAZER PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Data de aceite: 01/10/2020

Maria Clara Souza Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí-CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/8476209776267098>

George Marcos Dias Bezerra

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/0110384317974060>

Carla Michele Silva Ferreira

Cristo Faculdade do Piauí CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/8171790803078322>

Sabrina Beatriz Mendes Nery

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/0678069024946379>

Thalêssa Carvalho da Silva

Cristo Faculdade do Piauí-CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/1909784884747839>

Vânia Soares Pereira

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/3145408488997325>

Uanderson Oliveira dos Santos

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
<http://lattes.cnpq.br/0580166290178261>

Getulivan Alcântara de Melo

Anne Heracléia Brito e Silva

RESUMO: **Considerações iniciais:** A depressão pós-parto trata-se de um distúrbio emocional na qual os sintomas surgem entre a quarta e oitava semana puerperal atingindo o pico nos seis meses iniciais. **Objetivo:** discorrer a forma de atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família para com a paciente no período pré-natal e pós-natal, objetivando reduzir a incidência de depressão pós-parto, conceituar a patologia, elencar os fatores de risco para o desenvolvimento e sintomas da DPP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, efetuado a partir da análise nas bases de dados online SCIELO, LILACS, BVS e Google acadêmico no idioma português abrangendo os períodos de 2010 a 2016 utilizando as palavras chaves: Depressão pós-parto, pré-natal, ESF e profissional de enfermagem. Foram utilizados 20 artigos para este trabalho. **Análise e discussão dos dados:** Foram selecionados 9 artigos em relação ao assunto para a discussão, sendo possível concluir que a depressão pós-parto, trata-se de uma doença de alta prevalência e que há uma falta imensa de esclarecimento e detecção, acerca da mesma no pré-natal realizado por profissionais da saúde. Diante disso, é nesse contexto que o enfermeiro deve atuar, realizando orientações no pré-natal e puerpério, como também, procurar identificar sinais e sintomas precoces indicativos de DPP. Assim, o mesmo poderá orientar a paciente da maneira adequada, sempre de forma holística, ou seja, avaliando em todos os aspectos e neste caso, principalmente o aspecto emocional. **Considerações finais:** Pode-se afirmar que o presente estudo é de extrema importância, já

que nos fornece informações recentes e relevantes em relação ao tema estudado e com a realização do mesmo aprendemos sobre a atuação do enfermeiro em busca de reduzir a incidência desta patologia.

PALAVRAS - CHAVE: Depressão pós-parto. Pré-natal. ESF e Profissional de enfermagem.

ABSTRACT: Initial considerations: Postpartum depression is an emotional disorder in which symptoms appear between the fourth and eighth puerperal weeks, peaking in the first six months. Objective: to discuss the way nurses work in the family health strategy towards the patient in the prenatal and postnatal period, aiming to reduce the incidence of postpartum depression, conceptualize the pathology, list the risk factors for the development and symptoms of PPD. **Methodology:** This is an integrative review study, carried out from the analysis in the online databases SCIELO, LILACS, BVS and Google academic in the Portuguese language covering the periods from 2010 to 2016 using the keywords: Postpartum depression, prenatal care, FHS and nursing professional. Twenty articles were used for this work. **Analysis and discussion of data:** 9 articles were selected in relation to the subject for discussion, and it is possible to conclude that postpartum depression is a highly prevalent disease and that there is an immense lack of clarification and detection about the same in prenatal care performed by health professionals. Therefore, it is in this context that the nurse must act, providing guidance in prenatal and puerperium, as well as seeking to identify early signs and symptoms indicative of PPD. Thus, he can guide the patient in an appropriate way, always in a holistic way, that is, evaluating in all aspects and in this case, mainly the emotional aspect. **Final considerations:** It can be said that the present study is extremely important, since it provides us with recent and relevant information in relation to the studied topic and with the realization of it we learn about the role of nurses in search of reducing the incidence of this pathology.

KEYWORDS: Postpartum depression. Prenatal. ESF and Nursing professional.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Organização Mundial de Saúde afirma que até no ano de 2022, há a possibilidade de os distúrbios depressivos serem os responsáveis pela segunda maior causa de doenças em todo o planeta. Além disso, é o quarto agravo que acomete a saúde do Brasileiro. No pós-parto os sintomas característicos da depressão apresentam-se de forma intensa, devido à mulher passar por várias mudanças psicológicas, físicas e hormonais (DANTAS et al., 2012)

Segundo Santos e Serralha (2015) a depressão pós-parto é considerada uma desordem de caráter emocional que surge no período puerperal, cuja mesma pode causar problemas tanto na puérpera, quanto em seu filho. Ademais, outras desordens emocionais podem surgir neste período, como por exemplo, o baby blues e a psicose puerperal. Dessa forma, abordaremos cada uma delas.

O baby blues caracteriza-se por ser transitório, emoções exacerbadas, fragilidade, ausência de confiança em si mesmo e sentimento de incapacidade para prestar cuidados ao próprio filho. Acomete cerca de 60% das mulheres e ocorre entre o terceiro e quinto dia

pós-natal.

Já a psicose puerperal, trata-se de uma desordem grave e rara em que a paciente apresenta os seguintes sinais e sintomas: psicomotricidade elevada, aflição, dificuldade para dormir, confusão mental, delírios acerca do bebê e quando muito grave correlaciona-se ao infanticídio (SANTOS E SERRALHA., 2015).

Em um estudo realizado por Brocchi (2015) a depressão pós-parto, caracteriza-se por um episódio esporádico ou vários episódios no período puerperal. Diferencia-se por apresentar uma variedade de sintomas que começam entre a quarta e oitava semana pós-natal, atingindo o ápice nos seis meses iniciais. Segundo autor citado, cerca de 10% a 15% das puérperas mostram sintomas indicativos de depressão. No entanto, uma gama de estudos demonstram discrepância nesta estimativa devido o método e contexto em que são realizados.

No Brasil a incidência de (DPP) é de 20%, entretanto, para mulheres cujos atendimentos ocorrem pelo Sistema Único de Saúde e com perfil social e econômico reduzido, a incidência sobe para 30% a 40%. Pode-se categorizar em três classes os fatores predisponentes para a eclosão desta patologia: relacionamento conjugal, gestação e parto, situações estressantes e diferenças socioeconômicas (ARRAIS, MOURÃO, FRAGAELLE., 2014).

Para Morais (2016), em um trabalho relacionado a vários fatores a (DPP), em uma amostra de um estudo realizado com mulheres na cidade de São Paulo, foram encontradas evidências cujo somente o apoio do companheiro mostrou efeito positivo acerca da depressão pós-parto, ou seja, mulheres que tiveram o auxílio do marido apresentam menor possibilidade de desenvolver esta patologia.

Além disso, com a realização de um pré-natal efetivo, ou seja, pré-natal em que a gestante seja bem acolhida, orientada a respeito das modificações tanto hormonais, quanto físicas que podem provocar alterações emocionais e orientando a mesma a envolver o marido durante todo o processo de gravidez até o parto e puerpério, é possível que todos estes fatores juntos minimizem a possibilidade de uma depressão pós-parto.

Assim, com a realização do presente trabalho pretendeu-se responder o seguinte questionamento: **Quais as orientações que o enfermeiro pode prestar a paciente no pré-natal e puerpério para reduzir o número de casos novos de depressão pós-parto?**

Além disso, foi escolhido esse tema por ser um assunto que não é esclarecido frequentemente às gestantes no pré-natal, assim, com a elucidação do mesmo pretendemos informar as gestantes acerca da (DPP) e contribuir de forma satisfatória para com a redução da incidência da mesma.

Quanto à relevância profissional, tendo em vista a possibilidade de trabalharmos na Estratégia de Saúde da Família, na qual há um público que necessita de informações sobre a depressão pós-parto, é importantíssimo o domínio dos conhecimentos a respeito desta doença que ainda apresenta-se com uma incidência elevada. Dessa maneira, poder-se-á

aplicar os conhecimentos acerca desta patologia e prestar uma melhor assistência.

Mediante o exposto, o principal objetivo foi discorrer a forma de atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família a paciente no pré-natal e puerpério, objetivando reduzir a incidência de depressão pós-parto, conceituar a depressão pós-parto, listar os fatores que levam a mulher a desenvolver esta doença, como também apontar os cuidados prestados pelo mesmo na visita puerperal para com a paciente com DPP.

Por fim, realizou-se um estudo de caráter descritivo, revisão integrativa da literatura e com abordagem qualitativa. Os trabalhos utilizados acerca da depressão pós-parto foram pesquisados em base de dados virtuais, cujos mesmos abrangem o período de publicação entre os anos de 2010 a 2016.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definição e Características

De acordo com algumas literaturas o surgimento de depressão após o período da gestação é denominado de duas maneiras: depressão pós-parto e depressão materna. Entretanto, não há uma forma de diferencia-las em relação aos sintomas que a mãe apresenta. Mas, o critério cujo profissional de saúde utiliza para diferenciar uma da outra é o momento em que ocorre o surgimento dos sintomas.

Ademais, a denominação de (DPP) é adequada quando os sintomas emergem entre a quarta e a sexta semana de puerpério. Já a depressão materna, caracteriza-se pelo surgimento de sintomas depressivos em qualquer etapa da gestação, exceto logo após o parto (ALVARENGA., 2016).

Segundo Campos e Rodrigues (2015), a depressão pós-parto caracteriza-se por ser um distúrbio de caráter emocional, cujo mesmo surge na gestação e continua nas quatro primeiras semanas de puerpério. Os sintomas característicos da (DPP) são: choro de etiologia desconhecida, rigidez emocional, ausência de esperança, fantasias, insônia, humor depressivo e comportamento diferente do esperado em relação ao bebê (NUTEL., 2016).

Enquanto que a depressão materna tem como principais características, sintomas da depressão maior: alterações do apetite, sono e anormalidades persistentes do humor. No entanto, o critério de diferenciação é o tempo de eclosão dos sintomas, que na depressão materna surge entre dois a doze meses após o parto (SILVA e DONELLI., 2016).

Morais et al. (2015), afirma que existem alguns exemplos de estudos brasileiros que utilizaram a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE): em trabalhos efetuados em São Gonçalo no estado do Rio de Janeiro, confirmou-se a prevalência de 12% de depressão pós-parto. Enquanto que em São Paulo, em clientes atendidas na estratégia de saúde da família (ESF), a prevalência de (DPP) chega a 37,1%. Já em Vitória, "Espírito

Santo” a prevalência de mulheres com sintomas de depressão pós-parto é de 39,4%.

2.2 Causas da depressão pós-parto

Os fatores de risco que contribuem de forma multifatorial para o desenvolvimento da depressão pós-parto são os seguintes: gravidez indesejada, problemas conjugais e financeiros, baixo nível de escolaridade e nível socioeconômico, mães que imaginam a criança de uma forma, contudo, ao nascer à mesma não se apresenta da maneira como a mãe imaginava.

. Assim, a mãe tanto pode perceber que a criança é como ela imaginava e gostar, como não. Dessa forma, há um conflito entre a criança real e a imaginária, proporcionando a possibilidade de rejeição desta criança, que necessita de cuidado, atenção, amamentação e principalmente afeto (GREINERT e MILANI., 2015).

Além disso, há fatores psicológicos internos que contribuem para a ocorrência da depressão pós-parto, como por exemplo, lembranças da infância internalizadas de que a maternidade não é algo gratificante, prazeroso e sim um evento desgastante (CORRÊA e SERRALHA., 2014).

2.3 Prevenção

Acerca da prevenção, existem os fatores de proteção objetivando reduzir o risco de essas mulheres desenvolverem a depressão pós-parto, citarei alguns a seguir: o apoio de outra mulher, autoestima elevada, otimismo, suporte social, boa relação entre cônjuges. Ademais, observou-se que quanto maior o suporte social oferecido pelo marido, menor a prevalência de depressão pós-parto (ARRAIS, MOURÃO, FRAGAELLE., 2014).

Para Konrad (2011), outros fatores que possuem efeito profilático na gênese da DPP são: apoio social prestado pelos familiares e amigos, tais como, afeto, solidariedade, orientações e informações. Portanto, percebe-se que são ações que fazem a mulher sentir-se valorizada e cuidada.

Ademais, Figueiredo et al. (2015), defende que a mãe que amamenta possui menor probabilidade de desenvolver DPP. O autor cita que os hormônios lactogênicos prolactina e ocitocina, apresentam efeitos profiláticos para a ansiedade e depressão. Um certo número de estudos concordam que o ato de amamentar é um fator protetor acerca da saúde psíquica da mulher devido a redução da resposta ao estresse. Em especial ao nível reduzido de atuação do cortisol. Além disso, há evidências que durante a amamentação ocorre redução do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e conseqüentemente do cortisol.

3 | METODOLOGIA

Frente ao objeto de estudo, a presente pesquisa trata-se de um trabalho de caráter descritivo, revisão integrativa da literatura e com abordagem qualitativa.

A revisão integrativa surge como um método que propicia a produção do conhecimento e a adição da prática de resultados de pesquisas relevantes de forma pragmática. Ademais,

abrange a acepção de um problema clínico, a identificação de informações indispensáveis, a procura de trabalhos na literatura e seu julgamento crítico de forma cujos dados originários de publicações podem ser usados a favor dos clientes (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foi utilizado na pesquisa trabalhos de cunho bibliográfico sobre a depressão pós-parto por meio de informativos virtuais tais como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, Google acadêmico e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os seguintes descritores: Depressão pós-parto, pré-natal, ESF e profissional de enfermagem.

Foram selecionados como critérios de inclusão para o presente estudo: trabalhos concluídos, nacionais, no idioma português que abrangem o período de publicação entre os anos de 2010 a 2016. Já os itens que foram elencados como critérios de exclusão: trabalhos com teses de doutorado, monografias, livros, capítulos de livros e artigos publicados nos anos anteriores a 2011 e em outro idioma.

4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para entendermos melhor os dados analisados, foram utilizados trabalhos que guiaram a presente revisão integrativa, citado na metodologia, objetivando analisar os dados de forma efetiva. Além disso, os artigos utilizados envolvem o assunto em questão, em busca de apresentar o título, autor, ano de publicação, metodologia e comentários.

TÍTULO	AUTOR	ANO	METODOLOGIA	COMENTÁRIOS
Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida.	Bárbara Camila Campos e Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues	2015	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Segundo os autores a DPP é uma desordem de caráter emocional que surge na gestação e estende-se até as quatro primeiras semanas pós-natal. (P.03)
Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil.	Luísa Parreira Santos e Conceição Aparecida Serralha	2015	Revisão de literatura de caráter qualitativa.	Os autores concordam cuja depressão pós-parto caracteriza-se por ser um distúrbio emocional que emerge no período pós-natal, além disso, pode causar na relação entre mãe e filho. (P.01)

Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial	Bruna Rafaela Milhorini Greinert e Rute grossi milani	2015	Trabalho de cunho descritivo e qualitativo.	Os fatores que atuam em sinergismo para o surgimento da DPP são: conflitos na relação dos cônjuges, baixa escolaridade e mães que sonham com um bebê de uma forma, e o mesmo não corresponde ao sonhado pela mãe. (P.04)
Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto.	RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e Rafaela de Almeida Schiavo.	2011	Trata-se de uma pesquisa longitudinal de caráter quantitativa.	Os fatores de risco que são responsáveis pela ocorrência de DPP são: rejeição da gestação, problemas econômicos, dependência química e falta de apoio familiar.
Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas.	Andréa Rodrigues Francisquini et al.	2010	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	O autor cita a importância das orientações sobre a gravidez, parto e puerpério durante as consultas de pré-natal, frisando as mudanças do organismo materno, tipo de parto a ser realizado, amamentação e cuidados prestados ao neonato. Os itens considerados relevantes na assistência pré-natal, objetivando capacitar as mães para realização dos cuidados antes e após o parto. Cujos são ofertados pelo enfermeiro que é o mais próximo da mãe nesse momento. (P.04)
Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura	Heloisa Cardoso da Silva e Tagma Marina Schneider Donelli	2016	Revisão integrativa de caráter descritiva e abordagem qualitativa	Acerca do início dos sinais e sintomas da depressão pós-natal, há uma diferença nos critérios de diagnóstico em relação aos manuais de diagnósticos DSMI e CID 10. (P.04)
Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto.	Nadieli Daandels, Éder Luís Arboit e Isabel Cristina Pacheco van Sand der.	2013	Revisão bibliográfica do tipo narrativa.	É de extrema relevância que o enfermeiro realize uma investigação, a fim de rastrear de forma precoce os principais sinais e sintomas da DPP, assim, o mesmo poderá dar orientações a puérpera acerca do tratamento, como por exemplo, a psicoterapia. (P03)

Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal.	Cecilia nogueira Valença e Raimunda Medeiros Germano.	2010	Trata-se de um trabalho descritivo–exploratório qualitativo.	O enfermeiro e equipe da ESF devem trabalhar de forma árdua, para prevenir a DPP utilizando como foco os fatores protetivos para reduzir a possibilidade do desenvolvimento desta doença
A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual.	Fernanda Pavão Corrêa e Conceição Aparecida Serralha.	2015	Estudo de caráter exploratório–descritivo e de abordagem qualitativa.	Os sintomas citados pelo autor podem atrapalhar na criação do vínculo emocional entre mãe e filho, dessa forma, o bebê pode ter seu desenvolvimento psicológico afetado.

Assim, o quadro consta de 9 artigos que após leitura seriam mais eficazes para a discussão dos resultados. Para a melhor compreensão do presente trabalho escolheu-se realizar uma divisão por categorias, onde se explanou diferentes assuntos de maior relevância a respeito do tema abordado. Foram-se distribuídas as seguintes categorias: conceito e fatores de risco, sintomas da DPP e atuação do enfermeiro na ESF objetivando reduzir a incidência de depressão pós-natal.

4.1 Conceito e fatores de risco

Na maioria dos trabalhos analisados os autores concordam que a DPP é considerada uma desordem emocional que se desencadeia no período puerperal, cuja mesma pode provocar problemas no binômio mãe-filho (Santos e Serralha 2015). Corroborando com o autor citado anteriormente, Segundo Campos e Rodrigues (2015), a depressão pós-parto caracteriza-se por ser um distúrbio de caráter emocional, a qual surge na gravidez e se prolonga até as quatro primeiras semanas de puerpério.

No entanto, há uma discrepância acerca do início dos sintomas entre os manuais de diagnóstico. O Manual Diagnóstico de Saúde Mental (DSM-5) acrescentou algo novo em relação ao início desta patologia, afirmando que a mesma inicia-se na gravidez, contudo afirma que a ocorrência pode ser nas quatro primeiras semanas de puerpério que caracteriza-se por sintomas de uma depressão esporádica de grau moderada a severa.

Já a Classificação de Transtornos Mentais (CID-10), afirma que os sintomas característicos da depressão pós-parto surgem seis semanas após o parto, dessa forma, não se enquadra nos critérios utilizados para o diagnóstico de outras psicopatologias (SILVA, DONELLI., 2016) Portanto, observa-se que devido a diferença de critérios usados pelos manuais, o diagnóstico depende de qual manual o profissional está se baseando.

Os fatores predisponentes que juntos contribuem para a gênese da depressão pós-natal são: problemas conjugais, financeiros, gravidez indesejada, escolaridade reduzida, baixo nível social e econômico e mães que fantasiam o bebê de uma maneira, mas, o mesmo

apresenta-se de forma divergente de seus pensamentos (GREINERT e MILANI.,2015).

Em concordância com o autor citado acima Rodrigues e Schiavo (2011), citam em seu trabalho que os fatores predisponentes para a ocorrência de DPP são: história pregressa de depressão, problemas financeiros, rejeição da prenhez, nível de escolaridade reduzido, falta de apoio social, falta de emprego, dependência de drogas e violência doméstica.

4.2 Sintomas da depressão pós-parto

Todos os autores consultados concordam que os sintomas mais comuns da depressão pós-parto são: insônia ou sono em excesso, apetite reduzido, falta de animo, sensação de culpa, medo de machucar o bebê, pensamentos suicidas, redução do desejo por sexo, falta de animo, humor deprimido e anedonia (CORRÊA e SERRALHA., 2015).

Os sintomas característicos da depressão pós-parto são: choro de causa desconhecida, rigidez emocional, falta de esperança, fantasias, falta de sono, redução do humor e comportamento diferente do esperado em relação ao bebê (NUTEL., 2016).

4.3 Atuação do enfermeiro e equipe de saúde

As ações profiláticas utilizadas no pré-natal, para a redução da incidência de depressão pós-parto devem ser realizadas nas visitas domiciliares e em reuniões com as gestantes. Neste sentido, é necessário efetuar a visita para avaliar o contexto em que a gestante está inserida, dar apoio psicológico e se é preciso referenciá-la para a consulta com o psicólogo do núcleo de apoio a saúde da família (NASF) além do mais, à primeira semana puerperal é um desafio para a mulher que passará por modificações em sua rotina. Ademais, é neste momento que a vó e as vizinhas contribuem para o desmame prematuro (VALENÇA e GERMANO., 2010).

É importante ressaltar, que há uma carência relevante em relação às ações educativas na qual os enfermeiros atuantes da estratégia de saúde da família deveriam prestar as mães no período pós-natal. Neste sentido, cuidados, como por exemplo, a visita domiciliar cujo enfermeiro deve avaliar a episiorrafia em cirurgiadas, monitoração e controle dos lóquios, orientar a mesma a respeito da contracepção, dessa maneira, o enfermeiro dará condições para a puérpera realizar o autocuidado e contribui para a profilaxia de possíveis complicações (FRANCISQUINI, et al. 2010).

Outra orientação que merece consideração segundo Francisquini et al. (2010), é o relacionamento entre pai e recém-nascido cujo deve haver um relacionamento, que vai além de cuidados, como por exemplo, trocar fraldas, aliviar cólicas e dar banhos no RN. Os profissionais de saúde devem orientar o pai a realizar carícias em seu filho, dessa maneira, o mesmo se sentirá mais incluído neste momento tão gratificante que é a paternidade.

Uma pesquisa americana com a colaboração de 520 profissionais de enfermagem, 93,7% afirmaram que uma excelente idéia é dar conselhos as mulheres com nível leve de depressão. Cerca de 49% dos mesmos, falaram que estavam preparados para a realização

do aconselhamento e quase três quartos concordaram em participar de capacitações.

Além do mais, evidências apontam que o enfermeiro deve buscar de forma determinada, a detecção aguda de sintomas e sinais indicativos de DPP a fim de encaminhar a puérpera para psicoterapia, objetivando minimizar ou prevenir dificuldades no relacionamento entre mãe e filho que podem provocar problemas de desenvolvimento no bebê (DAANDELS; ARBOIT; VAN DER SAND., 2013).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apartir do exposto, conclui-se que a depressão pós-parto é uma patologia de alta prevalência e que o profissional de enfermagem deve estar atento no pré-natal, em busca de sinais e sintomas que precedem a DPP, dessa forma, o enfermeiro poderá prestar orientações a gestante objetivando prevenir a ocorrência desta doença.

Além disso, o diagnóstico deste agravo à saúde da mulher não é fácil, pois além da DPP, há o baby blues que pode encobrir os sinais e sintomas da depressão pós-natal e assim, dificultar o diagnóstico da mesma. No andamento deste estudo, verificou-se que o número de trabalhos acerca do tema realizado por enfermeiros é escasso.

Portanto, pode-se dizer que o presente estudo será de muita utilidade para realização de estratégias a serem utilizadas no pré-natal e puerpério de forma a contribuir para o planejamento de assistência a essas mulheres neste período tão difícil que é a gravidez parto e pós-parto.

Enfim, este estudo foi de bastante relevância para nossa formação acadêmica, pois contribuiu para a acepção de conhecimentos a respeito do conceito, fatores de risco, sinais e sintomas e atuação do enfermeiro na ESF objetivando reduzir a incidência desta patologia.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Patrícia et al. As relações entre depressão materna e relatos maternos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 911-925, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000300008>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

BROCCHI, Beatriz Servilha; BUSSAB, Vera Silvia Raad; DAVID, Vinicius. Depressão pós-parto e habilidades pragmáticas: comparação entre gêneros de uma população brasileira de baixa renda. **Audiol., Commun. res.**, v. 20, n. 3, p. 262-268, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312015000300262&lang=pt>. Acessado em 14 de novembro de 2016.

Cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100040>. Acessado em: 28 de setembro de 2016. **Clínica**, v. 28, n. 1, p. 83-103, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000100005>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

CORRÊA, Fernanda Pavão; SERRALHA, Conceição Aparecida. A DEPRESSÃO PÓS-PARTO EA FIGURA MATERNA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA E CONTEXTUAL. **Acta Colombiana de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 113-123, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552015000100011>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

CRUZ, Maihana Maíra et al. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados DOI-10.5752/P. 1678-9563.2012 v18n1 p90. 2012. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100008>. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

DAANDELS, Nadieli; ARBOIT, Éder Luís; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 4, p. 782-8, 2013. Disponível em:<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000400023>. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

DA ROCHA ARRAIS, Alessandra; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

DE CAMPOS, Bárbara Camila; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010353712015000400009>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v9i4.13826>>. Acessado em: 27 de novembro de 2016.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-9, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003>. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

MAÍRA CRUZ DANTAS, Maihana et al. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 90-106, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009>. Acessado em: 27 de novembro de 2016.

MORAIS, Maria de Lima Salum et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100040>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

Quais os sintomas da depressão pós-parto?

Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/quais-os-sintomas-da-depressao-pos-parto/>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 252-257, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032011000900006>. Acessado em 22 de novembro de 2016.

SANTOS, Luísa Parreira; SERRALHA, Conceição Aparecida. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, n. 43, p. 05, 2015. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/323754e6b9c66c53df6a587bc8a34b0a/1?pq-origsite=gscholar>>. Acessado em 27 de novembro de 2016.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **PsicoUSF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712005000100008&script=sci_arttext&tlng=en>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

SILVA, Heloisa Cardoso da; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 1, p. 83-103, 2016.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000100005>. Acessado em: 28 de setembro de 2016.

GERMANO, Raimunda Medeiros; VALENÇA, Cecília Nogueira. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12332>>. Acessado em 30 de novembro de 2016

CAPÍTULO 11

LEVANTAMENTO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PRIMÍPARAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/10/2020

Edildete Sene Pacheco

Universidade Estadual do Piauí (UESPI) -
Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4060937121005815>

Deyce Danyelle Lopes Silva

Universidade Estadual do Piauí (UESPI) -
Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3842321799834331>

Vanessa Rodrigues da Silva

Universidade Federal do Piauí (UFPI) -
Teresina, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3686542873837697>

Miriane da Silva Mota

Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Picos,
Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3948893898120743>

Mariana Pereira Barbosa Silva

Universidade Estadual do Piauí (UESPI) -
Teresina, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4969469885573368>

Juliana Maria de Oliveira Leite

Faculdade de Ensino Superior de Floriano
(FAESF) - Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0443280131140993>

Sayane Daniela Santos Lima

Universidade Federal do Piauí (UFPI) -
Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7820500874008089>

Sayonara Cristina dos Santos Lima

Universidade Federal do Piauí (UFPI) -
Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1306196702687583>

Jéssica Pereira Cavalcante

Universidade Estadual do Piauí (UESPI) -
Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6952413050437454>

Alessandra Alves Silvestre

Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Picos,
Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0863490730964146>

Myslânia de Lima Ribeiro

Faculdade de ensino superior de Floriano
(FAESF) – Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7753491717415852>

Agna Roberta Rodrigues de Sousa

Faculdade de Ensino Superior de Floriano
(FAESF) - Floriano, Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4273643460382532>

RESUMO: Ao exercer a maternidade pela primeira vez, é comum que a mulher demonstre ansiedade e insegurança, por isso a necessidade da caracterização da população assistida no serviço é fundamental para a formulação e implantação de estratégias. A pesquisa objetiva realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e obstétrico de primíparas atendidas na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória de abordagem quantitativa realizada no domicílio de 22 primíparas atendidas pelas

Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Floriano, Piauí e executada durante o mês de julho de 2016. Encontrou-se a predominância de primíparas com idade entre 20 e 30 anos (50%), ensino fundamental completo (45,5%), em um relacionamento estável (59,1%), estudantes (45,6%) e com renda familiar de 01 salário mínimo (54,6%). Além disso, a maioria das puérperas tiveram um parto vaginal (59%), uma gestação não planejada (68,2%), que realizaram o pré-natal (100%), com mais de 06 consultas (72,7%), e com início no primeiro trimestre (68,2%). Diante disso, a pesquisa aponta fatores maternos que reforçam a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde quanto ao apoio assistencial, incluindo o psicológico.

PALAVRAS - CHAVE: Perfil de Saúde; Período Pós-Parto; Saúde da Mulher.

SURVEY OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE OF PRIMARY PARENTS ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: When exercising motherhood for the first time, it is common for women to show anxiety and insecurity, so the need to characterize the population assisted in the service is fundamental for the formulation and implementation of strategies. The research aims to carry out a survey of the sociodemographic and obstetric profile of primiparous women attended in the Family Health Strategy. It is a descriptive and exploratory field research with a quantitative approach carried out in the home of 22 primiparous women assisted by the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Floriano, Piauí and carried out during the month of July 2016. It was found the predominance of primiparous women aged between 20 and 30 years (50%), complete elementary school (45.5%), in a stable relationship (59.1%), students (45.6%) and with a family income of 01 minimum wage (54.6%). In addition, most puerperal women had a vaginal delivery (59%), an unplanned pregnancy (68.2%), who performed prenatal care (100%), with more than 06 consultations (72.7%), and beginning in the first quarter (68.2%). In light of this, the research points to maternal factors that reinforce the need for greater attention on the part of health professionals regarding care support, including psychological support.

KEYWORDS: Health Profile; Postpartum Period; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição de 1988, ações direcionadas e mais efetivas no campo da Saúde da Mulher começam a ser implementadas, especialmente na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e nascimento. Esses esforços visaram estabelecer estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, para tanto foram incluídas noções de determinantes sociais no escopo de ações propostas (MELO et al., 2017).

Reconhece-se que os óbitos maternos e infantis apresentam condicionamento importantes aos determinantes sociais, tais como: renda, saneamento básico, educação e acesso à atenção à saúde de qualidade. Portanto, tais fatores devem ser considerados na assistência à saúde do binômio mãe-filho (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; MELO et al., 2017).

O puerpério é definido como o período do ciclo grávido-puerperal em que as alterações provocadas pela gravidez e parto retornam ao estado pré-gravídico. Este período

tem início após o parto com a expulsão da placenta e o término é imprevisto, pois durante o período da amamentação, ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade (BRASIL, 2001).

Ao exercer a maternidade pela primeira vez, é comum que a mulher demonstre ansiedade e insegurança em decorrência da responsabilidade e receio ao enfrentar essa realidade sem experiência prévia. Isto posto, a assistência puerperal não se restringe apenas aos cuidados físicos ao binômio mãe-filho, mas sim a um cuidado direcionado, como forma de levantar as prioridades de atenção de cada puérpera, de diagnosticar precocemente, possíveis problemas e promover saúde e qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2010; MORAES et al., 2015).

Dessa forma, a caracterização da população assistida no serviço é fundamental para a formulação e implantação de estratégias que objetivam melhorar as condições de saúde desse público e pode definir prioridades de intervenções. Por mais que os processos e a linha de cuidado sejam similares, cada pessoa está inserida em um contexto social diferente e que precisa ser considerado (DODT et al., 2010; WIELGANCZUK et al., 2019)

Portanto, a presente pesquisa tem por objetivo realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e obstétrico de primíparas atendidas na Estratégia Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no domicílio de 22 primíparas atendidas pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Floriano, Piauí e executada durante o mês de julho de 2016.

As participantes da pesquisa foram localizadas a partir de prontuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS): Alfredo de Carvalho, Camilo Filho e Pedro Simplício, situadas nos bairros Campo Velho, Meladão e São Borja, respectivamente. A escolha das UBS justificase por serem de fácil acesso por parte das pesquisadoras.

Para compor a amostra foi solicitado o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde com o propósito de descobrir a quantidade de primigestas que realizaram pré-natal no ambulatório supracitado e com parto previsto para o período da coleta de dados.

Foram considerados critérios de inclusão: Puérperas primíparas, independentemente do tipo de parto, cadastradas nas UBS em estudo, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no caso das participantes menores de idade, assinar o Termo de Assentimento. Já os critérios de exclusão: múltiparas (mulher que teve mais de um filho) e participantes que durante a execução da pesquisa se recusaram a responder algum questionamento.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo questionamentos elaborados pelas próprias pesquisadoras. Os dados foram tabulados em

planilhas do programa Microsoft Excel® 16 e, posteriormente exportados para o programa TABWIN, onde foram extraídos os resultados para disponibilização em tabelas.

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes de pesquisas com seres humanos, tendo como base nos princípios éticos e orientações da resolução do conselho nacional de saúde N° 466/2012. Foi desenvolvida após autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí, com parecer n° 1.554.612/2016.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização Sociodemográfica

Conforme os dados apresentados na Tabela 01, encontrou-se a predominância de primíparas com idade entre 20 e 30 anos (50%), com ensino fundamental completo (45,5%), em um relacionamento estável, que compreende casadas e as que convivem com o companheiro (59,1%). Notou-se que a maioria das participantes eram estudantes (45,6%) com renda familiar de 01 salário mínimo (54,6%).

VARIÁVEIS	N° DE PARTICIPANTES	%
IDADE		
De 15 a 19	08	36,4
De 20 a 30	11	50
Acima de 30 anos	03	13,6
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	04	18,1
Ensino Fundamental	10	45,5
Ensino Médio	07	31,9
Ensino Superior	01	4,5
ESTADO CIVIL		
Solteira	09	40,9
Casada	08	36,4
União Estável	05	22,7
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Do lar	07	31,9
Vendedora	01	4,5
Telefonista	01	4,5
Operador de produção	01	4,5

Operador de caixa	01	4,5
Auxiliar de conferência	01	4,5
Estudante	10	45,6
RENDA FAMILIAR		
Inferior a 1 salário mínimo	04	18,1
1 salário mínimo	12	54,6
1 a 2 salários mínimos	06	27,3
Superior a 2 salários mínimos	00	0,0

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das primíparas e dos recém-nascidos em três UBS de Floriano-PI, 2016.

Fonte: Base de dados da pesquisa. Nº - Número.

Adolescentes são definidos por diferentes aspectos considerando a realidade brasileira. O Ministério da Saúde respeita a definição de adolescência estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 a 19 anos (BRASIL, 2010). Apesar da maioria encontrada na pesquisa serem da faixa etária de 20-30 anos, ressalta-se o alto percentual de primíparas adolescentes (36,4%).

No Brasil, a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, devido às repercussões biológicas, sociais e psicológicas, tanto para as mães quanto para os filhos (SOUZA et al., 2012). No entanto, é fundamental compreender a adolescência para além das mudanças biológicas e psicológicas, considerando, também, os aspectos socioculturais, que podem influenciar, inclusive, na vivência da gestação e puerpério. Dessa forma, a gestação na adolescência poderá gerar diferentes repercussões, de acordo com a subjetividade de cada uma (CREMONESE et al., 2019).

Para tanto, é necessário que as equipes de saúde estejam preparadas para lidar com essa demanda. Atendendo as adolescentes em todo o ciclo gravídico-puerperal, ofertando assistência atenciosa e sensível às particularidades e vulnerabilidades de cada uma, buscando contribuir para a evolução de uma gestação e de um puerpério saudáveis.

No tocante à escolaridade, mais da metade da amostra (63,6%) possui apenas o ensino fundamental (completo ou incompleto). Esse dado difere do estudo realizado por Almeida et al. (2020), onde o nível de escolaridade mais frequente foi o ensino médio.

A educação em saúde é de fundamental importância para a promoção de saúde dos indivíduos, pois possibilita um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar de si e de seus familiares (SANTOS; PENNA, 2009). Para Martins et al. (2007) o baixo nível de escolaridade pode configurar-se como uma barreira no processo de educação em saúde, requerendo, portanto, que os profissionais envolvidos no cuidado utilizem recursos para atingir as metas desejadas, de acordo com o nível escolar de cada indivíduo.

Quanto à situação conjugal, a maioria (59,1%) das mulheres do estudo convive

com o companheiro (casada ou estável), este achado é corroborado pelo estudo de Wielganczuk et al. (2020), onde também houve essa predominância em detrimento das puérperas solteiras.

Tal achado é relevante e considerado como um fator de proteção à gestação e ao puerpério, pois a participação dos parceiros colabora para que as mulheres se sintam seguras e protegidas, contribuindo para o fortalecimento das relações.

Apesar disso, observa-se entre essas mães um número considerável de mulheres solteiras, essa é uma realidade que tem aumentado nos últimos anos. Embora algumas mulheres, por conta própria, decidem ter o filho e criá-lo sozinhas, outras veem-se obrigadas a fazê-lo por diversas circunstâncias como o abandono por parte do pai da criança. As responsabilidades sociais e financeiras, a sobrecarga e o excesso de preocupações nas funções de mãe podem contribuir para o aumento das dificuldades das primíparas no período puerperal.

Quanto à ocupação, observou-se que a maior parte das puérperas desenvolvem atividades sem vínculo empregatício, a maioria informou serem estudantes (45,6%) e ocuparem-se com atividades domésticas (31,9%). Dessa forma, elas não tinham qualquer fonte de renda, seja formal ou informal, e, portanto, depende da renda do companheiro ou da família.

Na presente pesquisa, 76,7% das puérperas informaram possuírem renda familiar de até 01 salário mínimo, corroborando com um estudo desenvolvido em uma maternidade em Teresina/PI que apresentou 86,5% de puérperas nessa faixa de renda. As questões econômicas apresentam um grande poder de influência no período puerperal podendo ser agentes causadores de depressão pós-parto, deficiências nutricionais, habitacionais e de higiene do binômio mãe-filho (ARAÚJO et al., 2015).

3.2 Caracterização Obstétrica

Para a caracterização obstétrica foram suscitadas informações referentes ao tipo de parto, planejamento da gestação, realização do pré-natal, número de consultas e início do pré-natal, que estão distribuídos na tabela a seguir:

VARIÁVEIS	Nº DE PARTICIPANTES	%
TIPO DE PARTO		
Vaginal	13	59
Cesáreo	09	41
GRAVIDEZ PLANEJADA		
Sim	07	31,8
Não	15	68,2

REALIZOU PRÉ-NATAL		
Sim	22	100
Não	00	0,0
NÚMERO DE CONSULTAS		
Menos de 06 consultas	06	27,3
Mais de 06 consultas	16	72,7
INÍCIO DO PRÉ-NATAL		
Primeiro trimestre	15	68,2
Segundo trimestre	06	27,3
Terceiro trimestre	01	4,5

Tabela 2 - Caracterização obstétrica das primíparas atendidas em três UBS de Floriano-PI, 2016.

Fonte: Base de dados da pesquisa. Nº - Número.

Conforme os dados apresentados na tabela 2 nota-se que a maioria das puérperas tiveram um parto vaginal (59%), uma gestação não planejada (68,2%), que realizaram o pré-natal (100%), com mais de 06 consultas (72,7%), e com início no primeiro trimestre (68,2%).

Percebe-se que houve uma predominância de parto vaginal 13 (59%), seguido de 9 (41%) de parto cesáreo, este último expressa um índice ainda elevado considerando que a OMS, desde 1985, preconiza de 10% a 15% de cirurgias no total dos nascimentos.

A taxa de cesarianas é considerada um dos parâmetros que avalia a qualidade do cuidado obstétrico. O Brasil apresenta uma das taxas mais elevadas de parto cesáreo no mundo, sendo objeto de grandes debates e críticas. O aumento da frequência de parto cesáreo não está associado a benefícios para a criança, nem tampouco para a mãe. Quando as gestantes são submetidas a esse procedimento, o risco de morte materna aumenta em decorrência de maiores chances de acidentes, complicações anestésicas e infecções puerperais (PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007).

Por sua incidência e pelas controvérsias em torno de suas consequências, a cesariana é considerada um problema de Saúde Pública. Para Faúndes e Cecatti (1991), os riscos desse procedimento para o recém-nascido são de dois tipos. São eles: risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional e o risco de angústia respiratória, em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos os recém-nascidos estejam a termo.

Uma pesquisa desenvolvida com estudantes de medicina demonstrou o quanto a formação universitária é direcionada para o treinamento da cesariana e a transmissão da ideia de praticidade, conveniência e segurança desse procedimento. Outros estudos revelam que as principais estratégias para evitar a realização de cesarianas desnecessárias

deveriam ser direcionadas aos profissionais de saúde (O'DOUGHERTY, 2013; HADDAD; CECECATTI, 2011).

No que se refere ao planejamento da gravidez, temos que 7 (31,8%) programaram a gravidez, em contrapartida, a grande maioria da amostra 15 (68,2%) foram pegos de surpresa com uma gravidez não prevista pelo casal. Para Prietsch et al. (2011) a gravidez não planejada representa um maior risco de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal. Sua principal causa, dentro de uma visão sociocultural, é o baixo índice da utilização de métodos contraceptivos.

Na mesma direção, outra pesquisa argumenta que a gravidez não planejada provém da escassez de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, da utilização inadequada dos mesmos, descontinuidade na oferta do contraceptivo pelos serviços, oferta limitada dos diversos métodos existentes e efeitos colaterais que ocasionam o abandono (FERRAND, 2007; COELHO et al., 2012).

Neste estudo, verificou-se que 100% (22) da amostra realizaram pré-natal, sendo que destas, 72,7% (16) o fizeram de forma satisfatória, comparecendo em 6 ou mais consultas pré-natais como mostra a Tabela 2.

Quanto ao número de consultas, ressalta-se que os dados estão em conformidade com o Ministério da Saúde já que este preconiza, por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que a gestante deve realizar no mínimo seis consultas devendo ser discutidos nesses encontros temas relevantes, tais como: sexualidade, desenvolvimento da gestação, preparação para o parto, Aleitamento Materno Exclusivo (AMEx) e seus benefícios, dentre outros (BRASIL, 2011).

Referente ao início do pré-natal, constatou-se que 68,2% (15) das entrevistadas iniciaram no primeiro trimestre da gestação, seguidos de 27,3% (06) no segundo trimestre e 4,5% (01) compareceu apenas no terceiro trimestre. Como mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde estabelece a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2002).

A consulta de enfermagem no período gestacional apresenta-se como um recurso de fundamental importância, pois têm como objetivo garantir o acesso ao pré-natal de qualidade, principalmente através da introdução das ações preventivas e promocionais direcionadas às gestantes. É requerido do profissional além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta ativa (SHIMIZU; LIMA, 2009).

A maioria das mortes podem ser evitadas por meio de uma adequada assistência pré-natal. Por isso, é fundamental que sejam desenvolvidas ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa vivenciar o parto de forma positiva, ter menor chance de riscos de complicações no puerpério e mais sucesso tanto na amamentação quanto nos

cuidados com a criança (RIOS; VIEIRA, 2007).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e obstétrico de primíparas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Floriano/PI. Os resultados demonstram a predominância de primíparas com idade entre 20 e 30 anos, ensino fundamental completo, em um relacionamento estável, estudantes e com renda familiar de 01 salário mínimo. Com relação aos dados obstétricos a maioria das puérperas tiveram um parto vaginal, gestação não planejada, realizaram o pré-natal com mais de 06 consultas e com início no primeiro trimestre.

A caracterização aqui apresentada aponta fatores maternos que reforçam a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde quanto ao apoio assistencial não só do bebê. A mulher primípara, por ser composta de medos e inseguranças, também necessita de uma assistência eficaz, incluindo apoio psicológico à mesma, com o intuito de diminuir suas dúvidas e anseios.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Inez Silva et al. **Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar**. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010.

ALMEIDA, Viviane Saraiva de et al. **Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de puérperas em um alojamento conjunto: um estudo descritivo**. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, p. e361985450-e361985450, 2020.

ARAÚJO, Kleiton Richard da Silva et al. **Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 6, n. 3, p. 2739-2750, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 167p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. 132 p.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família**. Acta paulista de enfermagem, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012.

CREMONESE, Luiza et al. **Vivências do período gravídico-puerperal na perspectiva de mulheres adolescentes**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, p. 1148-1154, 2019.

DODT, Regina Cláudia Melo et al. **Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto**. Rev. enferm. UERJ, p. 345-351, 2010.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação**. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, p. 150-173, 1991.

FERRAND, Michèle. **Sociologia da contracepção e do aborto: a contribuição da análise das relações de gênero**. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. 2007.

HADDAD, Samira El Maerrawi T.; CECECATTI, José Guilherme. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

MELO, Cristiane Magalhães de et al. **Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 3457-3465, 2017.

MORAES, Héryka Martins Paz Landim et al. **Levantamento do perfil obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade pública: um estudo de enfermagem**. Gestão e Saúde, v. 6, n. 2, p. 1613-1622, 2015.

O'DOUGHERTY, Maureen. **Plot and Irony in Childbirth Narratives of Middle-Class Brazilian Women**. Medical Anthropology Quarterly, v. 27, n. 1, p. 43-62, 2013.

PRIETSCH, Silvio Omar Macedo et al. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 1906-1916, 2011.

PRIMO, Cândida Caniçali; AMORIM, Maria Helena Costa; CASTRO, Denise Silveira de. **Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade**. Rev enferm UERJ, v. 15, n. 2, p. 161-7, 2007.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 477-486, 2007.

SANTOS, Regiane Veloso; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido**. Texto & contexto-enfermagem, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. **The dimensions of prenatal care embodied in nursing consultation**. Revista brasileira de enfermagem, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SOUZA, Tereza Alves de et al. **Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.

WIELGANCZUK, Renata Portero et al. **Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 7, p. e605-e605, 2019.

CAPÍTULO 12

NARRATIVAS DE FAMILIARES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PUERPÉRIO DE PARENTES COM GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM OLINDA, PERNAMBUCO

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 12/08/2020

Moab Duarte Acioli

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4739234093928207>.

Barbara Azevedo Neves Cavalcanti

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5250772374482048>.

Amanda Lucas Freire

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1844481998695134>.

Bianca Victorino Santos de Moraes

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1574530847519665>.

Gabrielle Lins Serra

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1791998629163478>.

Lêda Maria de Albuquerque Gondim

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4126541046789047>

RESUMO: A adolescência é caracterizada como um período de transformações intensas nos campos biológicos, cognitivos, emocionais e sociais. Essas mudanças podem estar associadas a experiências estressógenas que acarretam, principalmente, distúrbios no equilíbrio do organismo e em sua condição de saúde e de bem-estar. Entre os fatores estressantes que acometem tal grupo, destacam-se a gravidez, o puerpério e suas repercussões. A possível experiência de sofrimento psíquico e de estresse associados ao puerpério envolve, também, o grupo familiar, que apresenta relevante papel na compreensão da gravidez na adolescência e nas expectativas de futuro da adolescente. Analisar as narrativas familiares sobre a experiência de puerpério da parenta com experiência de gravidez na adolescência. Estudo qualitativo, analítico e transversal. Os familiares abordaram: a) aspectos positivos do puerpério - a adolescente se encontra mais tranquila, aceitando-se mais, menos depressiva quando comparada ao período de gestação; b) aspectos negativos do puerpério - a persistência da tristeza, a imaturidade e rebeldia da adolescente; c) a relação entre as puérperas e o grupo familiar - é predominante o relacionamento conturbado entre a puérpera e o pai da criança. A gravidez e o puerpério na adolescência caracterizam-se por fatores estressógenos que alteram as perspectivas dos jovens acerca dos seus futuros, carecendo de uma reestruturação de suas vidas. Dentro da ótica familiar, observa-se que aspectos negativos são predominantes. Por outro lado, ao comparar o período do puerpério com o da gestação, aspectos positivos são levantados, sendo notória

a melhoria do comportamento e saúde mental da adolescente. Além disso, conflitos familiares são abordados, especialmente com o parceiro da adolescente, influenciando no seu bem-estar. É necessário, então, uma atenção multifatorial para prevenção em amplo espectro de tais acometimentos, através do cuidado familiar, do Sistema de Saúde, em especial a atenção básica, e de Educação.

PALAVRAS - CHAVE: período pós-parto; atenção primária à saúde; saúde mental, adolescente.

NARRATIVES OF FAMILY MEMBERS ABOUT THE EXPERIENCE OF PUERPERIUM OF RELATIVES WITH PREGNANCY IN ADOLESCENCE SERVED IN BASIC HEALTH UNITS IN OLINDA, PERNAMBUCO

ABSTRACT: Adolescence is characterized as a period of intense transformations in the biological, cognitive, emotional and social fields. These changes can be associated with stressful experiences that mainly cause disturbances in the balance of the organism and in its health and well-being. Among the stressors that affect such a group, pregnancy, the puerperium and its repercussions stand out. The possible experience of psychological distress and stress associated with the puerperium also involves the family group, which plays an important role in understanding adolescent pregnancy and the expectations of the adolescent's future. To analyze family narratives about the postpartum experience of the relative with the experience of teenage pregnancy. Qualitative, analytical and cross-sectional study. The family members addressed: a) positive aspects of the puerperium - the adolescent is more relaxed, accepting herself more, less depressed when compared to the period of pregnancy; b) negative aspects of the puerperium - the persistence of sadness, immaturity and rebellion of the adolescent; c) the relationship between the puerperal women and the family group - the troubled relationship between the puerperal woman and the child's father is predominant. Pregnancy and the puerperium during adolescence are characterized by stress factors that alter young people's perspectives on their futures, requiring a restructuring of their lives. Within the family perspective, it is observed that negative aspects are predominant. On the other hand, when comparing the period of the puerperium with that of pregnancy, positive aspects are raised, with an improvement in the adolescent's mental behavior and health. In addition, family conflicts are addressed, especially with the adolescent's partner, influencing their well-being. It is necessary, then, a multifactorial care for prevention in a wide spectrum of such affections, through family care, the Health System, especially primary care, and Education.

KEYWORDS: postpartum period; primary health care; mental health, adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Borges, Matos e Diniz (2011), a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano localizada entre os 10 anos e 19 anos de idade e que se caracteriza por uma sucessão de mudanças físicas, mentais, afetivas e sociais, favorecendo que esse adolescente possa se adaptar adequadamente às expectativas e cobranças socioculturais.

Nela, a condição de estar grávida pode ser um complicador da qualidade de vida,

conforme pontuam Esteves e Menandro (2005), através dos seguintes aspectos: a) sustar as experiências de adolescência, precipitando escolhas; b) evasão escolar; c) consequências na capacitação profissional; d) problemas com a rearticulação da vida sexual e com a imposição de limites para novas gestações; e) empecilhos para organizar um grupo familiar com emancipação financeira; f) limitações para estruturar um projeto de futuro; g) riscos de instabilidade conjugal; h) rejeição familiar e empobrecimento; i) sofrer preconceito; j) imaturidade para lidar com o bebê; l) probabilidade de comprometimento físico e emocional da saúde mãe e/ou bebê.

Dessa forma, é relevante que estudos possam associar a pesquisa do fato objetivo com o fenômeno (inter)subjetivo da gravidez na adolescência e, também, da condição pós-parto, denominada puerpério e que pode ser dividida em três etapas, de acordo com Rezende e Montenegro (2014): a) Puerpério imediato: dura as duas primeiras semanas e se inicia logo após a ruptura da placenta; b) Puerpério mediato: dura do fim do puerpério imediato até ao décimo dia e se caracteriza pela regressão do útero; c) Puerpério tardio: estende-se até ao quadragésimo dia e se caracteriza pela retomada da função reprodutiva da mulher, no caso, da adolescente.

Logo, Caputo e Bordin (2007) escrevem que se a gravidez pode se caracterizar para as adolescentes como uma experiência estressante, envolvendo ansiedade, excitação, prazer ou labilidade afetiva, alternando motivação e desmotivação, pode ser dito que o mesmo tem chances de ocorrer no puerpério.

Dessa forma, Cantilino, Zambaldi, Sougey e Rennó Jr. (2010) assinalam que no puerpério não é infrequente a existência de quadros de depressão e de disforia puerperal, psicose pós-parto, além de transtornos ansiosos envolvendo transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático.

Portanto, a possível experiência de estresse e de sofrimento psíquico associados à respectiva vivência de puerpério na adolescência envolve, igualmente, o grupo familiar. Por isso, autores como Silva e Tonete (2006) comentam que a gravidez na adolescência é um problema que mobiliza as famílias para o enfrentamento, somando-se a alegria da chegada do bebê com a frustração na interrupção do projeto de vida, sendo necessária uma aliança dos profissionais de saúde, familiares e adolescentes a facilitar o enfrentamento dos conflitos e reconhecer a família como sujeito ativo no processo.

Acompanhando a linha de raciocínio, Hoga, Borges e Reberte (2010) analisam a percepção dos familiares diante da gravidez da parenta adolescente, enfocando que o motivo para a gestação, neste olhar, foram problemas pessoais, familiares e socioeconômicos, assim como “namoro precoce” ou as “más companhias”. Entretanto, há também o registro de aspectos positivos, como a melhora do ambiente familiar e o amadurecimento “rápido” da adolescente. Entre os pontos negativos, são enfatizados os problemas financeiros, de moradia e de trabalho. Em síntese, o grupo familiar apresenta

relevante papel na compreensão da causa da gravidez na adolescência e nas expectativas de futuro da adolescente.

Somando-se a essas informações, ocorre a chamada “dependência residencial”, haja vista os adolescentes coabitarem com familiares de origem, marcando-se precárias condições de existência nas classes populares e havendo entre os pais de adolescentes grávidas ou puérperas indivíduos do sexo masculino desempregados, o que pode fazer com que esta dependência se perpetue por longa duração (AQUINO et al., 2002, p.27).

No presente artigo, elabora-se a seguinte pergunta-chave: Qual a percepção do grupo familiar sobre o puerpério da parenta adolescente grávida? Essa percepção é registrada através de narrativas dos familiares envolvendo a experiência do que está sendo conscientemente vivido e expresso através de representações, valores, conhecimentos e sentimentos diante do fenômeno (SCHUTZI, 1970; DUARTE; LEAL, 1998; RABELO, ALVES; SOUZA, 1999; SILVEIRA, 2000).

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar as narrativas familiares sobre a experiência de puerpério da parenta com experiência de gravidez na adolescência.

2.2 Objetivos específicos

1º Interpretar a percepção de familiares sobre os aspectos positivos do puerpério de sujeitos com gravidez na adolescência.

2º Compreender a percepção de familiares sobre os aspectos negativos do puerpério de sujeitos com gravidez na adolescência.

2º Estudar o olhar da família sobre o contexto de relacionamento da puérpera com gravidez na adolescência com o grupo família.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

- Tipo de estudo:

- Cenário:

O estudo teve como cenário o território de duas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria de Saúde de Olinda que constam no convênio com a Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), a Unidade Básica de Saúde Cohab-Peixinhos (localizada no Distrito Sanitário I) e a Unidade Básica de Saúde Ilha de Santana (localizada no Distrito Sanitário II). O município de Olinda apresenta uma população de 397.268 habitantes, e sua densidade populacional de 9.122 habitantes/quilômetro quadrado, o torna o de maior densidade em Pernambuco e o quinto no Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA,

2010; SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA, 2010).

-Sujeitos:

A partir do Projeto de Pesquisa “Transtornos mentais em adolescentes grávidas atendidas em unidades de saúde da família em Olinda, Pernambuco: Um estudo epidemiológico e discursivo” foi elaborado o presente plano de trabalho, tendo sido encontrado um grupo de treze puérperas com gravidez na adolescência e um montante de cinco adolescentes que apresentam risco de ansiedade e depressão. Das cinco adolescentes, apenas três familiares concordaram com a realização das entrevistas, de acordo com o Quadro 1.

Os parentes escolhidos foram os mais próximos da adolescente e que convivem na mesma casa. Todas as puérperas se encontravam no puerpério tardio, considerado por Rezendo e Montenegro (2014) como o período que se estende até ao quadragésimo dia e se caracteriza pela retomada da função reprodutiva pela mulher, no caso, a adolescente.

Entrevistada	Idade	Parentesco	Escolaridade
E1	61	Sogra	EF incompleto
E2	48	Mãe	EM completo
E3	21	Irmã	EM completo

Quadro 1 – Dados Sociodemográficos dos Sujeitos Entrevistados

Em se tratando do presente plano de trabalho, fundamentado em pesquisa qualitativa, a amostra não é pré-determinada em termos de quantidade, porém de perfil, sendo procurados os respectivos informantes-chave entre parentes de puérperas com gravidez na adolescência que tenham ou não tenham suspeita de transtorno mental. Trata-se de uma amostra de conveniência, na qual representa uma realidade sociocultural específica, microscópica, com prováveis canais de comunicação interdiscursiva (TURATO, 2003; FAIRCLOUGH, 2001)

- Instrumentos:

Roteiro de entrevista semidiretiva: Cada parente foi entrevistado através de um roteiro semiestruturado de entrevista. São dispostas perguntas específicas e a possibilidade de serem elaboradas novas perguntas a partir de lacunas, hesitações, contradições e silêncios (RICHARDSON, 1985; TRIVIÑOS, 1987). São estas as principais perguntas-estímulo: 1º Como foi a gravidez da sua parenta? 2º Por que ela engravidou com esta idade? 3º Como foi o parto dela?

4º Como ela vem se sentindo? Está bem ou está triste? Está bem ou está nervosa? 5º Como está a vida dela com a família? Com o pai da criança? Com os estudos? Com o trabalho? 6º O que você pensa do futuro dela e do bebê?

- Método de Análise:

Foi realizada uma Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), através da qual serão recortados temas e esses temas a partir de palavras, frases ou parágrafos e serão categorizados e classificados como categorias empíricas a serem contextualizadas com categorias analíticas.

- Critérios de inclusão:

Foram entrevistados ou entrevistadas parentes de puérperas com experiência de gravidez na adolescência e que se encontrem em atendimento em Unidades Básicas de Saúde em Olinda, Pernambuco.

- Critérios de exclusão:

Não foram entrevistadas ou entrevistados parentes de puérperas com gravidez na adolescência que se oponham a serem entrevistadas ou não apresentem condições cognitivas ou emocionais para participar dessa abordagem científica.

- Critérios Éticos:

O presente plano de trabalho integra o Projeto de Pesquisa intitulado “Transtornos mentais em adolescentes grávidas atendidas em unidades de saúde da família em Olinda, Pernambuco: Um estudo epidemiológico e discursivo, aprovado pelo Colegiado do Curso de Medicina, pelo Comitê Científico e pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco sob sob CAAE: 44008115.8.0000.5206.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados os seguintes temas relacionados com a percepção dos familiares: aspectos positivos do puerpério, aspectos negativos do puerpério e percepção familiar da relação entre as puérperas e o grupo familiar.

4.1 Aspectos positivos no puerpério

Em relação aos aspectos positivos do puerpério das adolescentes, os familiares relatam que elas se sentem mais felizes e mais tranquilas do que quando estavam grávidas. Portanto, na percepção familiar, as adolescentes estão menos estressadas do que na gestação, apesar de ainda apresentarem momentos quando brigam muito. Isso se expressa através dos seguintes temas: A adolescente se sente feliz. (E1) / A adolescente está menos estressada do que na gestação, mas ainda permanece brigando muito. (E2) / A adolescente está menos chata e se aceitando mais após o bebe ter nascido. (E3) / Adolescente está mais tranquila do que na gestação. (E3) / A adolescente está se sentindo melhor do que na gestação. (E3).

A irmã relata o seguinte:

[...] na gestação ela andava meio triste, mas depois que Luquinhas (pseudônimo) nasceu, foi como se fosse um gatilho para ela despertar e voltar a ter esse foco que ela tinha antes. Psicologicamente falando ela está melhor, e fisicamente também. Ela conseguiu se aceitar mais, aceitar mais o corpo dela [...] Porque ela sempre foi magrinha, bem magrinha, então isso perturbava ela, porque ela achava que não ia conseguir mais ser magra. Então agora a autoestima dela melhorou, a confiança dela em si mesma melhorou. Porque ela estava descrente com ela mesma. Humor dela melhorou. Hoje ela vive para o filho dela, mas vive bem. Antigamente ela ficava muito para baixo em relação a problema em casa ou com o namorado. Hoje em dia não. E ela diz assim: "O meu amor é o meu filho. P Pode acontecer o que for, mas eu tenho ele e eu vou lutar por mim e por ele". (Irmã, 21a)

A irmã da puérpera considera-a melhor tanto psicologicamente, quanto fisicamente, ao comparar com o período da gestação, no qual a adolescente se sentia triste, tinha problemas com a autoimagem, não aceitava o seu corpo e por isso tinha uma baixa autoestima. Para Silva et al. (2006), a maioria das adolescentes enfrenta sentimentos como tristeza, insegurança e o medo durante a gestação, especialmente no momento do resultado positivo. Esses sentimentos negativos surgem pela nova carga de responsabilidades, mudanças físicas e psicológicas, a qual as adolescentes não estão preparadas em razão da gravidez, muitas vezes, não ser planejada e desejada. Outro estudo, realizado por Ximenes Neto et al. (2007), aborda o cancelamento ou adiamento de planos e sonhos da adolescente diante uma gestação, introduzindo na mulher uma situação de ajustamento social, físico e psíquico. Isso pode levar essa gestante a um momento de crises, as quais podem deprimir ou fortalecer essa adolescente.

No caso do relato supracitado, a entrevistada deixa claro que após o nascimento da criança a adolescente vem mudando positivamente, ao comentar da nova postura da sua irmã e do novo modo de falar, pois "pode acontecer o que for, mas eu tenho ele (o bebê) e vou lutar por ele e por mim" (sic). Com isso, de acordo com entendimento da entrevistada, a adolescente se mostra mais ativa.

Gotijo e Medeiros (2004) comentam que a maternidade pode trazer benefícios psicossociais para essas puérperas e dar um caráter de centralidade à vida das adolescentes, importante fator na formação pessoal e social, o que é percebido, por exemplo, no momento em que essas puérperas buscam melhorias de vida para si e para seu filho. Como no caso da adolescente que diz para irmã que "vou lutar por ele e por mim".

Silva et al. (2009) também abordam esse tema e enfocam a maturidade em consequência da condição de ser mãe, pois as adolescentes passam a ser mais preocupadas e responsáveis em função de poder proporcionar uma criação adequada aos seus filhos. Além disso, para Dias e Teixeira (2010), com a experiência após a gestação, a maternidade em si pode ser vista como uma ocupação, dando sentido à vida da jovem, que passa a ser reconhecida por si mesma e por marcar seu próprio espaço na família.

Aspectos negativos no puerpério:

Em relação aos aspectos negativos relatados durante o puerpério, os entrevistados apontam para a irritabilidade, o nervosismo e o estresse das adolescentes. Além disso, os familiares também abordam a imaturidade, a rebeldia e a tristeza na vida dessas puerperas, como se estivessem insatisfeitas com algo. Isso está contido nos seguintes temas: A adolescente se irrita agora mais facilmente. (E1)/A adolescente está nervosa. (E1)/ Adolescente está mais estressada depois de ter o filho. (E1)/ A adolescente é imatura e rebelde. (E2)/ A adolescente se apresenta feliz em alguns momentos e em outros como se estivesse faltando algo na vida dela. (E2)/ A tristeza ainda permanece na adolescente após o bebe ter nascido. (E3)

A mãe relata o seguinte:

Olha, sinceramente, essa minha filha em específico é uma interrogação na minha vida (risos). Assim, eu acredito que em relação à maternidade, às vezes seja em relação à imaturidade dela e da rebeldia também, porque não escuta muito e a mãe sempre disse faz isso, faz aquilo, mas o filho como sempre não quer[....] Não quer atender. Então eu acho assim, que a maternidade aos poucos está mudando as atitudes dela em relação à vida e eu acho que em tudo, né? Foi imaturo demais para ela, em ter uma vida a dois e ter um filho [...] Eu ainda ajudo nas despesas. No momento, eu acho que ela ainda está não está amadurecida [...] Ela só vai amadurecer quando soltar o meu cordão umbilical, quando ela tiver a vida dela e colocar a cabeça dela [...] Eles têm que ter a casa deles. Eles têm que ter a vida deles. (Mãe, 48 anos).

A mãe da adolescente caracteriza a filha como uma “interrogação”, ao ser entrevistada e questionada como via a filha durante o puerpério, se essa estava se sentindo bem ou não, sendo incapaz de responder como a filha vinha se apresentando psicologicamente. Isso pode ser interpretado e questionado como uma possível distância familiar e um possível diálogo pobre, ineficaz ou até mesmo ausente.

Para Hoga, Borges e Roberte (2010), as dificuldades na relação entre membros de uma família limitam as possibilidades de um diálogo mais amplo e efetivo e, mesmo assim, a família espera ter um controle sobre a conduta da adolescente. Isso pode ser observado no relato supracitado, no qual a entrevistada considera que imaturidade e rebeldia da filha tenham sido algumas das causas da filha ter ficado grávida na adolescência. Ou seja, a adolescente não escutou e ignorou os conselhos recebidos. Declara, também, que apesar da maternidade aos poucos ajudar a adolescente no que se refere à imaturidade e rebeldia, essa ainda apresenta essas características no período do puerpério e frisa que “ela ainda não está tão amadurecida”, e que isso só vai ocorrer quando a adolescente for independente financeiramente. Para Azuray et al. (1998), essa rebeldia pode ser explicada como um desejo inconsciente, ou mesmo consciente, de ser mãe e ir contra a família.

b. Percepção familiar da relação entre as puérperas com o grupo família:

Em se tratando dos relacionamentos da adolescente com seus familiares, os entrevistados relatam predominantemente aspectos negativos em relação aos aspectos positivos. Em relação aos negativos, são descritos relacionamentos conturbados, tanto com os membros em geral da família, como pais e avós e, principalmente, com o pai da criança. Isso é abordado nos seguintes temas: Adolescente possui relação conturbada com o pai da criança. (E1)/Discussão com o pai do bebê durante a gestação. (E1)/ Adolescente briga bastante com o pai da criança. (E2)/ O pai da criança não foi presente durante a gestação. (E3)/ A relação da adolescente com o pai da criança é conturbada devido a problemas financeiros. (E3)/ A adolescente apresenta uma relação conturbada com a família que após o nascimento do bebê vem melhorando (E3). O único tema sobre os aspectos positivos aborda a relação boa com a família, apesar das brigas com os irmãos. (E1).

Entre os aspectos negativos, destaca-se a percepção familiar da relação problemática entre a puérpera e o respectivo pai da criança. A sogra relata o seguinte:

Eles ficam discutindo aí, é um bate-boca. Não (acredita ser um relacionamento saudável)[...] Ela é muito ignorante, fica falando da outra mulher que morava com ele. "Ela colocava gaia em você". Aí eu digo: "Mas rapaz, não faz isso não, para de ficar falando nome da outra". Aí ela fica "mas é mesmo". Aí ele fica mandando ela ir embora [...] Ele não quer mais ela. Eu fico dizendo que não está dando mais certo porque não está. Ele fica dizendo que vai levar ela para casa da mãe, mas ela responde "mas menino, vou não, vou ficar aqui e se eu for eu deixo o menino, eu vou sozinha" (Sogra, 61 anos).

A sogra descreve a relação conturbada que a adolescente, caracterizada como "ignorante", vivencia com o pai da criança. Relata que é um "bate-boca" e há ameaças por parte do rapaz de expulsar a adolescente de casa e, por sua vez, a adolescente ameaça deixar a criança e ir embora sozinha. Esse quadro descrito pela entrevistada mostra uma relação conturbada e prejudicial ao momento do puerpério da adolescente. Souza Monteiro et al. (2007) destacam entre os problemas relacionados com a maternidade na adolescência, a violência emocional e física, predominantemente praticada por pessoas de estreita relação com essas jovens, como familiares e parceiros – caracterizando a violência intrafamiliar. Esse estudo ainda mostra que essas adolescentes passam a ser inferiorizadas, humilhadas e punidas em seu próprio lar, como no relato supracitado no qual ela é mandada ir embora de casa.

Em outra entrevista, a mãe também expõe as constantes brigas entre a adolescente e o pai da criança durante o puerpério e apresenta o seguinte relato:

Também! Assim os dois são muito jovens né?, mas brigam demais! Discutem demais. Brigam demais [...] Aquela correria toda! E ela sempre foi muito rebelde, né? Porque ela puxou ao pai [...] Aí assim, né?, em relação a isso. Eles estão desempregados. São muito jovens e brigam por besteira, sem saber que tem outras coisas importantes na vida, que eles têm que pensar

para o futuro e é isso [...] Brigam muito, e coloca uma criança no meio. Ai um chora, a criança chora [...] Tem hora que eu acho que eu também atrapalho pouco, mas na situação deles e minha, não têm como eu me desvincular [...] Porque para eles se acertarem e ela se sentir bem, é na hora que ela tiver a parte dela e ele também, né? [...] Porque ele é um rapaz, mas é um homem, né? Ele tem 19 anos. E brigam muito na frente da criança. (Mãe, 48a).

A mãe associa o relacionamento conturbado que a puérpera possui com o respectivo pai da criança com a pouca idade dos dois, o que se vincula com a imaturidade do casal, o que atinge as respectivas maternidade, paternidade e vida a dois. Além disso, a mãe questiona o caráter rebelde da filha e salienta a situação financeira de ambos, haja vista não trabalharem e serem dependentes da entrevistada. A mãe acredita que a filha só irá se sentir bem quando for financeiramente independente. A irmã também abordou, no seguinte trecho, a correlação dos conflitos durante o puerpério entre a adolescente e o pai da criança com a situação financeira:

Às vezes é um tanto quanto conturbado. Existem problemas. Acho que a questão financeira pesa muito. Isso pesa bastante. Ele não pode proporcionar pra ela tudo que ele almeja e também não pode proporcionar para o filho tudo que ele quer. E ela também sempre com uma insatisfação. Insatisfação entre os dois é bastante comum, principalmente por conta da questão financeira. (Irmã, 21a)

A irmã frisa que a questão financeira é o principal fator para o relacionamento conturbado do casal e para a insatisfação constante que a puérpera apresenta. Dias e Teixeira (2010) levantam o fato que boa parte das adolescentes gestantes está inserida em um quadro socioeconômico precário. Esse contexto promove uma instabilidade nas relações familiares. Gotijo e Medeiros (2004) igualmente abordam que a condição econômica e social tem influência direta na dinâmica familiar.

5 | CONCLUSÃO

Na percepção familiar, observa-se que para a mãe e para a sogra existe um predomínio de aspectos negativos em se tratando do puerpério com gravidez na adolescência. Esses aspectos estão relacionados, no respectivo olhar, com a imaturidade, a rebeldia e a dependência em relação à família de origem. A dependência financeira pode ser consequência da dependência emocional e da respectiva imaturidade. Igualmente é pontuada uma provável dificuldade de comunicação entre os familiares e as adolescentes, sendo registrada uma resistência das mesmas em seguir as orientações dos mais velhos.

O diálogo é fundamental porque esta “rebeldia” pode se caracterizar em um movimento de contestação dos pais e adultos, na busca da construção da própria identidade. A dependência financeira é apontada como um dos principais empecilhos, haja vista, a interrupção da escolaridade entre as adolescentes e a ausência de entrada no campo do trabalho. Por sua vez, a irmã, talvez mais identificada com a realidade psicossocial da

adolescente, pontua mais aspectos positivos do que negativos, enfocando a superação da ansiedade presente na gravidez, provavelmente relacionada com a expectativa do parto e do dia a dia da criação do filho, no qual o estresse poderia engendrar pensamentos negativos. Sendo e se tornando mãe, parece que a adolescente localiza-se na vida e elabora um projeto de vida à dois, envolvendo ela e o filho. Por fim, todas as entrevistadas pontuam conflitos entre as puérperas e os respectivos maridos, nos quais existe violência verbal. Novamente é enfatizada a imaturidade na negociação das diferenças que geralmente estão presentes nos casamentos.

Finalizando, cumpre destacar que na Atenção Básica, a assiduidade na fase pré-natal tornou-se maior do que na fase pós-natal, havendo dificuldades no plano de trabalho de encontrar os sujeitos, o que pode revelar espaços de invisibilidade no território que precisariam de melhor análise em outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, Mayte Raya et al . A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300004&lng=en&nrm=i so>. Acesso em: 03 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000300004>.

AQUINO, E.; BRANDÃO, E.; HEILBORN, M.L.; KNAUTH, D.; McCALLUM, C.; ROHDEN, F.; SALEM, T.; VICTORA, C.; BOZON, M. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, junho de 2002

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES, Antônio; MATOS, Margarida Gaspar de; DINIZ, José Alves. Estatuto familiar e autopercepção de saúde nos adolescentes. **Temas em Psicologia** - 2011, Vol. 19, no 2, 347 – 360

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Rev Saúde Pública** 2007;41(4):573-81

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; RENNÓ JR., J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiq Clin.** 2010; 37(6) 278-84

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Santa Maria, v. 20, n. 45, p.123-131, jan. 2010.

DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

EDUARDO, Kylvia Gardênia Torres et al. Reações da adolescente frente à gravidez. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.214-220, 2 ago. 2005.

ESTEVES, Janine Raymundi; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de Psicologia** 2005, 10(3), 363-370

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UNB, 2001

GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [goiânia], v. 6, n. 3, p.394-399, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 3 maio 2017.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; 14(1): 151-57

MONTEIRO, Ferreira de Souza et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p.373-376, 4 jul. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA. **Cobertura da Atenção Básica. Secretaria de Saúde**. Olinda: Documento Digitalizado, 2010. 77 pp.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social. Métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA **Diagnóstico Local de Saúde**: Uma análise das diferenças regionais do município de Olinda. Olinda: 2012 In: <http://dpsolinda.com.br/index.html> Acessado: 15/3/2015

SILVA, Luciane Amorim da et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 1, n. 18, p.48-56, 2009

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2006, março-abril; 14(2):199-206

SCHUTZ, A. **On phenomenology and social relations**. Chicago / London: The University of Chicago Press: 1970.

SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

XIMENES NETO, Guimarães et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.279-285, 3 maio 2007.

PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE AS MUDANÇAS, IMPACTOS E RELAÇÕES ENTRE O ESTILO DE VIDA E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 12/08/2020

Moab Duarte Acioli

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4739234093928207>.

Barbara Azevedo Neves Cavalcanti

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5250772374482048>.

Gabrielle Lins Serra

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1791998629163478>.

Lêda Maria de Albuquerque Gondim

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4126541046789047>

Amanda Lucas Freire

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1844481998695134>.

Bianca Victorino Santos de Moraes

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1574530847519665>.

RESUMO: A percepção familiar da gravidez de parente adolescente apresenta relevante papel no processo para que haja um cuidado integral em termos saúde da família. Estudar a percepção dos familiares sobre as mudanças, impactos e relações entre o estilo de vida e a gravidez da adolescente. É uma pesquisa qualitativa, analítica e transversal. O campo foi a Unidade Básica de Saúde COHAB-Peixinhos, em Olinda, Pernambuco. Os sujeitos foram sete parentes de adolescentes que realizavam pré-natal na unidade. Foi aplicada entrevista individual semidirética e realizada uma análise temática de conteúdo. Em se tratando da percepção das mudanças na vida das adolescentes com a gravidez, o discurso dos familiares apresentou os seguintes temas: está havendo uma mudança para melhor, a adolescente continua usando drogas, há esperança de que a adolescente amadureça e que a jovem se mudou de casa. Ao ser abordada a percepção familiar dos impactos da gravidez na vida psíquica da adolescente, detecta-se impacto negativo, desconhecimento por conta da falta de comunicação, outra por desconhecimento da adolescente sobre a realidade da gravidez e, por fim, ter havido mudanças no comportamento agressivo da jovem. Finalmente, a percepção da relação entre o estilo de vida e a gravidez aponta para o fato de que a adolescente costumava sair muito, a adolescente usa ou não usa drogas lícitas e ilícitas, há falta de informação e excesso de liberdade e a adolescente engravidou porque quis. O fenômeno da gravidez na adolescência é complexo tanto pelos aspectos positivos, quanto negativos. O conhecimento da percepção familiar tem importância crucial para o cuidado

de promoção de saúde e de prevenção dos agravos na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: adolescentes; transtornos mentais; gravidez na adolescência.

FAMILY'S PERCEPTION OF CHANGES, IMPACTS AND RELATIONSHIPS BETWEEN LIFESTYLE AND PREGNANCY IN ADOLESCENCE

ABSTRACT: The family perception of pregnancy of an adolescent relative plays an important role in the process so that there is comprehensive care in terms of family health. Study the perception of family members about the changes, impacts and relationships between the adolescent's lifestyle and pregnancy. It is a qualitative, analytical and transversal research. The field was the Basic Health Unit COHAB-Peixinhos, in Olinda, Pernambuco. The subjects were seven relatives of adolescents who underwent prenatal care at the unit. Individual semi-directive interview was applied and a thematic content analysis was carried out. When it comes to the perception of changes in the lives of adolescents with pregnancy, the discourse of the family members presented the following themes: there is a change for the better, the teenager continues to use drugs, there is hope that the teenager will mature and that the young woman has moved From home. When addressing the family perception of the impacts of pregnancy on the adolescent's psychic life, a negative impact is detected, ignorance due to lack of communication, another due to the adolescent's lack of knowledge about the reality of pregnancy and, finally, changes in behavior aggressive young woman. Finally, the perception of the relationship between lifestyle and pregnancy points to the fact that the teenager used to go out a lot, the teenager uses or does not use legal and illegal drugs, there is a lack of information and excessive freedom and the teenager became pregnant because wanted. The phenomenon of teenage pregnancy is complex for both positive and negative aspects. The knowledge of family perception is of crucial importance for the care of health promotion and the prevention of health problems in primary care.

KEYWORDS: adolescents; mental disorders; pregnancy in adolescence.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de desenvolvimento do ser humano que se caracteriza por uma sequência de mudanças nos campos somáticos, cognitivos, psicológicos e sociais, tornando-se um desafio para que o adolescente possa se adequar às cobranças socioculturais (BORGES; MATOS; DINIZ, 2011). Em se tratando da faixa etária, localiza-se entre os 10 e 19 anos, representando 20,8% do total da população de brasileiros, sendo que destes, 10% se encontram entre os 10 a 14 anos e 10,8% entre os 15 a 19 anos (YAZLLE, 2014).

Segundo o Sistema Único de Saúde, o SUS, ao final dos anos noventa, a população feminina entre 10 a 19 anos de idade representava 20 a 30% da população grávida no País. Em 1996, as adolescentes perfaziam um percentual desse total de 25,7% e em 1997, 26,5% (MANDU, 2000).

Autores como Esteves e Menandro (2005) pontuam as complicações na vida da

adolescente por conta da experiência de gravidez, a saber: a) interrupção da condição de adolescente, abreviando experiências e antecipando escolhas; b) abandono da vida escolar por vergonha, proibição, entre outros; c) impacto na qualificação profissional e inserção no mundo do trabalho; d) dificuldades para rearticular a vida sexual e impor limites à fecundidade; e) dificuldades em organizar um grupo familiar com autonomia e independência financeira; f) problemas em elaborar um projeto de futuro; g) probabilidade de desenvolver uma instabilidade conjugal; h) rejeição familiar com empobrecimento posterior; i) vivência de preconceito; j) despreparo em lidar com o bebê; l) risco de comprometimento físico e emocional da saúde mãe e/ou do bebê.

A gravidez como acontecimento estressante intensifica as respostas emocionais variadas que ocorrem junto aos adolescentes, envolvendo ansiedade, excitação, prazer ou labilidade afetiva, alternando motivação e desmotivação. Importante ressaltar que o estresse é mais elevado em função de maior complexidade da sociedade e grau da demanda associado (CAPUTO; BORDIN, 2007).

Além disso, há também a clareza que a adolescente encontra diversas dificuldades na condição de grávida que, com o decorrer do tempo, vão se transformando em algumas exigências sociais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, os estudos, as perspectivas pessoais de cada adolescente e até mesmo as expectativas dos familiares (OLIVEIRA, 1998).

Diante desse quadro, há uma relevante probabilidade das adolescentes grávidas desenvolverem quadros sintomatológicos de depressão, ansiedade e ideação suicida, sendo solicitada uma especial atenção aos profissionais a este grupo populacional (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Silva e Tonete (2006) comentam que a gravidez da adolescente é caracterizada como um problema familiar a ser enfrentado com o suporte deste grupo. As famílias se preocupam e se mobilizam para enfrenta-lo. São destacados aspectos contraditórios depois do “choque”: sentimento de impotência, frustração por conta da interrupção do projeto familiar ou relacionamento instável com pai da criança, ao lado de alegria ou melhora da relação com a família. Em muitos casos, refere-se conformismo.

Em outro estudo, Hoga, Borges e Reberte (2010) comentam certas percepções de familiares diante da gravidez da parenta adolescente. Em se tratando das razões para a gravidez, ela foi entendida como consequência de problemas pessoais, familiares e socioeconômicos enfrentados pelas adolescentes, inclusive sendo mãe, poder sair de casa. Pontos como “namoro precoce” ou “más companhias” também são levantados. Ao serem abordados pontos positivos e negativos do impacto na vida da família e da adolescente, novamente foram enfatizados aspectos positivos e negativos. Entre os pontos positivos, a presença da criança contribui para melhorar o ambiente da família e o amadurecimento “rápido” da adolescente. Entretanto, entre os pontos negativos, destacam-se enfrentamentos como demandas financeiras, local de moradia e de trabalho, impacto no

estudo e nos trabalhos. É notório que a família possui importante papel na compreensão da causa da gravidez na adolescência e da expectativa do futuro educacional e profissional das adolescentes.

Algumas perguntas podem ser entabuladas, a saber: Qual a percepção dos familiares sobre a experiência de gravidez das adolescentes? Qual o entendimento da família sobre o impacto dessa gravidez na vida psíquica da adolescente? Qual a compreensão dos familiares sobre a influência do estilo de vida das adolescentes e esta gravidez?

Portanto, estão sendo estudadas as experiências subjetivamente significativas envolvendo familiares diante da inter-relação gravidez na adolescência e suspeição de transtorno mental. Essas significações dependem do estoque de conhecimentos dos adultos e do fluxo da consciência dos mesmos, através da qual as experiências são percebidas e representadas, através de um ato de reflexão (SCHUTZI, 1970; ALVES; MINAYO, 1994; DUARTE; LEAL, 1998; RABELO, ALVES; SOUZA, 1999; SILVEIRA, 2000).

Trata-se de uma abordagem enfocada por Schutz (1970) no sentido de que a experiência subjetiva individual ocorre na consciência de um sujeito, para quem se manifesta determinado fenômeno e o sujeito passa a ter uma consciência do fenômeno específico. No caso trata-se de um processo de intersubjetividade, familiar e adolescente grávida, onde o adulto enfocará com a sua consciência não apenas o fenômeno da gravidez na adolescência, mas a consciência do adolescente sobre este fenômeno.

Apresenta-se a hipótese de que a experiência de gravidez na adolescência — fase da vida de transição entre a infância e a idade adulta e marcada por imaturidade e transformações biológicas, psicológicas e do respectivo papel social — pode se caracterizar em fator desencadeante ou agravante de sintomas cujo conjunto se configurem em um transtorno mental e do comportamento.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o discurso familiar sobre a experiência de parente adolescente grávida e com suspeitas de sintomas de transtorno mental.

2.2 Objetivos específicos

1o Estudar a percepção dos familiares sobre as mudanças na vida da adolescente com a experiência de gravidez;

2o Pesquisar a compreensão do impacto da gravidez na vida psíquica da adolescente na perspectiva dos familiares;

3o Entender a percepção dos familiares sobre a relação entre estilo de vida da adolescente e a gravidez.

3 I MATERIAL E MÉTODOS

- Tipo de pesquisa

Esta pesquisa é qualitativa, analítica e transversal.

- Campo:

A pesquisa transcorreu no território da Unidade Básica de Saúde COHAB-Peixinhos em Olinda, Pernambuco. O município de Olinda é terceira maior cidade de Pernambuco, apresentando uma população de 397.268 habitantes (IBGE, 2009). Além disso, é o município pernambucano com maior densidade demográfica e a quinta maior densidade demográfica do País (9.122 habitantes por quilômetro quadrado) (PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA: 2010).

-Sujeitos:

No caso da pesquisa qualitativa, não existe uma amostra pré-determinada, entretanto se buscam informantes-chaves, que sejam conscientes sobre o problema enfocado. Outro aspecto relevante é que o critério para o número de sujeitos obedece à saturação das respostas, ou seja, quando começarem a serem repetitivas em alto contingente surge o tempo do término do total das entrevistas (TURATO, 2003)

Entrevistado	Idade	Parentesco com a adolescente grávida	Escolaridade
E1: Luziane	36 anos	Mãe	EF incompleto
E2: Beatriz	38 anos	Tia	EM completo
E3: Lucia	53 anos	Tia	EF incompleto
E4: Isaura	53 anos	Madrinha/Mãe	EF incompleto
E5: Jose	57 anos	Pai	EF incompleto
E6: Carminha	42 anos	Mãe	EF incompleto
E7: Severina	60 anos	Bisavó	EF Incompleto

Quadro 1- Perfil sociodemográfico dos familiares entrevistados.

O critério de seleção dos entrevistados foi ser parente de adolescente grávida pesquisada pelo componente quantitativo do projeto-mãe deste relatório parcial, intitulado “Transtornos mentais em adolescentes grávidas atendidas em unidades de saúde da família em Olinda, Pernambuco: Um estudo epidemiológico e discursivo” e cujos instrumentos diagnósticos (QMPA) indicam suspeição de presença de transtorno mental.

- Instrumentos:

Foi aplicado individualmente um roteiro de entrevista semidiretiva aos familiares das adolescentes grávidas.

- Método de Análise:

Realizou-se uma análise de conteúdo do tipo temática. Segundo Bardin (2011),

o tema é a unidade mínima de significado e pode estar presente em uma palavra, frase ou parágrafo, sendo categorizado como unidade de referência (UR) e posteriormente classificado.

- **Critérios de inclusão:** Serão entrevistadas a partir de um roteiro de entrevista semidiretiva familiares de indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos de idade que se encontram em situação de gravidez, sejam suspeitas de portarem transtorno mental e realizem acompanhamento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde COHAB-Peixinhos em Olinda, Pernambuco

- **Critérios de exclusão:** Familiares de crianças e adultas grávidas e não grávidas acima de 19 anos de idade, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família COHAB-Peixinhos em Olinda, Pernambuco.

- **Critérios Éticos:** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Científico e Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco pela Plataforma Brasil – CAAE: 44008115.8.0000.5206 e cada familiar entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os tópicos apresentados nos resultados são: percepção dos familiares sobre as mudanças na vida das adolescentes com a gravidez, o impacto na vida psíquica das adolescentes e a percepção dos familiares sobre a relação entre o estilo de vida e a gravidez.

4.1 Percepção das mudanças na vida social da adolescente com a gravidez.

Os subtemas presentes em percepção das mudanças na vida da adolescente com a gravidez são: está mudando para melhor (3UR); e com 1 UR a adolescente continua usando droga; espera que a adolescente amadureça e mudou-se de casa.

Em se tratando do subtema “está mudando para melhor” (3UR), um familiar relata o seguinte:

Eu tou achando que tá (mudando), viu? Para melhor. Porque ela saia para muitos bregas, deixava o menininho comigo. Sexta, sábado e domingo era os dias para ela ir pro brega... Beber e se drogar. (...) Está em casa! Graças a Deus! (Isaura: Madrinha/Mãe)

A familiar interpreta que existe melhora porque a adolescente passa mais tempo em casa, estando afastada dos “bregas”, lugar de risco para o consumo de drogas pesadas, o que preocupa esses familiares. Segundo a madrinha/mãe, a adolescente mora no “barraco de cima”, enquanto a familiar no “barraco de baixo”. Nesse sentido, somente o fato da adolescente passar mais tempo em casa já indica essa melhora, mesmo que a entrevistada desconheça as respectivas condições de vida por conta de uma aparente carência de

diálogo entre ambas. Esse desconhecimento pode ser deduzido ainda no relato da mesma entrevistada, em outro trecho enfocando o subtema “a adolescente continua consumindo drogas” (1UR), sendo narrado o seguinte:

(Ela consome grávida) Só maconha, e cigarro e bebe. (...) Eu sei tudo da vida dela (risos). [...] Conversamos (muito) Sempre tento aconselhar ela. (Isaura: Madrinha/Mãe)

Nessa perspectiva, a familiar desconhece ou minimiza os riscos do consumo de maconha, cigarros e bebidas alcoólicas para a gravidez da adolescente. A de se pensar se o entendimento da nocividade se aplica apenas a drogas mais pesadas como o crack. Por outro lado, a familiar relata saber tudo da vida da adolescente, vindo a elogiar a filha ao longo da entrevista, apesar dos gritos que levou da adolescente quando esta chegou à unidade de saúde da família e não queria ser entrevistada. Em síntese, para Isaura não há percepção de maiores problemas em relação à adolescente. É possível que essa familiar esteja se utilizando de um mecanismo de defesa que tem a função de proteger o indivíduo da vivência de estados negativos intensos e crônicos. Geada (1996) comenta que os exemplos mais comuns de mecanismo de defesa são a negação, que consiste em uma modificação ou distorção inconsciente para o indivíduo da percepção da realidade e a repressão, que se traduz na remoção para o inconsciente de sentimentos, pensamentos ou memórias associadas a experiências traumáticas.

Sobre o subtema “mudou-se de casa” (1UR), um familiar relata o seguinte:

Normal, né? Primeira gravidez ela ficou em casa e tudinho. A gente cuidou dela. Agora ela indo pra lá, (na casa do pai da criança) a gente nem tá convivendo muito. Ela tá lá né. (...) Ela tá feliz (silêncio). (Luziane: Mãe)

A genitora considera “normal” na primeira gravidez da adolescente ela estar em casa e na segunda estar na casa do companheiro, demonstrando certa indiferença afetiva, ou seja, tanto quanto fez. Informações da profissional de uma agente comunitária de saúde da unidade informam sobre para uma estrutura disfuncional entre estes familiares. São cinco gerações. Todas tiveram muitos filhos na adolescência. A própria entrevistada chegou a doar filhos para outros. Por sua vez, a avó da entrevistada — no caso, a bisavó da adolescente — costumava levar as netas para se prostituírem. Trata-se de uma família que se encontra em situação de pobreza grave e sobre isso, Pessalacia, Menezes e Massuia (2010) apontam que a disfunção familiar está diretamente influenciada pela desigualdade social, política e econômica, alterando a dinâmica da família. Nessa situação há um aumento do número de crianças e adolescentes em situações de risco social e pessoal, incluindo a gravidez precoce.

Em se tratando do último tema do presente item “espera que a adolescente amadureça” (1UR), uma familiar comenta o seguinte:

Ela tem que amadurecer mais agora, né? Principalmente que agora são dois filhos, não é um. Então ela fica no segundo plano ou no terceiro. [...] Eu tenho pra mim que seja pra melhor, né? Não é possível... né? Só se a pessoa não quiser mesmo nada com sua vida, né? (...) Ela caiu mais em si, né? Das burradas que ela fez. Não assim, pela criança, não tou falando da parte de criança não... Se dá um jeito, se cria, mas assim, a vida dela em si. [...] Tem que ter mais responsabilidade... É aquela coisa, né? Que os filhos às vezes não querem escutar. (Beatriz: Tia).

A entrevistada é tia da adolescente em cuja casa ela e o seu primeiro filho passam a maior parte do tempo. Na casa da tia também mora uma prima da adolescente que do mesmo modo engravidou nessa fase da vida. A mãe da adolescente trabalha como empregada doméstica para sustentar a filha e o neto e por isso não tem muito contato com a filha. O pai da adolescente era violento e está ausente desde a primeira infância de sua filha. A tia comenta que a adolescente cometeu muitos erros, mas agora está mais consciente. A entrevistada tem esperanças de que ela cuide mais dos filhos depois dessa segunda gravidez.

Esteves e Menandro (2005) também comentam que entre mulheres de baixa renda grávidas na adolescência, há um contingente que passou a agir de forma considerada mais responsável, como a procura de um emprego para suprir as necessidades diversas, incluindo as da criança, e o desejo de voltar às atividades escolares, visando uma vida melhor para si e para os filhos.

No próximo item será discutida a percepção familiar dos impactos da gravidez na vida psíquica da adolescente.

4.2 A percepção familiar dos impactos da gravidez na vida psíquica da adolescente.

Há os seguintes subtemas: a gravidez impactando negativamente (6UR); desconhecem porque a adolescente não conversa com os familiares (3UR); a adolescente ainda não está vivenciando a realidade da gravidez (2UR); houve alterações no comportamento agressivo da adolescente (2UR).

Dentro da categoria “a gravidez impactando negativamente”, um familiar relatou o seguinte:

Estressada ela é. Aumentou um pouco. [...] às vezes ela é triste [...] durante o dia, ela vem, mas a noite lá (dorme na casa do companheiro). Ela vem assim... Mas ela é muito fechada comigo. [...] Ela é um pouco triste e um pouco feliz. Ela perdeu o pai muito nova, também. Ai foi eu sozinha pra tudo, pra ela. Ela é tímida, ela é calada. E não se abre muito. Ela é mais triste [...] veio com tudo e ela era muito nova. Treze anos! A pessoa com treze anos engravidar... Ela esta com vinte agora. (Carminha: Mãe)

A mãe refere que a adolescente durante esta segunda gravidez esta mais estressada. Passa o dia na casa da genitora e a noite dorme na casa do companheiro. Existe pouco

diálogo com a mãe. A adolescente perdeu o pai, muito nova, e a mãe cuidou dela sozinha. A entrevistada destaca que a adolescente também é triste, e a ocorrência da primeira gravidez aos treze anos de idade “veio com tudo”. Dias e Teixeira (2010) comentam que entre as complicações médicas na gravidez na adolescência estão as tentativas de aborto, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré) eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto. Por outro lado, Freitas e Botega (2002) constataam a significativa frequência de quadros de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes de um modo geral e recomendam aos profissionais de saúde detectarem a presença de ideias depressivas em adolescentes grávidas.

Em se tratando do subtema “desconhecem porque a adolescente não conversa com os familiares”, há o seguinte relato de uma outra mãe:

Eu não sei, eu não sei. Isso aí, eu não tenho como dizer (sobre o estado de felicidade da filha). [...] é muito difícil ela tá em casa. [...] (Ela) Se abre não... Fala é nada. Ela é muito calada. [...] Sempre foi assim. [...] Rapaz... Eu não me incomodo não. Isso é com ela mesmo. Não diz o que é que sente, o que é que não sente. Ela não conta nada, nada do que acontece com ela. Eu tou é mais preocupada com o menino. (Luziane: Mãe)

Esta outra mãe responde que desconhece o impacto da gravidez na vida psíquica da filha porque essa se comunica pouco com a entrevistada. A postura desta genitora durante as entrevistas caracterizou-se por uma continuação de indiferença pela qualidade da vida da filha. Responde que não se incomoda com a ausência de comunicação entre ambas por ser um problema da filha. Percebe-se que essa falta de comunicação pode ter interferido no bom relacionamento intrafamiliar e no desenvolvimento psíquico, físico, social e também sexual da adolescente. Para Monteiro et al. (2007) uma das formas de violência intrafamiliar percebida antes e após a gravidez da adolescente é a ausência de diálogo com seus familiares, incluindo assuntos como sexualidade e contracepção.

Sobre o subtema “houve alterações no comportamento agressivo da adolescente”, um familiar relata o seguinte:

Ela sabe que vem aí uma responsabilidade. A gente sempre fala. A gente sempre comenta. Eu e a mãe dela ou o pai. [...] Não, assim, às vezes eu brinco dizendo com ela: “Olha (menina), a tua ficha ainda não caiu, (menina)”. Tu tá esperando um bebê. Tu tá grávida. [...] Quando você tá grávida, você fica mais sentimental, né? Mas até aqui eu não notei nada não... É normal demais (Lucia: Tia).

A tia relata que procura conscientizar a adolescente da condição de gravidez. Observa que ela está “normal demais”, ou seja, não se mostra sentimental, o que seria comum para uma mulher grávida pela primeira vez. Isso está representado pela imagem de que “a ficha não caiu”, então, pode-se pensar que a adolescente ainda não está “ligada”. Aberastury e Knobel (1981) dizem que algumas condutas encontradas em adolescentes normais são típicas de psicopatias, mesmo que nem todos os adolescentes que apresentem

essas condutas sejam psicopatas. Entre elas podem existir indiferença afetiva e falta de responsabilidade com os objetos e as pessoas no mundo. Entretanto, entre esses adolescentes pode haver uma polaridade entre esta indiferença quase absoluta e crises passionais.

Dentro do último subtema “houve alterações no comportamento agressivo da adolescente”,(1UR), mas outro familiar relata:

Ela é muito nervosa e muito agressiva. Ela não sabe se expressar com ninguém! Não sabe falar. Eu digo a ela que ela tem que aprender a falar com as pessoas. [...] Ele responde tudo. [...] Antes, ela já era assim! Agora com a gravidez juntou tudo e fez um prato só. [...] Sobre o psicológico dela, eu acho ela muito agressiva. Eu como bisavó dela eu tenho até medo. Medo. (Severina: Bisavó).

A bisavó enfatiza que a adolescente, além de nervosa, é agressiva, comunicando-se de modo bastante grosseiro com os familiares. A gravidez, de acordo com o relato, potencializou a intensidade desses comportamentos, expressando a entrevistada sentimento de medo diante da bisneta. Guimarães e Pasian (2006) comentam que a agressividade estaria relacionada a conflitos despertados pelo ambiente interpessoal, que, associados ou não a um comprometimento neurológico ou orgânico, agem fortalecendo os impulsos agressivos, os quais quando não regulados podem originar comportamentos de risco psicossocial. Em outro viés, Brêtas e Silva (2005) relatam através de uma prática realizada que a capacidade de ouvir os adolescentes é necessária para trabalhar e se relacionar bem com eles. Quando isso ocorre, a experiência demonstra que a imagem do “adolescente agressivo” ou do “aborrecente” é, ela própria, uma visão superficial. Em uma relação íntima, gera-se a cumplicidade.

No próximo item será discutida a percepção da relação entre o estilo de vida e a gravidez.

4.3 Percepção da relação entre o estilo de vida e a gravidez:

Em se tratando da percepção familiar da relação entre estilo de vida e gravidez, existem os seguintes subtemas: adolescente costumava sair muito (6UR); adolescente não bebe, não fuma, não consome outras drogas (3UR); adolescente bebe e/ou fuma e/ou consome outras drogas (2UR); liberdade e falta de informação (2UR); amigos prejudiciais (2UR); adolescente ameaça doar a criança (1UR); adolescente engravidou porque quis (1UR).

Destacando-se dentro da categoria “adolescente costumava sair muito”, um familiar relata o seguinte:

De lazer? Dançar e ir para uns pagodes. Eu só via os camaradas ligando pra ela de meia noite, uma hora. E ela na rua! Passava o dia na rua! Eu dizia: menina, pra onde tu vai? Uma hora da madrugada. Ai ela: “Ah! Mas tem gente me esperando”. Era assim, a vida... Era banda voou mesmo! (Severina:

A bisavó da adolescente criticava esse comportamento antes da gravidez, pois a sua vida era ir para os pagodes, receber telefonemas de uns “camaradas” e sair de casa de madrugada. A idosa considera que a vida da adolescente era completamente largada. Para Pratta e Santos (2007) durante a adolescência é normal querer sair sozinho com os amigos, frequentar lugares diferentes e possuir horários diversificados para praticar atividades. Tem sido dada uma importância às atividades exercidas pelos adolescentes, já que foram observadas relações entre elas e diversas situações de risco, nocivas à saúde do próprio indivíduo ou de outra pessoa, como o uso de drogas.

Ao comparar a categoria “adolescente não bebe, não fuma, não consome outras drogas” percebe-se que essa possui um maior número de relatos (3UR), do que a categoria “adolescente bebe e/ou fuma e/ou consome outras drogas” (2UR), totalizando cinco relatos. Diante do espaço que o consumo de drogas ocupa na realidade sócio comunitária dos familiares, pode-se perguntar se existe desconhecimento desse consumo pelos adolescentes por parte dos entrevistados.

Torres, Davim e Nobrega (1999) discutem que o uso de drogas, lícitas e ilícitas, na adolescência, assim como a atividade sexual precoce e as doenças sexualmente transmissíveis, é um dos agravos que podem gerar vulnerabilidade, entre os adolescentes que se encontram em uma etapa da vida decisiva e conflitante. Pode propiciar crises de ansiedade, debilidade física e mental dos mesmos e a maternidade e paternidade precoces.

Dentro do subtema “liberdade e falta de informação”, um familiar relata: “Acho que depende muito da cabeça de cada um, depende muito de sei lá... Educação, liberdade, que tá tão aberta, né. E falta de informação, acho que isso foi que faltou.” (Lucia: Tia)

O familiar reconhece a importância da informação como fator de proteção em relação à gravidez na adolescência, considerando, ainda, a existência de um excesso de “liberdade” o que implica em faltas de limites e dificuldades no controle do comportamento da adolescente. Por outro lado, Dadoorian (2003) indica que as causas da gravidez na adolescência não se referem exclusivamente à desinformação sexual, mas a um conjunto de fatores, como o desejo de ter um filho na adolescência, seja para a adolescente testar a sua feminilidade através da sua capacidade reprodutiva, seja pelo próprio desejo de ter um filho. Para Moreira et al. (2008) muitas meninas engravidam porque desejam, acreditando que é a vontade do namorado ou para adquirir liberdade da casa dos pais - querem ser vistas como adultas.

No que concerne ao subtema “amizades prejudiciais”, há o seguinte relato:

As amigadas dela... Nenhuma prestava. Tudo gente errada. Fuma, bebe, gosta de pegar no que é dos outros. Graças a Deus, ela nunca gostou. Um já morreu. Tráfico e essas coisas assim. O povo foi preso (Isaura: Madrinha/Mãe).

A madrinha afirma que a adolescente possuía amizades prejudiciais, envolvidas com drogas e com o crime. A familiar se mostra aliviada, pois declara que a adolescente não participa da criminalidade. Para Silva et al. (2006), os familiares se preocupam em relação ao futuro dos filhos, sendo que as amizades e as drogas sinalizam “perigos potenciais” para realização das expectativas criadas.

No subtema “a adolescente ameaça a doar a criança”, um familiar diz o seguinte:

[...] ela não quer assumir (a criança). Ela quer dar ou a mim ou à mãe, o filho. [...] Ela não tem paciência com a irmã. Ela diz que sai de casa por causa dela [...] Ai (adolescente) fala: “Ela quer que eu fique aqui pra cuidar da filha dela. Eu já vou dar o meu”. Eu tenho certeza, meu Deus, essa menina não tem nem onde cair morta. [...] Ela já disse que ia dar pra mim pra criar. “Pode se preparar, porque se tiver chorando, eu dou”. Ai eu pergunto: “(Pseudônimo: Andressa) como tu vai ser mãe e antes de nascer tu já tá falando isso? Ai ela diz que (o filho) leva pau. [...] Ela diz que o filho é dela e ela faz o que quiser. Eu tenho medo. Ela é muito agressiva (Severina: Bisavó).

Bisavó expressa o seu medo diante da ameaça da adolescente em doar a criança que irá nascer. De acordo com a familiar, a bisneta sai de casa porque não tem paciência com a sua irmã mais nova e não deseja ficar cuidando dela. E, por conta dessa falta de paciência com crianças, irá doar o seu filho caso ele esteja chorando. Silva e Salomão (2003) constataram que a imaturidade e a impaciência das adolescentes para com seus bebês foram observadas e relatadas, com uma frequência significativa, pelas avós das crianças. Além disso, foram notificadas pelos autores citados ações violentas por parte das adolescentes com as crianças, como bater, querer jogar a criança fora, se afastar da criança por não querer ouvir seu o choro.

Dentro da categoria “a adolescente engravidou porque quis”, um familiar relata:

Ela fez porque ela quis. Eu acho que cada um faz o que quer! Eu não vejo uma criança, eu vejo uma mulher que... Decidiu a vida dela. Pelo menos foi por um caminho, né ... Contra a mãe... As escolhas foram dela. Mesmo que diga: não, não, não. Se quiser ir pro outro lado, ai faz (Beatriz: Tia).

A tia afirma que a adolescente engravidou por vontade própria, contrariando ao desejo da sua mãe. Para Neto et al. (2007), de acordo com estudo levantado, os motivos que levam as adolescentes à gravidez englobam quatro aspectos principais: o primeiro, o desejo de ser mãe; o segundo envolve a não utilização de práticas preventivas; o terceiro está associado à falta de cuidados e, por ultimo, algumas adolescentes referem que planejaram com o parceiro, a gravidez.

5 | CONCLUSÃO

Através da análise da percepção das mudanças na vida da adolescente com a gravidez, percebe-se que a maior parte dos familiares entrevistados considera que houve

uma melhora na vida das mesmas. Há também, uma esperança de que essas adolescentes continuem amadurecendo, já que adquiriram responsabilidades ausentes anteriormente, tendo passado mais tempo em casa, evitando o contato com situações de riscos. Contudo, é importante salientar que alguns familiares desconhecem a realidade da adolescente, seja pela falta de diálogo eficiente, seja pela indiferença afetiva oriunda de uma família disfuncional ou por mecanismos de defesa utilizados por parte da família como a negação.

Sobre a percepção familiar dos impactos da gravidez na vida psíquica da adolescente, nota-se que todos os entrevistados relataram algum impacto negativo, como o aumento do estresse – contrariando o item supracitado, o qual a maior parte afirmava haver melhoras na vida da jovem de uma forma geral. Assim como no trecho destacado da entrevista com uma mãe, Dona Carminha, percebe-se que na maior parte do tempo as adolescentes estão tristes, apesar de em outros momentos se mostrarem alegres. Algumas dessas adolescentes também se apresentam indiferentes a toda a situação, como revela o trecho com uma tia, Dona Lúcia, ou agressivas conforme o trecho de uma bisavó, Dona Severina. Dessa forma, a tristeza, o estresse, a indiferença e a agressividade são sentimentos corriqueiros entre as adolescentes grávidas. Apesar de serem sintomas de algum transtorno mental, não necessariamente essas adolescentes se encontram nessa situação. Há também o fato de que algumas adolescentes não conversam com os familiares e, por isso, esses não sabem informar sobre a situação da saúde mental da adolescente. O diálogo pobre, entre familiares e adolescentes, é uma situação bastante vivenciada em famílias disfuncionais, algumas vezes associadas com a situação de pobreza.

Ao se tratar da percepção do familiar da relação do cotidiano com a gravidez, buscaram-se quais aspectos da rotina da adolescente podem ter influenciado essa a ficar grávida, incluindo o ambiente que essa se encontrava, as amizades, os familiares, entre outros. Alguns familiares relataram que não acreditam que algo externo a tenha influenciado, mas o fato de ela estar grávida depender somente da adolescente, como relatado na entrevista com uma tia, Dona Beatriz: “Ela fez porque ela quis”. Foi observado, também, que, apesar das informações e dos conselhos dados pelos familiares, algumas adolescentes engravidam, pois é o que realmente desejam. Já outros familiares são bem convictos de que um conjunto de fatores influenciou na gravidez da adolescente, como expressado pela tia, Dona Lúcia, dentro da categoria “liberdade e falta de informação”. Apesar das divergências, a maior parte dos entrevistados relatou que a adolescente costumava sair muito, passar o dia na rua e frequentar diversas festas. Sabe-se que nessas festas há um maior contato com drogas, amizades prejudiciais, atividades sexuais sem métodos anticoncepcionais e outros fatores de riscos – citados pelos entrevistados. Sobre isso, há a ciência de que esses fatores podem corroborar com a gravidez precoce.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. ; KNOBEL, M. **adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Artmed: Porto Alegre, 1981.

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES, Antônio; MATOS, Margarida Gaspar de; DINIZ, José Alves. Estatuto familiar e autopercepção de saúde nos adolescentes. **Temas em Psicologia** - 2011, Vol. 19, no 2, 347 – 360

BRETAS, José Roberto da Silva; SILVA, Conceição Vieira da. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. **Acta**, [sao Paulo], p.326-333, 2005.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Problemas de saúde mental

entre jovens grávidas e não-grávidas. **Rev Saúde Pública** 2007;41(4):573-81

CASA BRASIL: Nascledouro Peixinhos (s/d) In: <https://casabrasilpeixinhos.wordpress.com/o-bairro/> Acessado em 13/3/2015

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 84-91, Mar. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000100012>.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, [s. L.], p.123-131, 2010.

DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESTEVES, Janine Raymundi; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de Psicologia** 2005, 10(3), 363-370

FABREGA JR., H. The need for na ethnomedical science: the study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences. **Science**. (189):969–974, 1989.

FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48(3): 245-9

GEADA, Manuel. Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. **Análise Psicológica**, Lisboa, p.191-201, 1996.

GUIMARÃES, Nicole Medeiros; PASIAN, Sonia Regina. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p.89-97, 2006.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; 14(1): 151-57

MANDU, Edir Nei Teixeira. Gravidez na adolescência: um problema? In: RAMOS, Flávia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCKE, Roseane Gonçalves. **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEN/MS, 2000 In: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3441.pdf>

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm Usp**, [s. L.], p.312-320, 2008.

OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Gravidez na Adolescência**: Dimensões do problema. Cadernos CEDES. Campinas, v.19, n.45, Jul.1998.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Bio&thik05**;, Centro Universitário São Camilo, p.423-430, 2010.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Lazer e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência: Possíveis Relações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. L.], v. 23, p.43-52, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA. **Cobertura da Atenção Básica. Secretaria de Saúde**. Olinda: Documento Digitalizado, 2010. 77 pp.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA. **Olinda em dados**. Olinda: Prefeitura Municipal. In: <http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>. Acessado em 27/10/2014

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA **Diagnóstico Local de Saúde**: Uma análise das diferenças regionais do município de Olinda. Olinda: 2012 In: <http://dpsolinda.com.br/index.html> Acessado: 15/3/2015

SILVA, Eroy Aparecida da et al . Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 41-54, 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jul. 2016.

SILVA, Deusivania Vieira da; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, [s. L.], p.135-145, 2003.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2006, março-abril; 14(2):199-206

SCHUTZ, A. **On phenomenology and social relations**. Chicago / London: The University of Chicago Press: 1970.

SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, p.47-53, 1999.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna**: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VAN DIJK, T. Semântica do discurso e ideologia. In.: PEDRO, Emilia Ribeiro (org). **Análise crítica do discurso**. Lisboa: Editorial Caminho, 1997.

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 28(8), 443-445.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, Brasília, p.279-285, 2007.

CAPÍTULO 14

RISCO DE TRANSTORNOS MENTAIS DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS E NÃO GRÁVIDAS ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM OLINDA, PERNAMBUCO

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 12/08/2020

Moab Duarte Acioli

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4739234093928207>.

Gabrielle Lins Serra

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina) Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1791998629163478>.

Barbara Azevedo Neves Cavalcanti

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5250772374482048>.

Bianca Victorino Santos de Moraes

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1574530847519665>.

Lêda Maria de Albuquerque Gondim

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4126541046789047>.

Amanda Lucas Freire

(Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Medicina)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1844481998695134>.

RESUMO: A adolescência é uma fase composta por um período de rápidas e intensas transformações biológicas, mentais, afetivas, sociais e sexuais, fazendo-se necessária constantes ajustamento dos sujeitos nela envolvidos. Esses ajustes, podem vir a ser experiências estressógenas próprias da adolescência, que podem acarretar transtornos mentais e no comportamento em indivíduos predispostos. Merece destaque a gravidez e suas implicações na vida da adolescente. **OBJETIVO:** Estudar o risco de prevalência de transtornos mentais entre adolescentes grávidas e não grávidas atendidas em Unidades Básicas de Saúde em Olinda, Pernambuco. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, analítico e transversal. A amostra incluiu 44 adolescentes entrevistadas, sendo 22 grávidas e 22 não grávidas acompanhadas pelas UBS de Peixinhos, Salgadinho, Vila Popular e Ilha de Santana, em Olinda. Foram aplicados o Questionário de Dados Sociodemográficos e Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adulto (QMPA), sendo este sugestivo de suspeição de transtornos mentais. **RESULTADOS:** Dentre as 22 entrevistadas, 14 apresentaram indícios de sintomas de transtorno mental, sendo o risco relativo de suspeição de transtorno mental de uma grávida para uma não grávida. Entre as 14 grávidas, existiram sintomas de Álcool e Drogas em 8 delas, sendo em 6 associado a Ansiedade e Depressão juntas, ou separadamente em um caso cada, sendo a Relação de Prevalência (RP) de 1,49 grávida para não grávida. No caso da RP de Ansiedade e Depressão é 1,66 não grávida para 1 grávida. 23,4% relatam fazer uso regular de preservativos,

embora mais de 90% tenha recebido informações acerca dos riscos e prevenção de DST/AIDS. **CONCLUSÃO:** A experiência de uma gravidez indesejada na adolescência, levando em consideração ainda o meio em que estão inseridas as jovens em questão, gera, por muitas vezes, transtornos que vão refletir de forma direta na vida dessa adolescente, dos seus familiares, companheiro e amigos.

PALAVRAS - CHAVE: gravidez na adolescência; atenção primária à saúde; saúde mental.

RISK OF MENTAL DISORDERS OF MENTAL DISORDERS AMONG PREGNANT AND NON-PREGNANT ADOLESCENTS SERVED IN BASIC HEALTH UNITS IN OLINDA, PERNAMBUCO

ABSTRACT: Adolescence is a phase composed of a period of rapid and intense biological, mental, affective, social and sexual changes, requiring constant adjustment of the issues involved. These adjustments may turn out to be stressful experiences typical of adolescence, which can cause mental and behavioral disorders in predisposed individuals. Pregnancy and its outcome in the adolescent's life are noteworthy. **OBJECTIVE:** To study the risk of prevalence of mental disorders among pregnant and non-pregnant adolescents attended at Basic Health Units in Olinda, Pernambuco. **METHOD:** Quantitative, analytical and cross-sectional study. The sample included 44 adolescents interviewed, 22 pregnant and 22 non-pregnant accompanied by the UBS of Peixinhos, Salgadinho, Vila Popular and Ilha de Santana, in Olinda. They were the Sociodemographic Questionnaire and the Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA), which is suggestive of suspected mental disorders. **RESULTS:** Among the 22 interviewees, 14 indications of symptoms of mental disorder, with the relative risk of suspected mental disorder from a pregnant to a non-pregnant. Among the 14 pregnant, there were symptoms of alcohol and drugs in 8 of them, with 6 associated with Anxiety and Depression together, or in one case each, with the Prevalence Ratio (PR) being 1.49 pregnant to non-pregnant. In the case of Anxiety and Depression PR it is 1.66 not pregnant for 1 pregnant. 23.4% report using condoms regularly, although more than 90% have information on the risks and prevention of STD / AIDS. **CONCLUSION:** The experience of an unwanted pregnancy in adolescence, taking into account also the environment in which they are inserted as young people in question, often generates disorders that will directly reflect on the life of this teenager, her family, partner and friends.

KEYWORDS: pregnancy in adolescence; primary health care; mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Entre os principais transtornos mentais e do comportamento entre adolescentes são citados transtornos de ansiedade, humor, alimentares, os que envolvem o uso de substâncias psicoativas, de conduta e transtornos psicóticos (EBERT; LOOSEN; NURCOMBEN, 2002; GELDER, MAYOU; COWEN, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007).

A adolescência é definida como um período de vida situado entre os 10 e 19 anos, caracterizado por mudanças físicas, psicológicas, sexuais e processos de integração e adaptação sociocultural, atingindo 20,8% da população brasileira, estando 10% entre os 10 a 14 anos e 10,8% entre os 15 a 19 anos (YAZLLE, 2014).

De acordo com Mello Filho (1992), refere-se a uma faixa etária marcada por significativas experiências de estresse e como um processo de natureza somática, subjetiva ou social, baseado em uma soma de reações a determinados estímulos que propiciam um desequilíbrio no organismo de forma danosa.

Entre essa experiência de estresse na adolescência, pode ser incluída ainda a experiência da gravidez. Analisando dados do Sistema Único de Saúde ao final do século XX, Mandu (2000) informa que se estima que mulheres com a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade totalizam de 23 a 30% do total das gestações no Brasil. No ano de 1996, as adolescentes eram 25,7% do total de partos no País, e no ano seguinte, em 1997, o percentual subiu para 26,5%.

Por sua vez, Holmes (2001) e Dalgarrondo (2008) discutem o modelo diátese-estresse no desenvolvimento dos transtornos mentais e do comportamento. A diátese corresponde ao fator predisponente, ou seja, a existência de uma condição de possibilidade genética ou de vulnerabilidade psíquica decorrente das experiências de vida. Em se tratando do fator desencadeante, ele é um fato ou conjunto de fatos que ocorrem temporalmente próximos ao surgimento do transtorno, sendo considerado contribuinte para o desencadeamento do transtorno por causa de sua condição de estresse.

No atual plano de trabalho, parte-se do pressuposto que a vivência de uma gravidez na adolescência pode se caracterizar como um fator desencadeante ou agravante de sintomas que façam parte de um transtorno mental e do comportamento. Freitas e Botega (2002) destacaram significativo quadro de depressão, ansiedade e ideação suicida entre adolescentes grávidas, recomendando aos profissionais de saúde, uma atenção especial para a presença desta morbidade na faixa etária pesquisada. Esses resultados são correlatos, aos de Caputo e Bordin (2007) que encontraram mais sintomas de depressão, ansiedade e tabagismo entre adolescentes grávidas do que não grávidas.

Pesquisas realizadas em países como o Chile, foram encontrados ao final dos anos noventa do século XX por Vera Muñoz, Gallegos e Valera Guzmán (1999), um percentual de 18% de transtornos mentais entre adolescentes grávidas. Metade dessas gravidezes foram acidentais, fazendo com que haja dificuldade na qualidade da relação posterior com os respectivos parceiros. Entre os principais fatores psicossociais estudados, estavam a escolaridade baixa, a falta de autonomia econômica e vida sexual precoce e sem proteção.

Por ser um problema social, ocorrem alterações nos projetos de vida e projetos escolares entre jovens de classe média, acompanhados irregularidade na carreira profissional entre jovens de classe popular (HEILBORN, 2002). Associado ao início precoce da atividade sexual, muitas vezes sem o cuidado necessário, surge a gestação não planejada, o que não se consegue prevenir com a escolaridade e o conhecimento sobre vida sexual. Além disso, mesmo com a experiência estressógena não se consegue evitar a repetição da gravidez com o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável (CHALEM et al., 2007).

O suporte da família é fundamental, porém por vezes se mostra sem poder para ajudar na prevenção da gravidez e muitas vezes fica dividida entre sentimentos de alegria com a chegada do recém nascido e de tristeza, com a modificação no projeto de vida da adolescente, em sua maioria sem um relacionamento estruturado com o pai da criança.

Desta maneira, o plano de trabalho fundamenta-se em duas perguntas-chave: Quais são os transtornos mentais presentes em adolescentes grávidas em um território sob a cobertura do Programa de Saúde da Família? Qual o perfil sociodemográfico e familiar das unidades domésticas onde moram as adolescentes?

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar o risco de prevalência de transtornos mentais entre adolescentes grávidas e não grávidas atendidas em Unidades Básicas de Saúde em Olinda, Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

1o Pesquisar o Risco Relativo e o Risco Atribuível entre as adolescentes grávidas e não grávidas em Unidades Básicas de Saúde sobre a suspeição de transtorno mental;

2o Comparar a suspeição de transtornos mentais entre adolescentes grávidas e não grávidas em Unidades Básicas de Saúde, em Olinda Pernambuco;

3o Relacionar os principais grupos de sintomas entre adolescentes grávidas e não grávidas em Unidades de Saúde em Olinda.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa é quantitativa, analítica e transversal.

3.2 Campo

A pesquisa está sendo realizada no território adjacente às Unidades Básicas de Saúde Salgadinho, COHAB – Peixinhos, Vila Popular, Ilha de Santana e Salgadinho, em Olinda, Pernambuco. De acordo com a Prefeitura Municipal de Olinda (2014), o município conta com uma população de 397.268 habitantes (IBGE, 2009), vindo a ser o município do Estado com a maior densidade demográfica e a quinta densidade do Brasil (9.122 habitantes por quilômetro quadrado).

3.3 Amostra

Esta pesquisa se caracteriza por amostra de conveniência, caracterizada por obedecer a algum tipo de conveniência de quem forma a amostra, de quem vai participar da amostra ou de ambos.

Foram entrevistadas 44 adolescentes, sendo 22 grávidas e 22 não grávidas. Entre

as grávidas, 1 possui 15 anos, 11 se encontram na faixa entre 16 e 18 anos e 10 com 19 anos. Entre as não grávidas, 5 se encontram na faixa entre 11 e 13 anos, 10 entre 14 e 16 anos e 7 entre 17 e 19 anos. Desse grupo de entrevistadas, 14 adolescentes são moradoras de Salgadinho, sendo 7 grávidas e 7 não grávidas, 18 são de Peixinhos, sendo 9 grávidas e 9 não grávidas, 4 são de Vila Popular, sendo 2 grávidas e 2 não grávidas e 8 são moradoras de Ilha de Santana, sendo 4 grávidas e 4 não grávidas. Além disso, entre as grávidas, 3 apresentavam Ensino Fundamental Completo, 7 apresentavam Ensino Fundamental Incompleto, 4 apresentavam Ensino Médio Completo, 7 apresentavam Ensino Médio Incompleto e 1, Ensino Superior Incompleto. Ainda sobre escolaridade, agora relacionado as não grávidas, 3 apresentavam Ensino Fundamental Completo, 9 Ensino Fundamental Incompleto, 2 Ensino Médio Completo e 8 apresentavam Ensino Médio Incompleto. Entre as grávidas, 15 relatavam estar com união estabelecida, 7 sem união e nenhuma era viúva ou separada. Já entre as não grávidas, 7 estavam em união, 15 sem união e nenhuma era viúva ou separada.

3.4 Instrumentos

Foi utilizado um Questionário Sociodemográfico envolvendo parentesco na família, estado civil, idade, grau de instrução, religião, ocupação e renda familiar. O Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adulto (QMPA) é um instrumento diretivo constituído por 44 perguntas que cabem como resposta sim ou não. Houve uma validação realizada por Santana (1978; 1997), caracterizando-o como um “screening” para suspeita de transtornos mentais, tendo como ponto de corte o número. Autores como Andreolli et al (1994;1998) entre outros, desenvolveram uma respectiva análise fatorial, permitindo reunir “clusters”, passíveis de categorização, tais como: ansiedade/somatização; irritabilidade/depressão; deficiência mental/transtorno de ansiedade; alcoolismo/drogas; exaltação do humor; transtorno da percepção; conversão/convulsão; descontrole emocional; comportamento bizarro; realização atual de tratamento. Por sua vez, Acioli et al. (2010) aplicaram o mesmo instrumento junto a campesinato indígena em Pernambuco, encontrando os seguintes resultados agrupados: ansiedade/somatização/depressão; alcoolismo: transtorno psicótico; irritabilidade; exaltação do humor: tratamento; retardo mental/epilepsia.

3.5 Método de Análise

Será feita uma análise a partir do software Excell 2016 que é dirigido para as Ciências Sociais, igualmente podendo ser utilizado pelos estudos epidemiológicos. Para tanto, podem existir técnicas estatísticas básicas (aplicadas, por exemplo, na epidemiologia descritiva) e estatísticas avançadas, entre elas a análise fatorial. (no caso, aplicadas na epidemiologia analítica). Sendo um estudo retrospectivo caso-controle, igualmente serão calculados o Odds Ratio, também chamado de Risco Relativo (RR) e o Risco Atribuível (RA). Por sua vez, o RR é o risco do aparecimento de um agravo entre uma população exposta e outra não exposta.

3.6 Critérios de Inclusão

Indivíduos do sexo feminino entre 10 e 19 anos de idade, que se encontrem ou não se encontrem em situação de gravidez, e seus familiares, e estejam realizando acompanhamento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Salgadinho, COHAB – Peixinhos, Ilha de Santana e Vila Popular em Olinda, Pernambuco.

3.7 Critérios De Exclusão

Indivíduos do sexo feminino abaixo de 9 anos e acima de 20 anos de idade atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Salgadinho, COHAB – Peixinhos, Ilha de Santana e Vila Popular em Olinda, Pernambuco.

3.8 Critérios Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Científico e Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Plataforma Brasil – CAAE: 44008115.8.0000.5206) e cada familiar entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

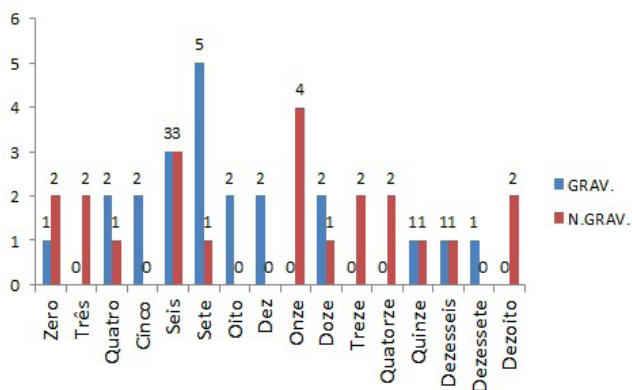


Figura 1 - Distribuição do escore do QMPA entre grávidas e não grávidas

Tanto para as grávidas como para as não grávidas, dos 22 indivíduos 14 apresentaram ponto de corte superior a 7 (64%), o que implica indícios de sintomas de transtorno mental, sendo o risco relativo de suspeição de transtorno mental de uma grávida para uma não grávida.

A média aritmética do escore do QMPA entre as grávidas (MA=10 DP=3,6) é menor do que a média aritmética entre as não grávidas (MA=13 DP=3).

Caputo e Bordin (2007) comparando problemas de saúde mental entre adolescentes grávidas e não grávidas, em Marília, São Paulo, não encontraram diferenças de prevalência

entre os dois grupos, haja vista que as grávidas contabilizaram prevalência de 24,6% e as não-grávidas, 27,3%.

	GRAV.		N.GRAV.		
	n	p%	n	p%	
Ans.Dep.	6	21,4	10	35,7	RP = 1,66
Álc.Dro./Ans.Dep.	6	21,4	4	14,3	RP = 1,49
Álc.Dro./Dep.	1	3,6	0	0,0	
Álc.Dro./Ans.	1	3,6	0	0,0	
Total	14	50,0	14	50,0	

Quadro 1 - Distribuição dos grupos de sintomas do QMPA entre grávidas e não grávidas

Pode-se observar que entre as 14 grávidas, existem sintomas de Álcool e Drogas em 8 indivíduos, sendo em 6 junto com referência a Ansiedade e Depressão juntos, ou separadamente em um caso cada.

Desse modo, a Relação de Prevalência é de 1,49 grávida para não grávida em se tratando do conjunto Álcool e Drogas mais Ansiedade e Depressão.

Por sua vez, no caso da Relação de Prevalência de Ansiedade e Depressão é 1,66 não grávida para 1 grávida.

Freitas e Botega (2002) encontraram entre adolescentes grávidas, respectivamente, ansiedade, depressão e ideação suicida, não fazendo referência a uso de drogas.

Miranda, Gadelha e Szwarcwald (2005) estudando 464 adolescentes em Vitória do Espírito Santo, relataram histórico de gravidez em 31,6% dos casos, 69% tem vida sexual ativa, 12,8% informaram já ter contraído Doenças Sexualmente Transmissível (DST), 14% fazem uso de drogas ilícitas e 3,7% tem histórico de prostituição. Apenas 23,4% relatam fazer uso regular de preservativos, embora mais de 90% tenha recebido informações acerca dos riscos e prevenção de DST/ AIDS.

5 | CONCLUSÃO

A adolescência, por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, é marcada por mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais e pela incansável busca do indivíduo em alçar objetivos relacionados às expectativas da sociedade em que está inserido. Por ser uma fase de intensas mudanças, é possível notar diferenças corporais advindas da puberdade, na personalidade e nas experiências vivenciadas por este jovem.

A experiência de uma gravidez indesejada na adolescência, levando em consideração ainda o meio em que estão inseridas as jovens em questão, gera, por

muitas vezes, transtornos que vão refletir de forma direta na vida dessa adolescente, dos seus familiares, companheiro e amigos. Para detectar a possibilidade da existência de tais transtornos, foi utilizado o QMPA, instrumento bastante proveitoso em pacientes com suspeita de transtornos mentais. Neste, pode-se apontar 14 adolescentes grávidas e 14 adolescentes não grávidas com suspeição de transtornos, mostrando que não houve diferença de risco relativo entre os dois grupos estudados. Depressão, ansiedade e uso de álcool e outras drogas são comumente evidenciados, sendo os dois primeiros mais comuns não adolescentes não grávidas nas comunidades de Olinda e os três juntos, mais associados as adolescentes grávidas destas mesmas comunidades. Isso gera mudança de comportamento, variação de humor, recusa a realizar atividades antes executadas, medo excessivo, isolamento, e em casos mais extremos, ideação suicida, fatores estes que podem estar associados a fuga da realidade a que estão inseridas, busca de atenção dos pais, familiares e até mesmo dos companheiros e tentativa frustrada de resolução de seus problemas.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, M. et al. **Canecúuinenho proriú**: Sofrimento psíquico na perspectiva dos modelos de cuidado à saúde entre os xucurus em pernambuco. Recife: Relatório Final de Pesquisa MS-SCTIE-DECIT/MCT-CNPq, 2010.

LS.B.;MARI,J.J.;BLAY,S.L.;ALMEIDAFILHO,N.;COUTINHO,E.;FRANÇA,J.; FERNANDES,J.G.;BUSNELLO,E.D.Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicados em amostras populacionais de cidades brasileiras. **Saúde Pública**, 28 (4): 249, 60 – 1994.

ANDREOLI,S.B.;BLAY,S.L.;MAR,J.J.Escalas de rastreamento de psicopatologia. **Rev. Psiquiatr.clín.** 25 (2): 229-232 - 1998.

ARANGO,H.G. **Bioestatística:teórica e computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2001.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Rev Saúde Pública** 2007;41(4):573-81CHALEM,E.; MITSUHIRO,S.S.; FERRI,C.; BARROS,M.C.M.;GUINSBURG,R.; LARANJEIRAS, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):177-186, jan, 2007.

CASA BRASIL: Nascedouro Peixinhos (s/d) IN: <https://casabrasilpeixinhos.wordpress.com/o-bairro/> Acessado em 13/3/2015

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EBERT, M.; LOOSEN, P.; NURCOMBE, B.. **Psiquiatria**: Diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3): 245-9

GELDER, M.; MAYOU, R.; COWEN, P. **Tratado de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOLDERING, J.; ROSEN, D.S. Getting into adolescent heads: An essential update. **Modern medicine**: healthy patients, healthy practices. Jan 1, 2004 In: <https://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf> (Acessado em 5/11/2014).

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: teoria e pesquisa**. Mai-Ago 2006, Vol. 22 n.2, pp.201-210.

HAGEL, L.D. **Acurácia de um questionário de 16 itens baseado na abordagem Headdss (QBH-16) para rastreamento de transtorno mental em adolescente com alterações no comportamento em atenção secundária**. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas / Pediatria / FCM/UFRS, 2007.

HAGEL, L.D.; MAINIERI, A.S.;ZENI, C.P.; WAGNER, M.B. Brief report: accuracy of a 16-item questionnaire based on the HEADSS approach (QBH-16) in the screening of mental disorders in adolescents with behavioral problems in secondary case. **Journal of adolescence**. vol. 32, issue 3, june 2009, pages 753-761.

HEILBORN, M.L. *et al* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 17, June 2002 .

HOLMES, D. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MANDU, Edir Nei Teixeira. Gravidez na adolescência: um problema? In: RAMOS, Flávia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Roseane Gonçalves. Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN/MS, 2000 In: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/ imagem/3441.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3441.pdf)

MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MIRANDA, A.E; GADELHA, A.M.J; SZWARCOWALD, C.L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):207-216, jan-fev, 2005.

MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (org.) **Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem / Projeto Acolher, 2000 In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_16.pdf#page=96 Acessado: 13/3/2015

MOREIRA, M.D.; MELLO FILHO, J. Psicoimunologia hoje. In: MELLO FILHO, J. *et al*. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MAHUTTE, N.G.; DULEBA, A.J. Evaluating diagnostics tests. **UpToDate** (online), 2014. In: http://www.uptodate.com/contents/evaluating-diagnostic-tests?source=search_result&search=Evaluation+of+diagnostics+tests&selectedTitle=1~150 Acesso: 6/11/2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA. Cobertura da Atenção Básica. Secretaria de Saúde. Olinda: Documento Digitalizado, 2010. 77 pp.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA. Olinda em dados. Olinda: **Prefeitura Municipal**. In: <http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>. Acessado em 27/10/2014

VERA MUÑOZ, G.; GALLEGOS, M.S.; VARELA GUZMÁN, M.. Salud mental y embarazo en adolescentes: contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. *Rev. méd. Chile*;127(4):437-443, abr. 1999.

SADOCK, B.; SADOCK, V. **Compêndio de psiquiatria**: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTANA, V.S. **Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador – Nordeste de Amaralina**. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia. Salvador (mimeog.), 1978.

SANTANA, V.S.; ALMEIDA FILHO, N.; ROCHA, C.O.; MATOS, A. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública*, 31 (6): 556-65, 1997.

SECRETARIA SAÚDE DE OLINDA **Diagnóstico local de saúde**: Uma análise das diferenças regionais do município de Olinda (On line) 2012 In: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/35940715/biblioteca%20vital/diagn%C3%B3stico.pdf> Acessado em 28/2/2015.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 187-192, 2000.

SILVA, N.N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: Epusp, 2001.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P.. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 março-abril; 14(2):199-206

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(8), 443-445.

CAPÍTULO 15

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E GINECO-OBSTÉTRICAS DE GESTANTES VINCULADAS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UMA CAPITAL NORDESTINA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Rayanne Aguiar Alves

Universidade Ceuma, Uniceuma
São Luís, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-3151-1463>

Messias Lemos

Universidade Federal do Pará, Instituto de
Ciências da Saúde-ICS
São Luís, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-6267-599X>

Mariana Nunes Fabrício

Universidade Ceuma, Uniceuma
São Luís, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-4430-7843>

Roseanne Maria Silva Barbosa Santana

Universidade Ceuma, Uniceuma
São Luís, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-4170-551X>

Tatiana Elenice Cordeiro Soares

Universidade Ceuma, Uniceuma
São Luís, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-6525-7742>

RESUMO: Objetivou-se identificar as características sócio-demográficas e gineco-obstétricas de gestantes vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma capital nordestina. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Pesquisa realizada em uma UBS na cidade de São Luís,

MA, no período de julho a agosto, tendo como amostra 50 gestantes. Critério de inclusão: gestantes com faixa etária de 15 a 35 anos que fizeram três ou mais consultas pré-natal. Critérios de exclusão: mulheres gestantes com menos de 28 semanas de gestação. As gestantes em sua maioria apresentaram faixa etária de 21 a 30 anos; 64% são solteiras; completaram o ensino médio; 42% das gestantes se dedicam a cuidar do lar; 50% declararam possuir renda familiar entre um e dois salários mínimos. Das mulheres entrevistadas, 56% já tiveram mais de 2 gestações; 48% das pesquisadas foram submetidas, a pelo menos, um parto cesáreo; 10% sofreram aborto espontâneo; 20% provocaram aborto e 8% referiram ter parido, ao menos um filho natimorto.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção primária à saúde; Cuidado Pré-natal; Enfermagem obstétrica; Saúde da mulher.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND GYNECOLOGICAL-OBSTETRIC CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN LINKED AT A BASIC HEALTH CARE UNIT IN A NORTHEASTERN CAPITAL

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the sociodemographic and gynecological-obstetric characteristics of pregnant women linked to a basic health unit in a northeastern capital. This is an exploratory and descriptive study with quantitative approach. Research conducted at a BHC in the city of São Luís, MA, in the period from July to August, with a sample of 50 pregnant women. Inclusion criteria: pregnant women aged

15-35 years old who had three or more prenatal appointments. Exclusion criteria: pregnant women with less than 28 weeks. The majority of the pregnant women had an age range of 21 to 30 years old; 64% are single; finished high school; 42% of pregnant women are dedicated housewives; 50% reported having family income between one and two minimum wages. Of the women interviewed, 56% have had more than 2 pregnancies; 48% of those surveyed were submitted to at least one cesarean delivery; 10% suffered spontaneous abortion; 20% caused an abortion and 8% reported having given birth, at least one stillborn child.

KEYWORDS: Primary health care; Prenatal care; Obstetric nursing; Role of the Nursing Professional; Women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação, apesar de ser um processo fisiológico, gera mudanças de ordem física, psicológica e social na mulher. Tais alterações inerentes a gravidez e ao parto são influenciadas por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características socioeconômicas e culturais da população. A gestante necessita de acompanhamento qualificado para que intercorrências sejam evitadas e prevenidas. O início precoce do pré-natal e a regularidade das consultas são essenciais para garantir uma boa evolução da gravidez (LAND; PALÚ, 2018).

No âmbito da Estratégia de Saúde da família (ESF) é competência da equipe multidisciplinar o acolhimento a todo cliente, inclusive da gestante; contribui para melhorar os indicadores epidemiológicos e tem sido de fundamental importância, uma vez que insere a família nas ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde (SILVA *et al.*,2015). O acolhimento faz parte da política de humanização, resulta na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade básica, onde os profissionais de saúde se responsabilizam por ela, ouvindo suas queixas e permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo a escuta qualificada e articulação com outros serviços de saúde, fornecendo dessa maneira continuidade a assistência, quando necessário (SILVA *et al.*,2015; ANJOS *et al.*,2018).

No Brasil, houve uma tendência de diminuição da razão da mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2010, de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos. A maior parte dos óbitos relacionados com a função reprodutora ocorrem devido a hipertensão na gravidez, à hemorragia, à infecção puerperal e a complicações no trabalho de parto - situações que podem ser evitadas através de uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (FERNANDES *et al.*,2015).

Silva e colaboradores (2015) são enfático ao afirmar que as condições sócio-demográficas, história reprodutiva da gestante, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas são fatores que colocam em risco a vida da mulher gestante (SILVA *et al.*,2015).

É fundamental que os profissionais da saúde, possam conhecer os fatores que

contribuem ou não para oferecer uma assistência apropriada a mulheres gestantes. Somente assim, pode-se delinear estratégias na consulta de enfermagem visando à melhoria na assistência de enfermagem, embasadas em ações nos princípios da integralidade e com abordagem sindrômica (LAND; PALÚ, 2018).

Conhecer aspectos epidemiológicos relacionados à saúde das usuárias fornece subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde e na qualidade na assistência à mulher no período gravídico, e favorece a adesão dessa às consultas de pré-natal (LAND; PALÚ, 2018; ANJOS *et al.*, 2018), permitindo, orientação e os encaminhamentos apropriados em cada momento da gravidez, além de estabelecer um vínculo de confiança entre as gestantes e os profissionais que estão envolvidos na assistência⁶.

Por tanto, este artigo objetivou identificar características sociodemográficas e gineco-obstétricas de gestantes cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um bairro periférico da cidade de São Luís-MA.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no bairro Santa Clara, na cidade de São Luís capital do estado do Maranhão; durante o mês de julho a agosto de 2016. A UBS disponibiliza serviço de atendimentos odontológicos, consulta médica, imunização, consulta e procedimentos de enfermagem.

A definição da amostra foi por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão: gestantes com faixa etária de 15 a 35 anos que fizeram três ou mais consultas pré-natal e como critério de exclusão: gestantes com menos de 28 semanas de gestação, sendo excluídas 25 gestantes. Durante o período da coleta, a UBS possuía um universo de 75 gestantes cadastradas que realizavam consultas de pré-natal com o profissional enfermeiro, entre essas 50 constituíram a amostra e 25 foram excluídas.

Participaram do estudo gestantes que faziam acompanhamento de pré-natal na referida UBS e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as gestantes menores de 18 anos a participação foi efetivada com a assinatura do Termo de Assentimento com consentimento dos pais e/ou responsáveis legais.

Foi construído um questionário especificamente para este estudo, o mesmo continha questões fechadas sobre as características sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação atual, renda familiar, zona de residência, tipo de moradia e número de moradores no domicílio) e características gineco-obstétricas (idade da menarca, número de gestação, número de parto, número de parto cesáreo, número de aborto espontâneo, número de aborto provocado, número de filho nascido vivo, número de nascido natimorto).

As entrevistas individuais com as gestantes ocorreram na sala de espera antes da

consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro, no turno vespertino de segunda a sexta-feira.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Word 2013 e a análise estatística descritiva foi realizada com o auxílio do software Epi Info versão 3.5.2.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos sob o número do parecer 1.663.465 e CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 56114316.7.0000.5085. Respeitando-se a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas que envolvem seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os achados do estudo, emergiram duas categorias de análise: perfil epidemiológico e características gineco-obstétricas das gestantes.

De acordo com os achados, é possível verificar, na Tabela 1, que 44 % das gestantes estão na faixa etária de 21 a 30 anos, 64% são solteiras; a maioria possui ensino médio completo (62%); 42% se dedicam a cuidar do lar e 42% trabalham fora do domicílio; 50% declararam ter renda familiar entre um e dois salários mínimos; sendo que 88% das gestantes residem na zona urbana; 96% moram em casas de alvenaria e 74% referem morar com 01 a 05 moradores.

Analisando-se a idade materna, percebe-se que a maior parte das participantes estavam na idade de 21 a 30 anos - considerada ideal para se ter filhos, pois a fertilidade da mulher está em alta, o corpo apresenta um risco menor de ter problemas durante a gestação e do bebê apresentar falhas genéticas, pois os óvulos são mais novos. Em contrapartida, em outro estudo prevaleceu a faixa etária entre 31 a 35 anos; o autor consideram a gravidez aos 34 anos como fator de risco para desenvolvimento de complicações durante o período gestacional que pode acarretar em morbidade materna e fetal (ANDRADE *et al.*, 2015).

Quanto à situação conjugal observa-se que à maioria das gestantes são solteiras, dado considerado preocupante; uma vez que a literatura refere os benefícios da presença de um cuidador imperativo, pois promove sentimentos de segurança e confiança às gestantes, do contrário, a falta do companheiro nos atendimentos de pré-natal, predispõe às grávidas ao fortalecimento dos desconfortos advindo da gravidez e, conseqüentemente favorece o desajuste no relacionamento do casal (BAIMA *et al.*, 2016).

Se tratando do fator escolaridade, uma minoria tem ensino médio incompleto ou não concluíram o ensino fundamental. Pode-se relacionar a baixa escolaridade com menor acesso à informação, a um limitado empoderamento de conhecimento sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva (DIAS *et al.*, 2015a); e a ausência de escolaridade aumenta o risco para mortalidade materna em 22 vezes (DIAS *et al.*, 2015b).

Por outro lado, ainda se observa que há mulheres que por mais que tenham o ensino

médio completo, 42% ainda não estavam inseridas no mercado de trabalho por serem donas de casa e se dedicarem ao lar e 11% estudavam na ocasião da entrevista – dados corroborados com Baima *et al* (2016) o qual afirma que, nesse contexto, as gestantes se encontram fora da população economicamente ativa (PEA) e cita a idade como um dos fatores determinantes, pelo fato de algumas não terem capacitação profissional.

A maior renda familiar constatada gira em torno de um a dois salários mínimos e 74% das gestantes afirmaram morar com 1 a 5 membros no mesmo domicílio – achados alarmantes, visto que algumas relataram que não tinham um emprego formal e a única pessoa da família que trabalhava era o pai da criança, trabalhador autônomo, o qual nem sempre apresentava a mesma renda mensal; além disso, algumas possuíam o auxílio do Programa Bolsa Família (GONZAGA; SANTOS; SILVA, 2016; LAND; PALÚ, 2018; MOREIRA *et al.*, 2016).

Variáveis	n	%
Idade		
15 a 20 anos	14	28,0
21 a 30 anos	22	44,0
31 a 35 anos	14	28,0
Estado Civil		
Solteira	32	64,0
Casada	11	22,0
União consensual	07	14,0
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	31	62,0
Ensino Médio Incompleto	11	22,0
Ensino Fundamental Incompleto	6	12,0
Ensino Fundamental Completo	2	4,0
Ocupação Atual		
Do lar	21	42,0
Trabalha fora de casa	21	42,0
Estudante	8	16,0
Renda Familiar		
1 a 2 salários	25	50,0
Menos de um salário	24	48,0
3 salários ou mais	1	2,0
Zona de Residência		
Urbana	44	88,0

Rural	6	12,0
Tipo de Moradia		
Alvenaria	48	96,0
Outro	1	2,0
Taipa	1	2,0
Número de Moradores no Domicílio		
1 a 5	37	74,0
6 a 10	13	26,0
Total	50	100

Tabela 1. Distribuição do número de gestantes segundo as condições sócio-demográficas. São Luís, MA, 2020.

Na Tabela 2 mostra que, a faixa etária da menarca ocorreu entre 14 a 17 anos, correspondendo mais da metade das gestantes entrevistadas (52%); 56% já tiveram mais de 2 gestações; 48% das pesquisadas foram submetidas, a pelo menos, um parto cesáreo; 10% sofreram aborto espontâneo; 20% provocaram aborto e 8% referiram ter parido, ao menos um filho natimorto.

Mais da metade das gestantes entrevistadas alegaram ter menstruado pela primeira vez entre 14 a 17 anos. Entretanto, no estudo de Nonato et al., (2015) aponta que a idade da menarca vem diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa etária de 12,5 a 13 anos e associa a menarca precoce ao início da atividade sexual.

Outro aspecto a ser observado é que, 56% tiveram mais de duas gestações e 36% pariram, pelo menos, uma vez. Em estudo semelhante, Silva *et al* (2015) menciona que entre as mulheres multigestas, obteve-se (21,6%) com duas e três gestações, (6,8%) com cinco gestações, (4,6%) com quatro gestações e (1,13%) com sete e oito gestações. Esses dados são preocupantes, uma vez que elevado número de gestações e paridades aumentam o risco de morbimortalidade materna em consequência do alto número de gravidez (SILVA *et al*, 2015).

Entre os fatores envolvidos que pode explicar a preferência pelo parto cesáreo é o medo das gestantes em se submeterem ao parto normal e conveniência para o médico quanto à adequação aos seus horários de trabalho. Silva *et al* (2019) ratifica que além do despreparo para o parto normal, muitas não receberam informações que diminuíssem os seus medos. Os medos surgem quando a mulher não entende a fisiologia do corpo humano e as fases do trabalho de parto, sendo fortalecidos quando ela está sozinha no parto, sem alguém que lhe ofereça alguma segurança.

A despeito do aborto espontâneo, entendido como aquele que ocorre de modo não intencional, com menos de 20 semanas de gestação ou pesando menos de 500g (LAND, 2018), ocorreu em, pelo menos, 10% das entrevistadas. Dentre os motivos citados destaca-

se o “susto”, o desconhecimento do estado gravídico e o uso incorreto de anticoncepcional.

Quanto à presença de aborto provocado, antes da realização desse procedimento, muitas delas se sentem culpadas, sentimento potencializado por valores religiosos e sociais. Nessa perspectiva, Fernandes *et al* (2015) afirma que é essencial que enfermeiros atuem na promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos, através de abordagem holística com olhar sensível para o reconhecimento das questões que podem estar associadas à decisão de abortar.

Entre as entrevistadas, 8% afirmaram ter passado pela experiência de ter filho natimorto - que o filho, ao nascer, além de não respirar, não apresentou qualquer outro sinal de vida. Vários fatores podem desencadear nascimento de filhos mortos, alguns deles destaca-se intercorrências maternas relacionadas ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer (ANDRADE *et al.*,2015; ANJOS *et al.*,2018).

Conhecer os dados gineco-obstétricos pode ser de grande valia para o enfermeiro na assistência de pré-natal, pois pode auxiliar na definição de prioridades de intervenção e levar à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Variáveis	n	%
Idade da menarca		
10 a 13 anos	24	48,0
14 a 17 anos	26	52,0
Número de gestação (ões)		
1	04	8,0
2	17	34,0
Mais de 2	28	56,0
Nenhum	01	2,0
Número de parto (s)		
1	18	36,0
2	11	22,0
Mais de 2	17	34,0
Nenhum	04	8,0
Número de parto cesáreo (s)		
1	24	48,0
Igual ou maior a 2	05	10,0
Nenhum	21	42,0
Número de aborto (s) espontâneo (s)		
1	05	10,0
Igual ou maior a 2	01	2,0
Nenhum	44	88,0

Número de aborto (s) provocado (s)		
1	10	20,0
2	02	4,0
Nenhum	38	76,0
Número de filho (s) nascido (s) vivo (s)		
1	01	4,0
2 a 4	20	88,0
Maior que 4	04	8,0
Número de filho (s) nascido (s) natimorto (s)		
1	04	8,0
2	01	2,0
Nenhum	45	90,0
Total	50	100,0

Tabela 2. Distribuição do número de gestantes segundo as características Gineco-obstétricas. São Luís, MA, 2020.

4 | CONCLUSÃO

Sabe-se que o pré-natal é de extrema importância, pois através dele é possível acompanhar a gestação e detectar possíveis problemas existentes; e é um momento onde a mulher tem a possibilidade de aprender sobre si e sobre a sua criança.

A análise dos dados coletados por meio da entrevista estruturada nos possibilitou conhecer o perfil de gestantes atendidas durante o pré-natal em unidade de saúde pública do município de São Luís-MA. Evidenciou-se uma população vulnerável em termos socioeconômicos já que as gestantes, em sua maioria apresentaram faixa etária de 21 a 30 anos, dedicam-se a cuidar do lar e declararam possuir renda familiar entre um e dois salários mínimos.

No que tange nos aspectos gineco-obstétricos, a faixa etária da menarca ocorreu entre 14 a 17 anos (52%); 56% já tiveram mais de 2 gestações; 48% das pesquisadas foram submetidas, a pelo menos, um parto cesáreo; 10% sofreram aborto espontâneo; 20% provocaram aborto e 8% referiram ter parido, ao menos um filho natimorto.

Conclui-se que o estudo do perfil socioeconômico e gineco-obstétrico pode auxiliar gestores e os profissionais de saúde a direcionar ações de promoção da saúde para evitar possíveis fatores de riscos durante à gestação. Esse conhecimento auxilia ainda a pensar práticas para a integralidade do cuidado às gestantes.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, J. C.; GURGGEL, M. D.; SOUZA, R. S.; et al. estantes sobre o pré-natal realizado pelo enfermeiro (a) na estratégia saúde da família do município de Parnaíba. **SANARE**, v. 14, (supl.) 1, **COPISP**, p. 127. 2015.
2. ANJOS, E.B.; ALVE, L.; PEREIRA, S.N. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Rev SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.52-62, jan-jun,2018.
3. BAIMA, T.; ARROSO, F.; LUCENA, J.; et al. Afastamento do trabalho por pacientes gestantes: principais causas de absenteísmo. **Rev Bras Med Trab.** v.14, n.1, p.13-18, 2016.
4. DIAS, E. G.; SANTO, F. G. E.; SANTOS, I. G. R.; et al. Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em um unidade básica de saúde. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde.** v. 6, n. 3, p. 2695-2610. 2015a.
5. DIAS, E. G.; ALVES, J. C. S.; VIANA, J. M.; et al. Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 06, n. 02, p.1239-12, 2015b.
6. FERNANDES, B.; NUNES, F.; PRUDÊNCIO, P.; et al.. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, esp, 2015.
7. GONZAGA, I.; SANTOS, S.; SILVA, A; CAMPELO, V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p. 1965-1974, 2016.
8. LAND, Aleksandra; PALÚ, Flávia Hoffman. Perfil socioeconômico e hematológico de gestantes atendidas na unidade básica de saúde do município de Guaraciab, Santa Catarina. **Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba**, v. 9, n. 1, p. 83-90, jan./jun. 2018.
9. MOREIRA, M. A.; CARVALHO, L. L.; RIBEIRO, P. S. Percepção de gestantes sobre a atuação da enfermeira na assistência pré-natal: estudo analítico. **Arq. Ciênc. Saúde.** v. 23, n. 1, p. 78-82, jan./mar., 2016.
10. NONATO, S.; MELO, A.; GUIMARÃES, M. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.4, p. 681-694, out-dez., 2015.
11. SILVA, Anna Héllen Rodrigues e; AMORIM NETO, Aldenizo Uchoa; FERNANDES, Marcos Vinícius Macedo. Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil. **Rev. enferm. UFPI**, v.4, n. 4, p. 29-34, out.-dez. 2015.
12. SILVA, Maria do Carmo Raquel Gomes da; SILVAA, Leonardo Sales Ribeiro; SOUSA, Jéssica Oliveira de; et al.Perfil Epidemiológico-Obstétrico e Sociodemográfico de Gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família. **Rev Saúde e Desenvolvimento**, v.13, n.14, p. 100-111, 2019.

PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 04/08/2020

João Paulo Assunção Borges

Centro Universitário IMEPAC – Araguari, Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9871773467879870>

Leiliane Aparecida Vieira Delfino

Acadêmica de Enfermagem
Centro Universitário IMEPAC – Araguari, Minas Gerais

Luana Thomazetto Rossato

Centro Universitário IMEPAC – Araguari, Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2235071232304936>

Raíssa Martins da Silva

Acadêmica de Enfermagem
Centro Universitário IMEPAC – Araguari, Minas Gerais

RESUMO: A pesquisa teve como foco principal conhecer o perfil demográfico e epidemiológico das gestantes cadastradas e acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Realizou-se pesquisa bibliográfica em diversas fontes, principalmente artigos científicos e pesquisa de campo documental, com corte transversal, análise descritiva e com abordagem quantitativa. Para coleta dos dados foram utilizadas Fichas de cadastramento do Sistema de Pré-Natal (SISPRENATAL), pertencentes aos arquivos de uma UBSF, com autorização prévia

da coordenação da unidade. Foram avaliadas 11 Fichas de cadastramento no SISPRENATAL, referentes às gestantes acompanhadas na UBSF durante a realização do estudo. Encontrou-se que a maioria das gestantes apresentou nível de escolaridade equivalente ao ensino médio completo; quanto ao estado civil ou tipo de união, relataram conviver com o companheiro e não ter filhos. Com relação aos dados da gestação atual, parte das gestantes referiu ter planejado a gravidez, enquanto a maioria relatou não ter planejado ou não declararam este dado. A maioria realizou primeira consulta no primeiro trimestre, com idade gestacional entre 6-10 semanas. Apenas duas gestantes possuíam antecedentes clínicos, sendo Transtorno Mental e Diabetes, enquanto outra parcela não possui e uma delas não declarou. No histórico obstétrico, quatro delas são múltíparas e destas, três afirmaram ter realizado parto normal em outras gestações. Concluímos que de modo geral, as gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e não apresentam fatores de risco, podendo resultar em mais saúde e bem-estar para a mãe e para o bebê. Entretanto, a maioria das mulheres relatou não apresentar uma gestação planejada, o que pode representar falhas no planejamento familiar. Espera-se que este estudo contribua com a Estratégia Saúde da Família, despertando a atenção das equipes e possibilitando a elaboração de planos para acompanhamento Pré-Natal de risco habitual, com destaque para o planejamento reprodutivo e familiar.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção primária à saúde; Cuidado pré-natal; Gestação.

DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN IN PRENATAL CARE AT A BASIC UNIT TO FAMILY

ABSTRACT: The research had as main focus to know the demographic and epidemiological profile of pregnant women registered and monitored in a Basic Family Health Unit. Bibliographic research was carried out in several sources, mainly scientific articles and documentary field research, with cross-sectional, descriptive analysis and with a quantitative approach. Data collection forms used to register the Prenatal System (SISPRENATAL), belonging to the files of a unity, with prior authorization from the unit's coordination. Were evaluated 11 SISPRENATAL registration forms, referring to pregnant women monitored at the unity during the study. It was found that the majority of pregnant women had an education level equivalent to complete high school; as to marital status or type of union, they reported living with their partner and not having children. Regarding the data of the current pregnancy, part of the pregnant women reported having planned the pregnancy, while the majority reported not having planned or did not declare this data. Most had their first consultation in the first trimester, with a gestational age between 6-10 weeks. Only two pregnant women had a clinical history, being Mental Disorder and Diabetes, while another portion did not and one of them did not declare. In the obstetric history, four of them are multiparous and of these, three said they had had a normal delivery in other pregnancies. We concluded that, in general, the monitored pregnant women started prenatal care in the first trimester of pregnancy and do not present risk factors, which may result in more health and well-being for the mother and baby. However, most women reported not having a planned pregnancy, which may represent flaws in family planning. It is expected that this study will contribute to the Family Health Strategy, drawing the attention of the teams and enabling the development of plans for prenatal monitoring of habitual risk, with emphasis on reproductive and family planning.

KEYWORDS: Primary health care; Prenatal care; Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é definida como a forma de assistência individual e coletiva dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (MENDES, 2009; STARFIELD, 2002).

A APS, sobretudo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a principal forma de acesso dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2009; STARFIELD, 2002). Dentre as diversas abordagens da ESF, a atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, resolutivas e com o mínimo de intervenções desnecessárias (GUERREIRO et al., 2012).

É a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), local que deve acolher de forma efetiva as demandas das gestantes, buscando um acompanhamento contínuo e resolutivo durante a gravidez até após o nascimento, proporcionando acesso facilitado a serviços de

saúde de qualidade, com ações que integram todos os níveis de atenção à saúde, desde a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (GUERREIRO et al., 2012).

A implantação da ESF vem melhorando os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras (MENDES, 2009; STARFIELD, 2002), bem como em Araguari, Minas Gerais (MG). O acompanhamento pré-natal é uma das ações desenvolvidas no âmbito da ESF, que possibilita identificar as situações de risco e vulnerabilidade das gestantes, promovendo uma gestação saudável e com desfecho favorável para a mãe e o bebê, contribuindo para a redução da morbimortalidade materno e infantil.

O papel do enfermeiro como educador em saúde é de extrema importância no âmbito individual e coletivo, podendo construir uma relação única com cada paciente, família e a comunidade, executando ações de educação em saúde. Este vínculo contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos.

Levando em consideração a contribuição para os conhecimentos da atual realidade do perfil das gestantes, a fim de contribuir com trabalhos na busca de melhorias na saúde pública. Este estudo tem como objetivo conhecer o perfil demográfico e epidemiológico das gestantes cadastradas e acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Pré-natal

Segundo Spindola, Penna e Progianti (2006) o pré-natal tem como finalidade antecipar manifestações clínicas das gestantes, realizando acolhimento desde o início da sua gravidez. Os profissionais de saúde envolvidos tem como objetivo acompanhar e ouvir atenciosamente as pacientes para assim lhes oferecer entendimento, apoio e confiança para que tenham autonomia em suas gestações e via de parto.

O pré-natal é composto por condutas de cuidados e procedimentos favoráveis à gestante e o feto. Esse acompanhamento é realizado desde a concepção até o trabalho do parto, com a finalidade de prevenir, constatar e controlar complicações provenientes da gestação e parto, garantindo a saúde materno-fetal (GUERREIRO et al., 2012; RODRIGUES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2011).

A qualidade da assistência Pré-natal pode ser avaliada por meio de diversos indicadores; contudo, a grande maioria das avaliações considera basicamente o início do pré-natal, o número de consultas realizadas e a idade gestacional no momento do parto, sem valorizar as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das gestantes, além de não caracterizar a relação do modelo de serviço de saúde adotado com a qualidade da assistência ofertada (RUSCHI et al., 2018).

2.2 Planejamento familiar

O artigo 2º da Lei nº 9.263/96 conceitua planejamento familiar como:

o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". O artigo 3º garante ao paciente por intermédio do SUS o direito a assistência ao planejamento familiar incluindo meios de contracepção, orientações e cuidado quanto a concepção, pré-natal e pós-parto (BRASIL, 1996).

De acordo com Santos et al (2016), o planejamento familiar é ofertado pela ESF, que engloba um processo de educação em saúde com foco nos casais e população a respeito da reprodução e o papel da família na sociedade. Todavia, a responsabilidade da equipe de saúde da ESF é informar de maneira adequada para que o paciente tenha autonomia em suas escolhas.

2.3 A importância do profissional de enfermagem

De acordo com o Ministério da Saúde, ações educativas voltadas a gestantes induzem a aprendizagem e devem conter um método de comunicação claro e coerente. Desta forma, o enfermeiro é capacitado para instruir a paciente e a família sobre a gestação, estado emocional e sobre os cuidados necessários (TEIXEIRA; ÁFIAO e VASCONCELOS, 2006)

Segundo Araújo e Flores (2002) a consulta de enfermagem na assistência educativa está em constante modificação quanto à metodologia, concepção e introdução nos serviços de saúde. Sendo assim a consulta de enfermagem orienta de maneira favorável a conduta necessária que atendem as necessidades das gestantes durante as consultas nas UBS. É importante a área da saúde estar atenta às transformações sociais, para que se faça cumprir de modo abrangente. Dado o reconhecimento ao profissional de enfermagem, ele realiza seu trabalho com maior dedicação e satisfação.

Todavia a enfermagem vem se destacando por auxiliar na evolução da saúde materna, o seu trabalho é imprescindível para evitar óbitos e complicações gestacionais. Os profissionais desenvolvem atividades com eficácia garantindo efetividade na saúde materna (ALMEIDA, OLIVEIRA E COELHO, 2016).

3 | METODOLOGIA

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), a metodologia é uma etapa na qual são realizados as técnicas e procedimentos a serem observados para construir os conhecimentos com a finalidade de comprovação de sua validade nos diferentes âmbitos sociais. A delimitação do estudo se dá pela análise de perfil demográfico e epidemiológico das gestantes em atendimento pré-natal acompanhadas por uma Unidade de Saúde da Família. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livros, revistas e

dissertações. Em seguida, uma pesquisa de campo no formato de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

Realizamos a pesquisa em dois momentos distintos. Primeiramente efetuamos uma visita ao local a fim de conhecer o perfil dos usuários de uma UBSF do município de Araguari, Minas Gerais. Em segundo momento foi realizada uma análise documental a partir da coleta de dados das fichas de cadastramento do Sistema de Pré-Natal (SISPRENATAL), com a autorização do enfermeiro responsável pela unidade. A população de gestantes desta unidade é composta por 14 mulheres em idade gestacional ativa e a amostra conta com 11 gestantes que participaram da pesquisa.

Levantamos a seguinte hipótese sobre o elevado índice de gestantes com gravidez não planejada onde os usuários não buscam ou não possuem conhecimentos da disponibilização de planejamento familiar oferecidos pelo SUS. A análise constituiu em uma listagem de frequência e medidas de tendências. Foi criado um roteiro com 6 itens a serem investigados, por meio de estudo das fichas de cadastramento do SISPRENATAL. Os dados foram coletados no período março de 2019 e analisados em abril de 2019.

4 | ANÁLISE DOS DADOS

Realizamos uma pesquisa bibliográfica em textos relacionados ao tema na Plataforma Google Acadêmico no qual utilizamos como palavras chave: pré-natal e unidade básica de saúde. Encontramos um total de 30.193 resultados, dentre eles artigos científicos, livros, dissertações e textos publicados em revistas. Após ler o Resumo de alguns, foram selecionados 86 textos conforme a temática apontada durante a pesquisa. Ao analisar, pode-se perceber a escassez de literatura relacionada ao acesso dos usuários ao planejamento familiar.

Há uma variação no ano de publicação dos textos encontrados na plataforma utilizada, dos mais antigos cerca de 2000 até os mais recentes de 2019. Percebemos uma ampliação sobre a temática entre 2014 e 2019. Os textos mais encontrados são artigos científico, já os E-books são menos encontrados. Concluímos uma escassez de materiais relacionados ao assunto, apresentando grande quantidade de artigos científicos e poucos livros publicados até o presente momento.

4.1 Análise das Fichas

Para análise dos documentos solicitamos o enfermeiro responsável pela UBSF, o qual disponibilizou as fichas do primeiro trimestre de 2019. De acordo com a análise naquele momento haviam 14 gestantes sendo acompanhadas pela equipe. Na primeira consulta é realizado uma anamnese abrangente sendo coletados dados como: idade, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), data da última menstruação (DUM), nível de escolaridade, estado civil, antecedentes clínicos, histórico obstétrico primigesta ou múltiparas com parto normal ou cirúrgico, entre outros.

O primeiro item a ser investigado está relacionado ao nível de escolaridade das gestantes. Conforme podemos perceber no Gráfico 1, 64% concluíram o ensino médio, 27% cursaram o ensino fundamental e 9% ensino superior incompleto.

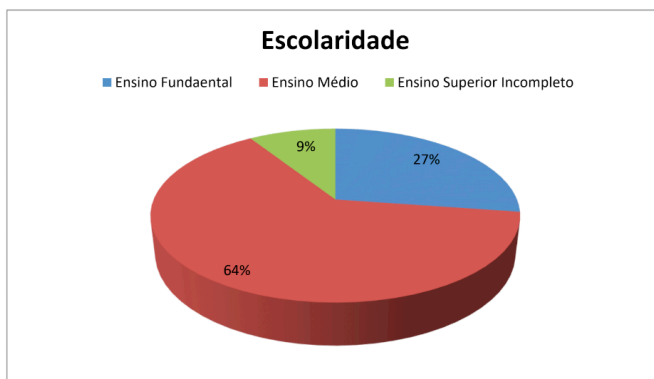


Gráfico 1- Nível escolaridade das gestantes

Fonte: Arquivo Pessoal (2020).

Após analisarmos o estado civil, podemos perceber no gráfico 2, que 46% convivem com o companheiro, enquanto 36% relataram não ter união estável e 18% não declararam.



Gráfico 2- Estado Civil das gestantes

Fonte: Arquivo Pessoal (2020).

Observamos o planejamento familiar descrito no gráfico 3, 55% planejaram a gravidez, 27% não planejaram e 18% não informaram.

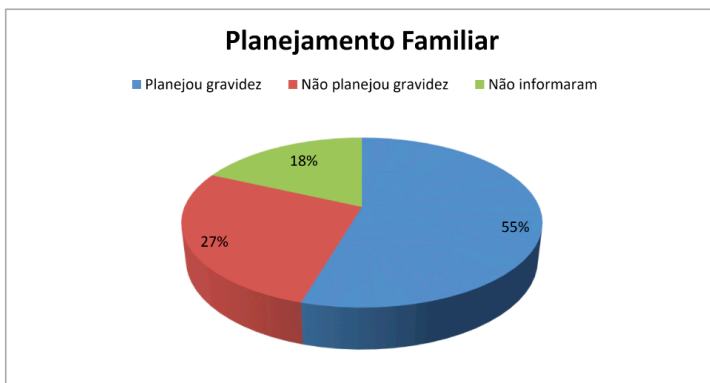


Gráfico 3 – Planejamento familiar das gestantes

Fonte: Arquivo Pessoal (2020).

Quanto a primeira consulta podemos observar no gráfico 4, 73% no primeiro trimestre com idade gestacional entre 6-10 semanas e 27% após o primeiro trimestre.



Gráfico 4 – Consultas das gestantes

Fonte: Arquivo Pessoal (2020).

De acordo com o histórico obstétrico relatado no gráfico 5, 64% são primigesta e 36% múltiparas sendo destas três delas afirmam ter realizado parto normal em outras gestações, já uma delas relatou ser parto cirúrgico, enquanto o restante estão em sua primeira gestação.



Gráfico 5 – Histórico Obstétrico das gestantes

Fonte: Arquivo Pessoal (2020).

Apenas duas gestantes relataram antecedentes clínicos prévios a gestação atual, sendo eles transtorno mental e diabetes mellitus.

A cobertura pré-natal no Brasil ainda apresenta importantes lacuna locorregionais em diversos aspectos que envolvem o acesso, a integralidade, a longitudinalidade, entre outros, o que reflete diretamente na qualidade da assistência às gestantes (RUSCHI et al., 2018; VIELLAS et al., 2014).

Um estudo encontrou que profissionais e gestantes consideram um pré-natal de qualidade aquele que tem bom acolhimento, ações de educação em saúde, atenção integral à mulher gestante, número mínimo de seis consultas, estratégias efetivas de referência e contrarreferência entre os serviços, entre outros (GUERREIRO et al., 2012).

5 | CONCLUSÃO

Observou-se que, de modo geral, as gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e não apresentam fatores de risco, podendo resultar em mais saúde e bem-estar para a mãe e para o bebê. Entretanto, a maioria das mulheres relataram não apresentar uma gestação planejada, o que pode representar falhas no planejamento familiar.

Assim, espera-se que este estudo contribua com a ESF, de modo a possibilitar a elaboração de planos de acompanhamento com incentivo ao planejamento familiar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.S. et al. A importância do acompanhamento do pré-natal pelo profissional enfermeiro. **REMAS - Rev Educ, Meio Ambiente Saúde**, 2016; 6(2):155-169.

ARAÚJO, C.L.F.; FLORES, P.V.P. Necessidades Expectativas da Parturiente no Parto Humanizado: a Atualidade da Assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 187-193, set./dez. 2002.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

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

DUARTE, S.J.H.; ALMEIDA, E.P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n.1, p.1029-35, 2014.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**; v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde - Health care networks. **Revista Médica De Minas Gerais-RMMG**, v. 18, n. 4-S4, 2009.

NUNES, J.T.; GOMES, K.R.O.; RODRIGUES, M.T.P.; MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [recurso eletrônico]. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**[online], v.45, n.5, p. 1041-1047, 2011.

RUSCHI, G.E.C. et al . Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2018 .

SANTOS, R.B.; BARRETO, R.M.A.; BEZERRA, A.C.L; VASCONCELOS, M.I.O. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma UBS no Ceara. **RECIIS**, jul. -set, 2016.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 3, n. 40, p.381-388, out.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield**. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA DA SILVA, E.; ÁFIAO, J.C.; VASCONCELOS SILVA, Â. R. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, vol. 19, núm. 4, 2006, pp. 216-223.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME, M.M.F.O.; COSTA, J.V.; et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 30, Supl. 1, p.:S85-100, 2014.

CAPÍTULO 17

SAÚDE DA MULHER NO PUERPÉRIO: EXPERIÊNCIAS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 04/08/2020

Adriana Cristina Hillesheim

Docente na Universidade do Estado de Santa
Catarina - Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/2576033185517904>

Heloisa Schatz Kwiatkowski

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/2587788984101996>

Caroline Menzel Gato

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/4577460311491815>

Jennifer Clement

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/5637480270632836>

Bárbara Stertz

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/2676431535009564>

Liziane Bonazza

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/4364095141210428>

Simone dos Santos Pereira Barbosa

Universidade Federal da Fronteira Sul -

Campus Chapecó

Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/9182503439212816>

RESUMO: A assistência realizada para a mulher no período do puerpério não deve ser negligenciada, sendo necessário garantir o cuidado com integralidade como concerne o pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), desprendendo esforços dos profissionais tanto no âmbito hospitalar como na Atenção Primária de Saúde (APS). Reconhecendo os fenômenos que permeiam o puerpério, o profissional deve estar atento e realizar práticas de promoção e prevenção à saúde das parturientes, com objetivo de prevenir complicações e prestar um atendimento de qualidade e resolutividade. Assim como a qualidade e de um bom acompanhamento do pré-natal, reflete diretamente no puerpério, onde se evidencia o entendimento, ou não, de conhecimentos e informações advindas da futura mãe com os cuidados consigo e com o recém-nascido. O acompanhamento puerperal, em diferentes cenários de prática, é essencial para evitar e reparar danos que possam ocorrer e instruir sobre os cuidados e condutas que mostram-se necessários e fundamentais. O presente exposto tem por objetivo abordar questões referentes ao puerpério e seu manejo clínico na Atenção Primária à Saúde, relacionando a temática com vivências desenvolvidas em um curso de Graduação em Enfermagem. Foi possível observar que o

profissional de enfermagem se depara com limitações e potencialidades dentro do serviço de saúde no que tange o cuidado à saúde da puérpera e do recém-nascido. Cabe ao profissional realizar buscas científicas que embasam seu cuidado e despendem esforços para que a assistência seja realizada com maestria e qualidade e a formação em enfermagem deve dar embasamento a essa busca. Dessa forma, conclui-se que é imprescindível a realização das consultas de puerpério por acadêmicos, para que estes tenham uma aproximação com a prática, reconhecendo os mais diversos cenários que possam ocorrer na Atenção Primária à Saúde e que permeiam a saúde da mulher no pós-parto, para que possa desenvolver habilidades profissionais.

PALAVRAS - CHAVE: Consulta de Enfermagem. Período Pós-Parto. Atenção Primária à Saúde.

WOMEN'S HEALTH IN THE POSTPARTUM PERIOD: EXPERIENCES IN ACADEMIC NURSING EDUCATION IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The assistance provided to women during the puerperium period should not be neglected, and it is necessary to guarantee comprehensive care, as the pillar of the Unified Health System (SUS) is concerned, disregarding the efforts of professionals both in the hospital and in Primary Health Care (APS). Recognizing the phenomena that permeate the puerperium, the professional must be attentive and carry out practices to promote and prevent the parturient's health, with the objective of preventing complications and providing quality and resolving care. As well as the quality and good prenatal care, it reflects directly on the puerperium, where the understanding, or not, of knowledge and information coming from the future mother with the care for herself and the newborn is evident. The puerperal follow-up, in different practice scenarios, is essential to prevent and repair damages that may occur and to instruct on the care and conduct that are necessary and fundamental. The purpose of the present article is to address issues related to the puerperium and its clinical management in Primary Health Care, relating the theme to experiences developed in an undergraduate nursing course. It was possible to observe that the nursing professional is faced with limitations and potentialities within the health service regarding the health care of the puerperal woman and the newborn. It is up to the professional to carry out scientific searches that support their care and to make efforts to ensure that care is carried out with mastery and quality, and nursing training should support this search. Thus, it is concluded that it is essential to carry out postpartum consultations by academics, so that they have an approximation with practice, recognizing the most diverse scenarios that may occur in Primary Health Care and that permeate women's health in the post delivery, so that you can develop professional skills.

KEYWORDS: Office Nursing. Postpartum Period. Primary Health Care.

1 | A CONSULTA DE PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O puerpério é definido, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (2020) como o período pós-parto. Assim, o puerpério é fase ativa do ciclo gravídico-puerperal, momento em que ocorrem múltiplos fenômenos hormonais. Ainda, este período é caracterizado como tendo início logo após a expulsão da placenta e seu término sendo

até seis a oito semanas pós-parto. Destaca-se também que este período é marcado pela notada atenção e cuidados à saúde da criança, sendo a mulher muitas vezes deixada em segundo plano (DECS, 2020; GOMES; SANTOS, 2017).

O período do puerpério é marcado por grandes modificações: além das mudanças na rotina em relação ao bebê, o organismo da mulher passa pela involução, que constitui-se de mudanças corporais e psicoemocionais. Além das alterações no sistema reprodutor, que em um determinado tempo involui para sua forma pré-gravídica, são notadas outras transformações fisiológicas no corpo da mulher, como no metabolismo, sistema cardiovascular, respiratório, endócrino, tegumentar, gastrointestinal, musculoesquelético, hematológico e no sistema urinário. Estas modificações corporais por si só já causam desconfortos físicos e emocionais (GOMES; SANTOS, 2017).

Além disso, o puerpério é também um período marcado por intensas emoções: a mulher, agora mãe, apresenta sentimentos ambivalentes, tais como euforia, alívio e abandono. Isso se deve, em parte, à mudança nos fenômenos hormonais, mas principalmente às alterações nos relacionamentos interpessoais e familiares. Durante a gestação, é a gestante que recebe toda a atenção dos amigos, familiares e profissionais de saúde, momento em que existe forte “romantização” da gestação. Porém, após o parto é comum que a atenção e os cuidados se voltem para a criança, recém-nascida, o que pode causar sentimentos de abandono na puérpera (GOMES; SANTOS, 2017).

Sendo assim, a assistência à puérpera deve iniciar logo após o parto, no ambiente hospitalar, com posterior acompanhamento na Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações desenvolvidas pela ESF qualificam o acompanhamento e estrutura as condições para que o indivíduo, família e comunidade possa de fato possuir o empoderamento sobre sua saúde e o processo saúde-doença, quando for o caso, assim geradas por meio da equidade, acessibilidade, e o cuidado singularizado a cada indivíduo (MALTA et al., 2016). De modo igual, faz-se a assistência que percorre o período em que mulher e bebê estão envolvidos no puerpério.

Como dito anteriormente, autores defendem que nesta etapa acontecem mudanças nas emoções e nas relações interpessoais, além das mudanças físicas. Nestas particularidades é recomendado que os profissionais atentem para as necessidades da puérpera, sendo a Visita Domiciliar (VD) uma grande aliada das equipes (GOMES, 2017; VILELA, 2018; BARATIERI, 2019). Assim, o Ministério da Saúde recomenda que essas tenham um acompanhamento durante os 42 dias do pós parto, a qual a primeira visita deve acontecer até o décimo dia após o parto, mas recomenda-se que ocorra na primeira semana, caso não tenha uma classificação de risco, adiantando essa consulta para pelo menos 3 dias pós parto se essa for a situação (BRASIL, 2005).

Desta forma, objetivando promover um cuidado integral, a ESF à qual a mulher e a criança estão vinculadas é responsável por acompanhar todo o período puerperal, desde o parto. Para tanto, a maternidade encaminha um relatório dos procedimentos,

medicamentos e possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento para que a equipe possa atentar para estes aspectos na VD. De modo geral, as visitas puerperais objetivam acompanhar o estado de saúde da mulher, conferindo o retorno às condições pré-gravídicas; verificar o estado de saúde do recém-nascido (RN); avaliar e apoiar o aleitamento materno; orientar o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar a interação da mãe com o recém-nascido e, ainda, complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (VILELA, 2018; BARATIERI; NATAL, 2019).

As visitas do puerpério contribuem principalmente para a identificação dos principais problemas relacionados ao puerpério, de modo a apresentar uma resolução rápida às necessidades de saúde identificadas, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde. Destaca-se que o controle da mortalidade materna está intimamente relacionado ao acesso e à qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde, principalmente durante o parto e o puerpério, visto que a maioria das situações de morbimortalidade materna ocorrem na primeira semana após o parto (VILELA, 2018; BARATIERI, 2019).

Assim, entende-se a VD como uma forte aliada para dar continuidade o cuidado da mulher, agora denominado período puerperal, como todas estratégias e práticas para reduzir aspectos não vistos em outros setores, já que no domicílio é possível perceber muitas das necessidades e dificuldades enfrentadas pela mulher em seu cotidiano. Como aqueles apontados nos determinantes sociais de saúde, como o ambiente que essa mulher vive, condições de alimentação e higiene, a relação familiar, dentre outras. Atrelando essas ações a uma visão holística perante ao cuidado da mulher, com uma atenção integral de saúde, exercendo a prevenção e promoção da saúde de maneira científica e humanizada (ARAÚJO; SILVA; CASTRO, 2019)

Os índices de realização de consultas de puerpério no Brasil variam entre 16,8% a 58%, sendo esses dados considerados baixos, atentando para as limitações frente ao agendamento prévio das consultas, desinformação e falta de capacitações dos profissionais de saúde relacionados ao pós-parto, sendo que as ações são mais voltadas ao recém-nascido e não à puérpera (BARATIERI, 2019). Assim entende-se que há uma necessidade de contínua formação dos profissionais, como educação permanente e continuada, além das condições de estrutura para sua realização.

Observa-se, através das ações da Atenção Primária e da atuação das ESFs nas consultas realizadas pelos profissionais e demais encaminhamentos, uma redução da morbimortalidade materna desta fase (MALTA et al., 2016). Ainda, além de atuar na prevenção e monitoramento da violência sofrida pela mulher, estas ações também viabilizam a resolutividade da situação de saúde das mulheres, como previsto na APS, sem excesso de encaminhamentos à outros serviços de saúde (BARATIERI; NATAL, 2019; ARAÚJO; SILVA; CASTRO, 2019).

Por meio da realização das VD's e das consultas de puerpério, realizadas pelos

profissionais da saúde que compõem a ESF, são vários os benefícios gerados à puerpera, indo além da promoção e prevenção da saúde do meio físico. Assim, a atenção primária traz pontos relevantes para a promoção da saúde mental da mulher e prevenção de complicações da temática no pós parto, já que a VD por meio da Atenção Primária é uma aliada no diagnóstico, nos cuidados contínuos e na recuperação (ARAÚJO; SILVA; CASTRO, 2019).

Dentre os profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família que realizam consultas, visitas domiciliares e demais procedimentos que envolvem o puerpério, destaca-se a atuação do enfermeiro. Tanto no espaço físico da Unidade Básica de Saúde como no domicílio, o enfermeiro apresenta as competências necessárias para realizar uma consulta de puerpério de qualidade, desde a anamnese e o exame físico, até o aprofundamento necessário para compreender e considerar as influências dos determinantes sociais de saúde na saúde da mulher e da criança durante o puerpério. Da mesma forma, o enfermeiro é apto para direcionar tais situações com resolutividade (GOMES, 2017; MEDEIROS, 2016).

Concomitantemente, o enfermeiro deve ter um olhar para além dos aspectos fisiopatológicos, promovendo uma escuta qualificada e levando em consideração todos os determinantes sociais que envolvem a paciente e suas questões biopsicossociais.

É importante salientar a Visita Domiciliar para um consulta de puerpério exige empatia e paciência dos profissionais, pois além de estar adentrando na residência da usuária, o que por si só já causa desconforto, a mesma encontra-se em um momento delicado emocional e fisicamente, podendo estar enfraquecida, cansada ou até mesmo deprimida.

Por outro lado, é possível estabelecer um vínculo entre paciente e profissional, o que contribui para criar um ambiente de confiança, no qual o profissional pode encorajar a paciente a expressar seus sentimentos, sendo este um local de troca e empoderamento da puerpera, e um saber impositivo, verticalizado, respeitando os saberes existentes (MEDEIROS, 2016).

Destaca-se que a criação de vínculo entre profissional e paciente é importante ferramenta para amenizar possíveis desconfortos e promover um espaço de diálogo sincero e descontraído, onde a mesma se sinta confortável para verbalizar dúvidas de qualquer origem.

21 A CONSULTA DE PUERPÉRIO COMO EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) possui carga horária total de 4395 horas, divididas em 10 semestres/fases e tem como objetivo principal formar enfermeiros generalistas com capacidade crítica, reflexiva e criativa, habilitado para o trabalho de enfermagem nas dimensões do cuidar,

gerenciar, educar e pesquisar, com base em princípios éticos, conhecimentos específicos, interdisciplinares, considerando o perfil epidemiológico e o contexto sócio-político, econômico e cultural da região e do país, contribuindo para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Dentre as atividades englobadas na carga horária citada, estão as Atividades Teórico-Práticas (ATP), as quais, como o próprio nome já diz, são caracterizadas pela imersão dos acadêmicos em alguns serviços de saúde por determinado período de tempo, após concluída a fase inicial do componente curricular, que consiste na parte teórica. Esta imersão acontece em grupos de discentes supervisionados por um docente e acontece em diversos serviços como: Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Saúde da Família, hospitais, ambulatórios, entre outros. As imersões são sempre voltadas para a temática abordada anteriormente naquele semestre, de forma a proporcionar aos alunos a experiência do processo saúde/doença.

Sendo assim, na 7ª fase do curso é ofertado o Componente Curricular intitulado “Cuidado no Processo de Viver Humano II”, que faz parte da grade curricular e é constituído por 22 créditos (12 teóricos e 10 práticos). Dentre os temas abordados no componente, destaca-se a Saúde da Mulher. Assim, na fase inicial do componente são realizados intensos ciclos de aulas, os quais buscam abranger, dentre outros assuntos, a saúde da mulher de forma ampla e em todas as suas facetas - saúde reprodutiva, ciclo gravídico-puerperal, situações de violência, planejamento familiar e métodos anticoncepcionais. Após as discussões em sala de aula, ocorrem então as ATP's, momento em que os discentes, supervisionados por um docente, podem explorar o serviço de saúde da região, tanto no âmbito hospitalar, quanto na Atenção Primária.

As atividades referentes ao ambiente hospitalar nesta fase do curso são desenvolvidas em um hospital público na cidade onde se localiza o campus da UFFS, sendo que os acadêmicos desenvolvem as práticas em duas unidades da instituição: o Centro Obstétrico (CO) e a Maternidade. O contexto do puerpério é vivenciado na maternidade, espaço no qual realiza-se a verificação dos sinais vitais das parturientes, bem como avaliação do seu estado geral de saúde, aferição da temperatura dos recém-nascidos e visita de enfermagem acompanhando a enfermeira assistencial da unidade. Como parte da atuação do enfermeiro, também desenvolve-se a escuta ativa, ouvindo os relatos de partos, sanando as dúvidas que surgiam e realizando orientações sobre autocuidado (padrão de sono, alimentação, hidratação, higiene, autoestima), planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido, além de ouvir suas queixas e auxiliar para dar resolutividade ao problema.

No âmbito da atenção primária, os acadêmicos desenvolvem ações em Centros de Saúde da Família (CSF's) do município. Dentro dos CSF's, as ações são divididas entre a consulta de enfermagem e a Visita Domiciliar, ambas direcionadas às puérperas e ao recém nascido, onde é possível avaliar a situação de saúde da família, sob supervisão do docente.

Os roteiros das consultas são baseados no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério elaborado pelo Ministério da Saúde, que propõe também a realização da anamnese e exame físico. As questões abordadas são: informações sobre a gestação e o parto; aleitamento; alimentação, sono e atividades; possíveis intercorrências (dor, sangramento anormal); planejamento familiar; condições psicoemocionais e sociais (BRASIL, 2005). De acordo com a agenda de consultas do CSF, as acadêmicas vão se inserindo e assumindo essa atividade ao longo do período de práticas, sendo que as consultas sempre acontecem com uma dupla de acadêmicas, acompanhadas pela docente responsável.

Assim, durante o ano de 2019, foram vivenciadas experiências com a consulta de puerpério, tanto no ambiente da unidade como na realização das VD's. Inicialmente, o grupo de discentes foi separado em duplas, e cada dupla realizou uma consulta prévia ao histórico de saúde da paciente através do prontuário eletrônico, consultando a carteira da gestante, nos quais se fez uma análise sobre como se deu o parto e se houveram intercorrências. Assim, as discentes podem elencar pontos a serem analisados e abordados durante a Visita Domiciliar.

Dessa forma, cada dupla, acompanhada da docente e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) correspondente, vai até a casa das pacientes. Ressalta-se a importância da presença do ACS, visto que o mesmo já conhece o território e possui vínculo com a usuária, o que pode facilitar a aproximação inicial entre as acadêmicas e a puérpera. Assim, na parte inicial da visita, é solicitado a carteira da gestante, bem como a carteira da criança, momento em que são analisadas as informações referentes ao pré-natal e ao parto.

Em seguida, a anamnese e exame físico propriamente ditos são efetivados, momento em que a acadêmica conversa com a puérpera a fim de confirmar os dados coletados nas carteiras da gestante e da criança e ainda buscar informações que não constam nesses documentos, como situações e sentimentos que a mulher possa ter vivenciado no período pré-natal, durante o parto e puerpério. O exame físico, como supracitado, avalia aspectos do ciclo gravídico-puerperal e busca por anormalidades características do período pós-parto, ou ainda sinais que possam indicar violência infligida por si mesma ou por outros.

Após a anamnese e exame físico da puérpera e do RN, a VD se encaminha para a retirada de dúvidas e as orientações com relação ao período de puerpério e acompanhamento da puericultura. Nessa fase da consulta, são importantes as ferramentas de comunicação, para que haja uma certeza de que a informação é recebida e compreendida pela mulher. A exemplo disso, ao realizar orientações sobre a amamentação, é imprescindível verificar se o que foi informado é possível de ser reproduzido pela mãe, e uma das formas de fazer isso é pedir para que ela amamente a criança naquele momento, quando possível.

Além disso, a capacidade do enfermeiro em considerar todos os determinantes sociais que influem sobre aquela família também interfere na VD: no momento em que são esclarecidas questões sobre a alimentação do RN e da mãe, por exemplo, é importante saber se aquela família apresenta condições de fazer aquilo que lhe é recomendado. Por

vezes, ao basear-se nos protocolos, o profissional pode esquecer que toda e qualquer recomendação deve ser adaptada à realidade de cada pessoa, caracterizando um cuidado individualizado.

Especificamente, durante o esclarecimento de dúvidas, é crucial a postura ética e empática do acadêmico, de modo que a puérpera possa verbalizar todas as suas necessidades, mesmo que ela as ache insignificantes, não relacionadas à consulta ou embaraçosas. Dessa forma, esse momento pode suscitar questões sobre a mulher e/ou sobre a criança que possam ser importantes para o cuidado à saúde e possíveis encaminhamentos.

Assim, ao final da visita, é importante que, mesmo enquanto acadêmicas, seja reforçado o vínculo da puérpera com o CSF, de forma a garantir a continuidade do cuidado. Dentre as orientações dadas durante a VD, o esclarecimento acerca do acompanhamento do puerpério e das consultas de puericultura são pontos chave para redirecioná-la ao serviço, com o intuito de manter a família sempre vinculada aos profissionais, além de fortalecer sua relação com o ACS.

Dentre as potencialidades observadas, destaca-se que a VD é importante não somente para as acadêmicas, que podem experienciar o processo saúde/doença e o atendimento ao usuário, mas também para a puérpera, pois constitui um momento em que a mesma pode sanar dúvidas sobre este período e tranquilizar-se quanto às questões de saúde própria e da criança. Ainda, nota-se que, por vezes, as puérperas se sentem desconfortáveis em fazer alguns questionamentos na consulta no CSF, o que reafirma a importância da criação de vínculo e da VD no sentido de deixá-la confortável a fim de oferecer suporte a quaisquer que sejam suas necessidades.

Dentre os desafios encontrados, destaca-se a dificuldade de contato com as puérperas na primeira semana pós-parto. Ao longo das vivências, foi possível perceber que durante este período as mulheres tendem a ficar reclusas e pouco receptivas. Perante isso, ressalta-se a importância de, ainda no ambiente hospitalar, a puérpera receber as orientações acerca do período do puerpério e a importância da VD para acompanhamento do seu estado de saúde nos primeiros dias pós-parto.

Outro desafio observado relaciona-se com a presença de familiares (geralmente mãe e/ou sogra) no momento da visita e na convivência diária com a puérpera. Práticas antigas e de cunho popular muitas vezes podem interferir nas recomendações profissionais, por exemplo a crença de colocar uma moeda no coto umbilical. Tais práticas podem prejudicar os cuidados com o RN, visto que na maioria das vezes elas são postas de forma impositiva pela família, além de privar a mãe de tomar as decisões acerca da saúde do filho, tendo como base o que ela acredita/defende em detrimento às crenças e culturas familiar.

Como forma de superar os desafios, aconselha-se que o profissional enfermeiro foque em estratégias de comunicação e de empatia, visando construir vínculo com a puérpera, de forma a minimizar o desconforto gerado ao longo da visita e fortalecer a

relação de confiança da puerpera com as orientações dadas pelo profissional. Desta forma, as orientações e resoluções de dúvidas que surgirem, podem ser feitas de forma a deixar a mulher confortável e empoderá-la frente ao cuidado com a saúde do RN e dela própria.

Fica visível pela prática no processo de formação que no decorrer das consultas de enfermagem, seja na própria unidade ou ainda nas visitas domiciliares, a observação e o manuseio de protocolos e roteiros auxiliam na tentativa de qualificar a assistência prestada no puerpério. Deste modo, nas práticas aqui relatadas fez-se possível por meio das ATP's o desenvolvimento de um roteiro que auxilia nos momentos da realização da assistência em enfermagem, contendo aspectos da saúde da mulher e também do bebê.

Sendo assim, percebe-se que tais atividades e discussões proporcionam acréscimos à formação profissional em Enfermagem, dentro de uma especialidade com tantas peculiaridades como é a saúde da mulher e obstetrícia. As vivências em saúde da mulher, particularmente no período do puerpério, possibilitam ao acadêmico não somente a prática de conceitos teóricos anteriormente estudados, como também o exercício de várias das dimensões da Enfermagem, como ensino, assistência e gestão, bem como exercitam seu olhar integral sobre a saúde, seus determinantes e condicionantes.

Diante do exposto, é evidente a importância das Atividades Teórico-Práticas com enfoque nas consultas de puerpério para a formação do acadêmico de Enfermagem. Como já afirmado anteriormente, ressalta-se que o vínculo com os pacientes se torna efetivo durante toda a trajetória da graduação, para associar a teoria com a prática, além de possibilitar a vivência de situações particulares que, por vezes, podem ser de difícil abordagem teórica. Conclui-se, a partir das vivências, que os benefícios da inclusão acadêmica nas ações que envolvem o puerpério são significativos tanto para as alunas envolvidas, quanto para as pacientes por estas assistidas. Através da escuta ativa, das orientações repassadas e do acompanhamento frequente destas mulheres, nas unidades de saúde ou em domicílio, é possível fornecer uma assistência e cuidado integrais e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. G. de; SILVA, E. M. da; CASTRO, A. P. de. Acessibilidade Puerperal na Atenção Primária em Saúde: Revisão Integrativa. **Revista Interdisciplinar em Violência e Saúde**, Cajazeiras, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<http://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/view/52/97>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – Manual Técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

DECS - Descritores em Ciências da Saúde. **Descritor Português: Período Pós-Parto**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GOMES, G. F.; SANTOS, A. P. V. dos. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 211-220, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n.1, p. 112-119, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160015>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VILELA, M. L. F.; PEREIRA, Q. L. C. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. **Journal Health NPEPS**, Barra do Garças, v. 3, n. 1, p. 228-240, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.30681/252610102908>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/08/2020

Elayne Cavalcante Evangelista

Faculdade de Quixeramobim- UNIQ
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0585683722504160>

Denise Silva dos Anjos

Faculdade de Quixeramobim- UNIQ
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6662013224368906>

Karoline da Silva Freire

Faculdade de Quixeramobim- UNIQ
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0581293007730333>

Lindamir Francisco da Silva

Escola de Saúde Pública -ESP
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0355985062151730>

Juliana do Nascimento Freitas

Universidade Federal do Ceará- UFC
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9042064000766969>

RESUMO: **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem e nutrição no desenvolvimento de atividade interdisciplinar de promoção a saúde e prevenção à hipertensão arterial sistêmica. **Metodologia:** estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em maio de 2018 por acadêmicos dos cursos de Nutrição e Enfermagem do

Ensino Superior Privado, cujo público-alvo foi os pacientes que se encontravam na sala de espera em uma unidade primária de saúde na cidade de Fortaleza. **Resultados:** durante a realização da atividade, evidenciou-se um conhecimento deficiente da população acerca da hipertensão. Após as orientações, verificou-se que os participantes tornaram-se conscientes acerca da alimentação e das boas práticas de saúde, além de demonstrarem satisfação pela realização da atividade e o cuidado promovido pelos futuros profissionais da saúde. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de desenvolver mais estudos relacionados ao tema, para estimular a promoção à saúde e prevenção da hipertensão, impactando no bem estar da população.

PALAVRAS - CHAVE: enfermagem; nutrição; hipertensão arterial sistêmica; educação em saúde.

INTERDISCIPLINARY ACTIVITY IN HEALTH PROMOTION AND PREVENTION TO ARTERIAL HYPERTENSION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: to report the experience of nursing and nutrition academic students in the development of an interdisciplinary activity of health promotion and prevention to systemic arterial hypertension. **Methodology:** a descriptive study of an experience report type, developed in May 2018 by academics from the Nutrition and Nursing classes of Private Higher Education, whose target audience was patients who were in the waiting room at a primary health unit in the city of Fortaleza. **Results:** during the

activity, it was evidenced a deficient knowledge of the population about the hypertension. After the orientations, it was verified that the participants were more conscious about good practices of health and nutrition, and they demonstrated satisfaction related to the activity and the promoted care by the future health professionals. **Conclusion:** it was evidenced the necessity of developing more studies about the theme, in order to stimulate health promotion and prevention of hypertension, impacting the well-being of the population.

KEYWORDS: nursing; nutrition; systemic arterial hypertension; health education.

1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de etiologia multifatorial de alta prevalência e baixas taxas de controle, se estabelecendo como questão relevante de saúde pública global em virtude do seu caráter crônico e incapacitante (MACHADO, et al., 2016). Embora considerada o mais importante fator de risco de morbimortalidade para as doenças cardiovascular, cerebrovascular e renal, tem sido constantemente negligenciada por evoluir de forma assintomática e sem consequências imediatas à interrupção do tratamento (EINLOFT, et al., 2016).

No Brasil, a HAS, acomete 32,5% da população adulta e mais de 60% dos idosos, sendo responsável por 50% das mortes por doenças cardiovasculares. A prevalência desta enfermidade, no país, varia de acordo com a população estudada, e com o método de avaliação utilizado, gerando algumas discrepâncias nos dados publicados (MALACHIAS, et al., 2016).

Em decorrência dessas evidências epidemiológicas e do elevado impacto socioeconômico, estabeleceram-se estratégias com objetivo de estimular a promoção à saúde, a prevenção do desenvolvimento da HAS, o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida e se necessário, do uso regular de medicamentos (MALACHIAS, et al., 2016).

Há consenso sobre os benefícios para a saúde cardiovascular de não fumar, ter uma dieta equilibrada, fazer exercícios regulares, manter-se ativo e manter o bem-estar mental. No entanto, existem controvérsias sobre as melhores estratégias que levam as pessoas a modificar o estilo de vida^(1,4). A baixa adesão dos pacientes as orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença (MACHADO, et al., 2016).

As ações de educação em saúde objetivam estimular a população para o verdadeiro valor da saúde, instigando-os a se tornarem corresponsáveis pelo processo saúde-doença. Neste contexto, emergem as práticas interdisciplinares compreendidas como um esforço amplo, que excede as capacidades e recursos de um único profissional ou disciplina, fundamentando-se em princípios de inclusão, com a colaboração de equipes multiprofissionais, objetivando atender as necessidades complexas relacionadas à saúde das pessoas (BERNARDI et al., 2017). O atendimento multiprofissional contempla a

terapêutica farmacológica, e a promoção da nutrição adequada, a realização de atividades físicas, além de promover o empoderamento dos indivíduos (DA SILVA, et al., 2015)

A partir dessa problematização buscou-se despertar nos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma Unidade Primária de Atenção à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza o conhecimento sobre a patologia e medidas profiláticas, bem como fornece orientações sobre alimentação saudável e a prática de atividades físicas voltadas para a prevenção e combate da hipertensão arterial.

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem e nutrição no desenvolvimento de atividade interdisciplinar de promoção a saúde e prevenção à hipertensão arterial sistêmica.

2 | METODOLOGIA

Estudo do tipo relato de experiência de caráter descritivo. A atividade foi realizada na rede pública na UAPS localizada na cidade de Fortaleza-CE, no mês de maio de 2018, por acadêmicos de Enfermagem no estágio supervisionado em Atenção Primária e por acadêmicos de Nutrição de outra instituição de ensino superior privada, sob supervisão dos respectivos preceptores de estágio.

O principal objetivo da atividade educativa foi realizar a promoção à saúde com vistas à prevenção da hipertensão. Foram confeccionados panfletos com informação acerca dos principais fatores de risco e cuidados sobre a alimentação, a realização de exercícios físicos e a redução do sódio na alimentação. A população-alvo constituiu-se de pacientes presentes na sala de espera da unidade de saúde para diversos atendimentos.

A realização da atividade foi iniciada pelas acadêmicas de Enfermagem, dando as orientações sobre a alimentação, exercícios físicos, orientações de prevenção, fatores de risco e quais os critérios para diagnóstico da hipertensão arterial. Posteriormente, os acadêmicos da Nutrição conversaram sobre alimentos com excesso de sódio e alimentos considerados adequados para ingestão de paciente hipertenso e para a prevenção da doença crônica hipertensiva. Houve também a demonstração de ervas que podem ser utilizadas ao temperar os alimentos, a fim de reduzir o uso de sal e condimentos na alimentação. Ao final, as acadêmicas de enfermagem realizaram a aferição da pressão arterial e as acadêmicas de nutrição verificavam peso, altura, circunferência abdominal e calcularam o índice de massa corporal (IMC).

No final, as pessoas que participaram de todas as etapas da atividade recebiam como brinde um sachê contendo sal de ervas, panfletos com as orientações de enfermagem e de nutrição sobre mudanças para um estilo de vida mais saudável. Ao final, foi oferecido um lanche composto por um sanduiche integral e um suco natural.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O evento iniciou-se com palestra de curta duração ministrada pelo grupo de acadêmicas de enfermagem acerca do conceito de hipertensão arterial, seus fatores de risco, complicações, bem como orientações sobre medidas preventivas.

A HAS é à condição onde o valor da pressão exercida pelo fluxo sanguíneo nas paredes arteriais permanece elevado e de modo sustentado, com valores iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e iguais ou acima de 90 mmHg para a pressão diastólica (PA \geq 140 X 90 mmHg), de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (MALACHIAS, *et al.*, 2016).

Como a hipertensão arterial é classificada como uma condição clínica multifatorial, é importante orientar a população em geral sobre os fatores de risco, complicações, bem como suas medidas preventivas. Dessa forma, faz-se necessário o reconhecimento dos principais fatores de risco associados a esta patologia, a saber: idade, sexo, raça, história familiar, ingestão alimentar rica em gorduras, acréscimo de sal aos alimentos, obesidade, estresse, tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcionais orais como fatores potencializadores que são capazes de influenciar diretamente na qualidade vida de indivíduos acometidos tanto na capacidade física, emocional, social, atividade intelectual, exercício profissional como em outras atividades desenvolvidas rotineiramente (SOUSA, *et al.*, 2015).

É importante também estimular modificações no estilo de vida não só em caráter curativo, mas também preventivo. Neste sentido, de acordo como o Ministério da Saúde, entre as principais orientações dos profissionais da saúde para os pacientes hipertensos ou não estão: alimentação saudável, prática regular de atividade física, consumo controlado de sódio e álcool e a regular ingestão de potássio (BRASIL, 2013). Essas orientações têm como objetivo controlar os níveis pressóricos e reduzir o índice de mortalidade cardiovascular, associando-se também ao tratamento medicamentoso (RIBEIRO, *et al.*, 2015).

Logo após houve a demonstração de alimentos que apresentam quantitativo excessivo de sódio; alimentos indicados para uma dieta saudável; e alimentos alternativos para substituir o sal de cozinha e que propiciam sabor agradável ao paladar. Ao falar em hipertensão, um dos principais fatores atribuídos pela população à sua ocorrência é o exagerado consumo de sal. No entanto, muitos desconhecem o fato de que em muitos alimentos já há a adição de sódio em seu preparo industrial. Sabe-se que a quantidade de sódio recomendada deve ser inferior a 2g por dia, entretanto, além do sal de cozinha adicionado no preparo dos alimentos, já existe a adição do cloreto de sódio em cada alimento adquirido nos supermercados, principalmente os industrializados e condimentos, o que já reduz simultaneamente a quantidade de sal que devemos acrescentar ao preparar as refeições (BRASIL, 2014).

Além destas orientações, foi realizada também uma explanação acerca dos eventos adversos, ou complicações, que a pressão arterial elevada pode acarretar ao organismo

acometido. Sabe-se que a HAS está associada a alterações metabólicas e a modificações nas funções de órgãos vitais, o que pode ocasionar eventos cardiovasculares, como doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, manifestadas por isquemias cardíacas, doença cerebrovascular, vascular periférica e renal, as quais estão associadas a altas taxas de mortalidade (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Associado às informações anteriores, foram realizadas orientações acerca dos critérios que levam ao diagnóstico da hipertensão arterial, fazendo parte desta ação a aferição da pressão arterial dos participantes como método de rastreamento. Segundo o Ministério da Saúde, o diagnóstico de HAS se dá pela média aritmética da Pressão Arterial quando for maior ou igual a 140/90mmHg, verificada no mínimo em três dias diferentes com intervalo de uma semana entre uma medida e outra. Ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três para obter essa medida e classificá-la em hipertensão estágio 1, 2 ou 3, conforme indicado (BRASIL, 2013).

A verificação da pressão arterial na rotina do acolhimento juntamente com a demanda espontânea, atividade que já vem sendo inserida nas unidades de saúde, é um ponto chave que pode ser utilizado para a identificação de pacientes que ainda não sabem que são portadores de HAS. Dessa forma torna-se possível vincular esses indivíduos ao programa Hipertensos e Diabéticos, o HIPERDIA (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Somada à verificação da pressão arterial, a avaliação antropométrica é um importante fator para o diagnóstico nutricional, onde o profissional, com base em seus valores, é capaz de realizar a classificação do estado nutricional do paciente além de verificar se há ou não risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Durante o desenvolvimento da atividade, evidenciou-se uma deficiência de conhecimento da população acerca de medidas profiláticas contra a hipertensão. Muitos participantes relatam alimentação rica em condimentos industrializados, ricos em sódio, e consumo de alimentos que contribuem negativamente para a manutenção da saúde. Após as orientações, verificou-se que os participantes tornaram-se mais conscientes acerca da alimentação e das boas práticas de saúde, além de demonstrarem satisfação pela realização da atividade e o cuidado promovido pelos futuros profissionais da saúde.

4 | CONCLUSÃO

Trabalhar a educação em saúde no âmbito da atenção primária é de fundamental importância para a formação dos futuros profissionais da saúde. Na enfermagem, tal fato torna-se imprescindível pois um dos principais pilares de atuação da equipe de enfermagem é a promoção à da saúde por meio da educação, seja ela individual ou coletiva.

Visto que as doenças crônicas ocupam o topo do ranking dos agravos de saúde que mais acometem a população mundial, torna-se necessária a incisiva atuação dos profissionais da saúde, no tocante à promoção do conhecimento acerca dos fatores

preventivos e das consequências de tais agravos.

O desenvolvimento deste trabalho com grupo interdisciplinar composto por acadêmicos de Enfermagem e de Nutrição contribuiu não só para a ampliação do conhecimento da população acerca das medidas de prevenção e controle da hipertensão, mas também para o desenvolvimento acadêmico e profissional dos estudantes envolvidos na atividade que experienciaram a atenção interdisciplinar, habilidade importante para a futura atuação na equipe de saúde.

Evidenciou-se ainda a necessidade de desenvolver mais trabalhos relacionados ao tema, com vistas a estimular a promoção da saúde e prevenção da hipertensão, impactando no bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

BERNARDI, Luana et al. **A interdisciplinaridade como estratégia na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em crianças: uma revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3987-4000, 2017.

BRASIL, M. da S. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.**—Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, p. 10, 2013.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** 2014.

DA SILVA, Jorge Luiz Lima et al. **Hipertensão arterial e estilo de vida de trabalhadores aquaviários.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 6, p. 790-798, 2015.

EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento et al. **Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família.** *Revista de Nutrição*, v. 29, n. 4, p. 529-541, 2016.

GIRÃO, Ana Livia Araújo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. **Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, 2016.

MACHADO, Juliana Costa et al. **Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 611-620, 2016.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 14—Crise Hipertensiva.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 79-83, 2016.

RIBEIRO, Ícaro José Santos et al. **Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde.** *Saúde em Debate*, v. 39, p. 432-440, 2015.

SOUSA, Antônia Sylca de Jesus et al. **Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família.** 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of cardiovascular disease.** World Health Organization, 2007.

OCORRÊNCIA DE RAIVA EM HERBÍVOROS DO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-MG, NOS PERÍODOS DE 2015 A 2019

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 19/08/2020

Jehsse Ferreira Pacheco

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/4088376981873848>

Danielle Vitorino Moraes

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/2887378199822501>

Gabriela Ferreira Santos

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/7022092824485553>

Getulio Luiz Rabelo Neto

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/3236440568125564>

Liandra Laís Luna Melo

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/9130944033694818>

Yasmim Eduardo Cruvinel

Centro Universitário IMEPAC
Araguari– MG
<http://lattes.cnpq.br/7664244044997419>

RESUMO: A raiva consiste em uma doença viral, de evolução aguda, altamente contagiosa que ocorre mundialmente, visto que apresenta

prevalência em todo território nacional, sendo endêmica em diversas regiões do Brasil, e considerada uma das doenças de maior importância tanto socioeconômica como para a saúde pública, pois trata-se de uma zoonose que acomete múltiplas espécies de mamíferos, apresenta altas taxas de letalidade, e que pode ocorrer no ambiente urbano, rural, aéreo e selvagem, tendo em cada local um animal reservatório, que contribui para a circulação do vírus nestes ambientes. O presente estudo tem como objetivo determinar a ausência ou circulação do vírus na região, e ressaltar a importância da implantação ou aprimoramento das medidas de vigilância epidemiológica que visam controlar ou prevenir a ocorrência da doença. Foi realizado um levantamento dos casos positivos para raiva em herbívoros (bovinos e equinos) que ocorreram e foram registrados no município de Araguari –MG, durante o período de 2015 a 2019, bem como uma comparação com o número de casos registrados no Estado de Minas Gerais nos anos anteriores a 2015. Os registros foram obtidos por meio de fichas de notificação enviadas ao Instituto Mineiro de Agropecuária – IMA. Foram registrados oito casos da doença sendo em bovinos e equinos de cinco propriedades rurais do município no ano de 2018. Os resultados sugerem a necessidade de um melhoramento na eficiência das medidas de controle e prevenção da doença no ambiente rural do município, bem como a realização de mais estudos recentes em relação a ocorrência da doença nos demais ambientes, visto que a presença de bovinos e equinos infectados bem como de morcegos hematófagos favorece a

disseminação e infecção da doença, representando um fator de risco para os animais e para a população humana.

PALAVRAS - CHAVE: Raiva. Herbívoros. Circulação. Controle. Prevenção.

OCCURRENCE OF RABIES IN HERBIVORES OF THE MUNICIPALITY OF ARAGUARI-MG, IN THE PERIODS FROM 2015 TO 2019

ABSTRACT: Rabies is a viral disease, of acute evolution, highly contagious that occurs worldwide, as it has prevalence throughout the national territory, being endemic in several regions of Brazil, and considered one of the most important diseases for both socioeconomic and public health, because it is a zoonosis affecting multiple species of mammals, has high lethality rates, and can occur in the urban, rural, aerial and wild environment, having at each location a reservoir animal, which contributes to the circulation of the virus in these environments. This study aims to determine the absence or circulation of the virus in the region, and emphasize the importance of implementing or improving epidemiological surveillance measures aimed at controlling or preventing the occurrence of the disease. A survey of rabies-positive cases in herbivores (cattle and horses) that occurred and were recorded in the municipality of Araguari -MG, during the period from 2015 to 2019, as well as a comparison with the number of cases registered in the State of Minas Gerais in the years prior to 2015. The records were obtained by means of notification sheets sent to the Mining Institute of Agriculture - IMA. Eight cases of the disease were recorded in cattle and horses from five rural properties in the city in 2018. The results suggest the need for an improvement in the efficiency of disease control and prevention measures in the rural environment of the municipality, as well as further recent studies regarding the occurrence of the disease in other environments, as the presence of infected bovine and equine animals and hematophagous bats promotes the spread and infection of the disease, representing a risk factor for animals and the human population.

KEYWORDS: Rabies. Herbivores. Circulation. Control. Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A raiva consiste em uma doença infecciosa, de evolução aguda, altamente contagiosa, que inicialmente se desenvolve nos animais, e que também pode ser transmitida aos seres humanos ou vice-versa (antropozoonose). É causada pelo rabisvírus ou vírus da raiva (*Rabies lyssavirus*- RABV), pertencente a ordem *Mononegavirales*, à família *Rhabdoviridae*, e ao gênero *Lyssavirus*. Consiste em um RNA de fita simples, com formato de projétil, e envelopado, o que o torna resistente ao sistema imunológico do hospedeiro, mas pouco resistente ao ambiente (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016.; ICTV, 2015 e BRASIL, 2009 apud SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017.; GOMES, Laiza Bonela, 2017).

Assim, o vírus da raiva é sensível ao ambiente principalmente à luz solar e à temperatura ambiental, podendo ser facilmente inativado quando há a presença de temperaturas elevadas no ambiente. Além disso, os solventes lipídicos tais como álcool,

éter, acetona, amônio quaternário, iodo, além de ácidos e bases fortes, ambos quando presentes no ambiente também conseguem inativar o vírus (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016).

A eliminação do vírus da raiva no ambiente ocorre por meio de secreções sendo principalmente pela secreção salivar (saliva) de animais infectados, podendo estes serem morcegos (hematófagos ou não hematófagos), bem como outras espécies de mamíferos domésticos e silvestres. Estes animais podem eliminar o vírus no ambiente cerca de 2 a 4 dias antes do aparecimento dos sinais clínicos. A doença é transmitida por meio do contato direto de um animal com outro animal ou de um animal com os seres humanos como em mordeduras e/ou lambeduras, bem como em arranhaduras (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016.; SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017).

Assim, a doença pode acometer múltiplas espécies de mamíferos incluindo os seres humanos, pois os mesmos interagem com animais de diferentes formas e em diversos ambientes em decorrência dos processos sociais e agropecuários, o que possibilita a transmissão de doenças dos animais aos seres humanos (zoonoses) e vice-versa, favorecendo a circulação do vírus no meio ambiente (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016.; SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017).

2 | OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento dos casos positivos para raiva em herbívoros (bovinos e equinos) registrados no município de Araguari, localizado no estado de Minas Gerais entre os períodos de 2015 a 2019, e comparar com o número de casos registrados no Estado de Minas Gerais nos anos anteriores a 2015, tendo como finalidade determinar a ausência ou a circulação do vírus na região, ressaltando a importância da implantação e/ou aprimoramento das medidas de vigilância epidemiológica que visam o controle e a prevenção da enfermidade.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

A raiva é uma enfermidade que ocorre mundialmente, visto que apresenta prevalência em todo território nacional, sendo endêmica em diversas regiões do Brasil, e considerada uma das doenças de maior importância tanto socioeconômica como para a saúde pública, pois apresenta altas taxas de letalidade, alcançando na maioria dos casos 100% dos indivíduos. Além disso, a doença pode ocorrer no ambiente urbano, rural, aéreo e selvagem tendo em cada local um animal reservatório considerado fonte de infecção, visto que pode transmitir a enfermidade a outros animais susceptíveis, bem como aos seres humanos (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016.; SILVA,

Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017).

No ambiente urbano os cães seguidos pelos gatos domésticos são os principais animais considerados reservatórios da doença. No ambiente rural os principais reservatórios são os bovinos (*Bos taurus* e *Bos indicus*) e os equinos (*Equus caballus*, *Equus mulus*, *Equus asinus*), outros animais como caprinos, ovinos, e suínos, são também considerados transmissores da doença. No ambiente selvagem, os animais mais comumente encontrados com raiva são as raposas (*Vulpes vulpes*). Além das mesmas, os mamíferos silvestres como gambás, lobos, catetos, macacos, dentre outras espécies também são considerados reservatórios da doença (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016.; BANDEIRA, Elaine Denise et al, 2018).

No ambiente aéreo os morcegos pertencentes à ordem *Chiroptera*, tanto os hematófagos como os não-hematófagos são vetores de difícil erradicação sendo considerados os principais reservatórios da raiva. Dentre os morcegos hematófagos destaca-se os *Desmodus rotundus*, *Diaemus youngi*, e *Diphylla ecaudata*, que podem transmitir o vírus uns aos outros por meio de lambeduras, e para as suas progênes através das formas transplacentária e transmamária. Além disso, os morcegos juntamente com os animais silvestres são considerados mantenedores do vírus em todos os ambientes, visto que estão presentes nos mesmos podendo infectar todos os animais da região, bem como os seres humanos (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016).

O diagnóstico da raiva é realizado através dos sinais clínicos apresentados pelos animais, histórico dos mesmos, bem como por meio de exame histopatológico do tecido afetado, buscando a presença de corpúsculos de inclusão ou de Negri (material viral) intracitoplasmáticos, com formato de redondos a ovais e coloração eosinofílica, nas células do cerebelo (células de purkinje) do sistema nervoso central (SNC), bem como pela presença de vacúolos no mesmo, que promovem como consequência um aspecto esponjiforme (COSTA, E. A. et al., 2015.; MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016).

A doença apresenta dificuldades para a realização do diagnóstico precoce, devido ao fato de apresentar evolução aguda, bem como uma variação dos sinais clínicos, como consequência, em muitos casos, há ausência de diagnóstico etiológico precoce comprovado (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016).

Dentre as formas de controle e prevenção mais eficientes da doença destaca-se a realização da vacinação dos indivíduos saudáveis com vacina antirrábica específica para cada espécie. Além disso, deve-se controlar a doença em todos os seus ciclos (urbano, rural, silvestre e aéreo), realizando o tratamento dos morcegos hematófagos através da aplicação de pasta vampiricida, sendo esta uma substância à base de Warfarina, um anticoagulante que após ser ingerido pelos morcegos provoca hemorragia interna generalizada que leva os mesmos à morte. Deve-se também monitorar a população de cães e gatos errantes, e realizar a verificação de animais positivos com sinais clínicos da doença nas regiões, para

evitar a ocorrência de epizootias (doença em animais), e consequente disseminação da mesma no ambiente, podendo alcançar um grande número de indivíduos (MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos, 2016).

Em 1966, implantou-se o plano de combate à raiva em herbívoros, sendo este denominado atualmente de Programa Nacional de Controle da Raiva dos Herbívoros e outras Encefalopatias (PNCRH), que tem como principal objetivo reduzir a prevalência e a incidência da raiva em herbívoros domésticos (BRASIL, 2009 apud SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017).

Desde 1966, as medidas de controle da raiva no ambiente urbano e rural vem sendo aprimoradas, tornando-se cada vez mais eficientes, porém os animais silvestres e os morcegos assumem um importante papel na transmissão da enfermidade pois são também considerados reservatórios naturais, e além disso mantém o vírus da raiva nestes ambientes (SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al, 2017).

4 | METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento dos casos positivos de raiva em herbívoros (bovinos e equinos) de ambos os sexos, diferentes raças e idades variadas, que ocorreram e foram registrados no município de Araguari –MG, durante o período de 2015 a 2019.

Os registros dos casos positivos de raiva utilizados neste estudo, foram obtidos por meio de fichas de notificação enviadas ao Laboratório de Saúde Animal do Instituto Mineiro de Agropecuária – LSA/IMA, sendo este o órgão responsável por realizar o diagnóstico, bem como a notificação das enfermidades neurológicas encontradas nos animais de produção do Estado de Minas Gerais, tendo destaque para a raiva e as encefalopatias espongiiformes transmissíveis.

O município de Araguari consiste em um dos municípios pertencentes ao Estado de Minas Gerais, possui uma área territorial de 2.729,508 km². A população residente, segundo o último censo de 2010, era de 109.801 habitantes, e a população estimada em 2018 foi de 116.691 habitantes. A economia do município baseia-se na agricultura (produção de café) e pecuária, sendo considerado o quarto município do triângulo mineiro que produz em média 600.000 sacas de café por ano. Em relação à pecuária, o município de Araguari possui aproximadamente 1.800 propriedades rurais e cerca de 200 mil cabeças de gado (IBGE 2018).

O Estado de Minas Gerais está localizado na região sudeste brasileira, possui uma área territorial de 586.521,121 km² com 853 municípios sendo considerado o quarto estado brasileiro com maior área territorial, bem como o segundo estado com maior número de habitantes, e o terceiro com maior PIB (Produto Interno Bruto) entre os estados brasileiros. A população residente no último censo em 2010 era de 19.597.330 habitantes, com uma densidade demográfica média de 35,5 hab/km². A população estimada no ano de 2018 foi

de 21.040.662 habitantes (IBGE, 2018).

O estado de Minas Gerais apresenta uma economia baseada principalmente na agropecuária, bem como na agricultura (produção de café), e na extração de minérios, como ferro e manganês. Além disso, o Estado de Minas Gerais detém o maior número de bovinos e equinos do país, sendo o segundo estado brasileiro com maior rebanho bovino, apresentando 23.637.803 milhões de cabeças de gado (IBGE, 2018).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Instituto Mineiro de Agropecuária – IMA, durante o período de 2015 a 2019, foram registrados no total oito casos de raiva nos herbívoros (bovinos e equinos) em cinco propriedades rurais do município de Araguari-MG.

No ano de 2018, registrou-se 4 bovinos com dois anos de idade, 1 bovino com sete anos de idade, e 1 bovino com treze anos de idade. Ambos os animais foram provenientes de três propriedades rurais localizadas no município de Araguari-MG. Em relação aos equinos, foram registrados 2 animais com idade superior a seis meses, pertencentes a duas propriedades rurais do município de Araguari-MG. Ambos os resultados obtidos estão representados na tabela abaixo:

Espécie	Número de animais registrados	Idade	Número de propriedades
Bovino	6	2 anos (4 animais) 7 anos (1 animal) 13 anos (1 animal)	3
Equino	2	Superior a 6 meses	2

Tabela 01- Perfil da ocorrência de raiva no município de Araguari – MG.

A doença foi confirmada através da coleta de um fragmento (amostra), que pode ser retirado da região do córtex, hipocampo, cerebelo, bulbo ou medula espinhal do animal afetado, e posterior realização do exame laboratorial de imunofluorescência direta no Laboratório de Saúde Animal (LSA) do IMA.

Assim, pode-se dizer que a espécie bovina quando comparada à equina, foi a mais notificada, visto que apresentou 6 casos em 3 propriedades, seguida pela espécie equina que apresentou apenas 2 casos em 2 propriedades.

Os resultados obtidos estão em concordância com COSTA, E. A. et al (2015), que identificando os agentes infecciosos responsáveis por provocar enfermidades no sistema nervoso central de equinos do Estado de Minas Gerais, entre os períodos de janeiro de

2009 a janeiro de 2011, observaram que durante o período avaliado, a infecção pelo vírus da raiva foi diagnosticada apenas em casos isolados, caracterizando assim a ausência de surtos da doença nos animais.

LOPES, Edna et al (2015), avaliando a ocorrência de raiva em bovinos do estado de Minas Geras entre os períodos de 2006 a 2013 (valores mensais/temporais), observaram que a espécie bovina apresentou maior número de relatos, com 1007 casos (88,88%), seguida pela espécie equina que apresentou 112 casos (9,89%).

A ocorrência de maiores registros de raiva na espécie bovina, pode ser justificada pelo crescente número de rebanhos bovinos da região, bem como pelas características geográficas da mesma, que são propensas ao desenvolvimento de populações de morcegos, e devido ao manejo intenso observado na bovinocultura, há maior susceptibilidade dos animais, o que favorece a infecção dos mesmos (LOPES, Edna et al., 2015).

OLIVEIRA, Taismara S. et al (2012), realizou um estudo retrospectivo dos registros referentes às amostras de fragmentos coletados do sistema nervoso central (SNC) de bovinos com síndrome neurológica, que foram obtidas pelo laboratório de saúde animal do Instituto Mineiro de Agropecuária (IMA) de Minas Gerais, entre os períodos de janeiro de 2003 a junho de 2010, e avaliando a faixa etária dos animais, observou que os animais até um mês de idade, bem como os animais acima de 49 meses apresentaram menor frequência de positividade para raiva, o que poderia ser justificado pela transferência de imunidade passiva da fêmea bovina à sua progênie através do colostro durante à amamentação, bem como pela maior frequência de vacinação dos animais no decorrer da idade (Brambell 1958 apud OLIVEIRA, Taismara S. et al., 2012).

No entanto, os resultados obtidos estão em desacordo com PUGA, L. C. H. P. et al (2016), que relataram em 2011 um surto de raiva em uma propriedade rural localizada no município de Juiz de Fora, na região da zona da Mata do Estado de Minas Gerais, onde foi notificado ao IMA um caso de raiva em uma bezerra com um mês de idade que foi naturalmente infectada pelo vírus da raiva, cujo período de incubação foi inferior a 30 dias. Nesta propriedade houve um total de 9 bovinos e 2 equinos registrados com sinais clínicos neurológicos característicos da doença.

MENEZES, F. L. et al (2008), avaliando registros epidemiológicos de raiva em bovinos obtidos por fichas coletadas no estado de Minas Gerais entre os períodos de 1998 a 2006, observou uma maior porcentagem de diagnóstico positivo para raiva, bem como uma maior variação no número de municípios em que a doença foi diagnosticada no período estudado, havendo uma expansão da doença em direção aos municípios do Triângulo Mineiro.

SILVA, J. A. et al (2001), avaliando a distribuição espaço-temporal da raiva em bovinos de Minas Gerais, observou um aumento do número de exames (imunofluorescência direta) principalmente a partir de 1992, com crescente aumento (maior percentual) de diagnósticos positivos para a doença, tendo maior destaque a partir de 1993, caracterizando assim uma

intensa propagação da raiva bovina em Minas Gerais.

6 | CONCLUSÃO

Através da análise e discussão dos resultados obtidos, foi possível concluir que houve a circulação do vírus da raiva no Estado de Minas Gerais entre os períodos de 2015 a 2019, bem como em períodos anteriores ao ano de 2015 devido à existência de registros dos casos positivos. O município de Araguari apresentou registros de casos positivos para raiva em propriedades rurais entre os períodos de 2015 a 2019, o que indica a circulação do vírus na região e a necessidade de um melhoramento na eficiência das medidas de controle e prevenção da doença no ambiente rural do município, bem como há a necessidade da realização de mais estudos recentes em relação a ocorrência da doença nos ambientes urbano, silvestres e aéreo, a fim de reduzir o número de animais infectados e assim controlar a disseminação da doença, visto que a presença de bovinos e equinos infectados, bem como de morcegos hematófagos (reservatórios), contribuem para a circulação do vírus no ambiente e para a disseminação da doença, podendo infectar diversos animais da região, bem como os seres humanos.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Elaine Denise et al. **Circulação do vírus da raiva em animais no município de Natal-RN e profilaxia antirrábica humana de pós-exposição, no período de 2007 a 2016.** Journal of Health & Biological Sciences, v. 6, n. 3, p. 258-264, 2018.

BRAMBELL, J.W.R. **The passive immunity of young mammal.** Biol. Rev. 33:488-531.1958

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Controle da raiva dos herbívoros:** Manual técnico, Brasília, 2009.

COSTA, E. A. et al. **Diagnóstico etiológico de enfermidades do sistema nervoso central de equinos no estado de Minas Gerais, Brasil.** Arq. bras. med. vet. zootec, v. 67, n. 2, p. 391-399, 2015.

GOMES, Laiza Bonela. **Importância e atribuições do médico veterinário na saúde coletiva.** Sinapse Múltipla, v. 6, n. 1, p. 70-75, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Araguari: População no último censo, População estimada, Economia, Território e ambiente: Área de unidade territorial.** 2018

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estado de Minas Gerais: População no último censo, População estimada, Economia, Território e ambiente: Área de unidade territorial.** 2018

ICTV. International Committee on Taxonomy of Viruses. **Rhabdoviridae**, 2012. Acesso em: 23 jun. 2015. Disponível em: <http://www.ictvonline.org/taxonomyHistory.asp?taxnode_id=20140820&taxa_name=Rabies%20virus>.

LOPES, Edna et al. **Analysis of time series of cattle rabies cases in Minas Gerais, Brazil, 2006–2013**. Tropical animal health and production, v. 47, n. 4, p. 663-670, 2015.

MEGID, Jane. RIBEIRO, Márcio Garcia. PAES, Antonio Carlos. **Doenças infecciosas em animais de produção e de companhia**. 1 ed. Rio de Janeiro. Roca., p. 1294, 2016.

MENEZES, F. L. et al. **Distribuição espaço-temporal da raiva bovina em Minas Gerais, 1998 a 2006 (Space and time distribution of bovine rabies in Minas Gerais, 1998 to 2006)**. Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, v. 60, n. 3, p. 566-573, 2008.

OLIVEIRA, Taismara S. et al. **Perfil das amostras do sistema nervoso central de bovinos com síndrome neurológica e diagnóstico da raiva bovina no serviço de defesa sanitária de Minas Gerais, 2003-20101**. Pesq. Vet. Bras, v. 32, n. 4, p. 333-339, 2012.

PEREIRA, Miriam De Andrade et al. **Campanha de Vacinação de Equídeos contra a Raiva**. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 7, n. 2, 2018.

PUGA, L. C. H. P. et al. **Relato de caso: raiva em bovino de um mês de idade**. Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP, v. 14, n. 2, p. 78-78, 2016

SILVA, Glaucenyra Cecília Pinheiro et al. **Perfil da ocorrência de raiva animal em diferentes espécies no Estado de Mato Grosso, Brasil, de 2002 a 2011**. Revista Brasileira de Ciência Veterinária, v. 24, n. 3, 2017.

SILVA, J. A. et al. **Space and time distribution of bovine rabies in Minas Gerais State, Brazil, from 1976 to 1997**. Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, v. 53, n. 3, p. 01-11, 2001.

COLETA DE RESÍDUOS: UM OLHAR SOBRE OS RISCOS A SAÚDE DOS CATADORES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 09/09/2020

Raquel Moraes dos Santos

Universidade Federal Fluminense (UFF) e
Mestranda do programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal
Fluminense (UFF).

Niterói - Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0747-9769>

Analiz de Oliveira Gaio

Universidade Estadual do Norte Fluminense
(UENF). Campos dos Goytacazes - Rio de
Janeiro, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1525-5706>

Fabiana Lopes Joaquim

Universidade Federal Fluminense (UFF).

Niterói - Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1344-2740>

Mylena Vilaça Vivas

Universidade Federal Fluminense (UFF).

Niterói - Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: [https://](https://orcid.org/0000-0002-2907-0067)

orcid.org/0000-0002-2907-0067

Maiara Barbosa Nogueira da Costa

Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

Itaboraí - Rio de Janeiro, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6443-3225>

RESUMO: Este estudo tem como objetivo apresentar os tipos de resíduos e conhecer os riscos aos quais os catadores são expostos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura.

Utilizaram-se, para a seleção de materiais, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Google Acadêmico, por intermédio das palavras-chave: lixo, catadores de lixo e saúde coletiva, sendo selecionadas publicações disponíveis na íntegra com teor significativo para discussão do objetivo proposto. Os resultados versam sobre a realidade dos catadores no que diz respeito aos resíduos X exposição, bem como apresentam os principais riscos relacionados aos resíduos que afetam a saúde dos catadores. Conclui-se que os catadores sofrem com condições precárias de trabalho e situações de risco que tendem a comprometer a saúde levando estes a contrair doenças durante o manuseio do material coletado.

PALAVRAS - CHAVE: Lixo; Catadores de Lixo; Saúde Coletiva.

ABSTRACT: This study aims to present the types of waste and know the risks to which the collectors are exposed. This is a narrative review of the literature. For the selection of materials, the Virtual Health Library (VHL), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) and Google Scholar were used, using the keywords: garbage, garbage collectors and public health, and publications available in full with a significant content were selected. discussion of the proposed objective. The results deal with the reality of the waste pickers with respect to waste X exposure, as well as presenting the main risks related to waste that affect the health of the waste pickers. It is concluded that the collectors suffer from precarious work conditions and risky situations

that tend to compromise their health, leading them to contract diseases during the handling of the collected material.

KEYWORDS: Garbage; Garbage Collectors; Collective Health.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento econômico, o crescimento populacional, a urbanização e a revolução tecnológica vêm sendo acompanhados por alterações no estilo de vida e nos modos de produção e consumo da população. Como decorrência direta desses processos, vem ocorrendo um aumento na produção de resíduos sólidos, tanto em quantidade como em diversidade (GOUVEIA, 2012).

De acordo com o Dicionário Aurélio (2007), lixo significa “tudo o que é imprestável, o que se varre da casa, se joga fora”. Porém, hoje este conceito é considerado ultrapassado, uma vez que nos resíduos, chamados simplesmente de “lixo”, estão inclusos diversos materiais com grande potencial para reciclagem, por apresentarem utilidade prática e valor de mercado. Desta forma, resíduo significa “aquilo que resta; o que fica das substâncias submetidas à ação de vários agentes físicos ou químicos; que resta” (AURÉLIO, 2007).

Os resíduos sólidos são um problema antigo, apesar de nos primórdios não apresentarem grandes proporções, tendo em vista o homem ser nômade. No entanto, com o crescimento populacional começavam a formação de tribos, vilas e cidades, e conseqüentemente as problemáticas de ordem ambiental se desenvolviam e os rios e lagos eram poluídos com esgoto e resíduos (RUSSO, 2003 apud PIZZOLATO; OLIVEIRA; MACHADO, 2013).

Segundo Bellini e Mucelin (2008), o consumo cotidiano de produtos industrializados é responsável pela contínua produção deste tipo de resíduo, o que traz repercussões para o meio ambiente visto a maior parte das cidades brasileiras apresentarem serviços de coleta que não prevê a segregação dos materiais ainda na fonte, por categorias, sendo estas: orgânicos, plásticos, metais, papéis e vidros.

Destarte, evidencia-se a necessidade de que os resíduos provenientes do consumo humano recebam o destino adequado prezando pela segurança ambiental e pelo desenvolvimento sustentável. Com vistas à melhoria do eixo saúde; principalmente em áreas carentes que apresentam pessoas que obtêm renda proveniente de coleta de materiais reciclados, sendo estes os catadores.

Os catadores de materiais recicláveis são caracterizados como “*self-employedproletarians*”, por atuarem geralmente de modo informal. Porém, estes profissionais definem que o autoemprego não passa de ilusão, pois necessitam das indústrias de reciclagem, vendendo sua força de trabalho e trabalhando sem qualquer condição de segurança social (PIZZOLATO; OLIVEIRA; MACHADO, 2013).

Frente o exposto e evidenciando que a coleta de resíduos e o destino adequado

destes materiais são primordiais para o meio ambiente, para a saúde e para o bem-estar das populações, torna-se importante a identificação dos tipos de resíduos e os riscos que estes trazem a saúde dos catadores, no exercício da função, com vistas à prevenção, promoção e assistência à saúde.

Logo, o **objetivo** deste estudo é apresentar os tipos de resíduos e conhecer os riscos aos quais os catadores são expostos.

Para o alcance dos objetivos adotou-se a revisão narrativa da literatura por intermédio de pesquisas em livros e periódicos científicos que fornecessem contribuições para a narrativa apresentada a seguir.

Para apresentar uma abordagem ampliada e contextualizada, elaborou-se a revisão narrativa mediante busca, na literatura científica, de produções que contribuíssem para o alcance dos objetivos propostos. Deste modo, foram realizadas buscas de materiais sobre a temática na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico com o suporte das palavras-chave: lixo, catadores de lixo e saúde coletiva, sendo selecionadas publicações disponíveis na íntegra e com teor significativo para amparo à discussão proposta. Ressalta-se que não houve intenção de realizar revisão integrativa ou sistemática da literatura, focando-se apenas em reforço literário para a apresentação dos tópicos a seguir.

RESÍDUOS X EXPOSIÇÃO: A REALIDADE DOS CATADORES

Os resíduos aos quais os catadores estão sujeitos podem ser classificados de acordo com sua origem, tipo, composição química e quanto aos riscos de contaminação. Quanto à origem, encontram-se os domiciliares e comerciais.

Nos domiciliares encontram-se restos de alimentos, embalagens em geral, jornais, pilhas, papel higiênico, lâmpadas, entre outros e no comercial encontram-se inseridos resíduos produzidos por lojas, bares, escritórios e supermercados, estando à produção deste material em conformidade com o tipo de comércio realizado pelo estabelecimento. Lojas geralmente produzem mais embalagens e restaurantes geram mais restos de alimentos, mas, de modo geral, todos produzem resíduos de higiene, tais como papel toalha e papel higiênico (BRASIL, 2010).

Quanto ao tipo temos os resíduos públicos provenientes da poda de árvores, da limpeza de ruas, praias, córregos e galerias e de feiras livres. Os tipos hospitalares que decorrem de prestações de assistência à saúde, sendo estes, agulhas, gases, luvas descartáveis, órgãos e vísceras. Há os resíduos industriais, sendo estes: cinza; lodo; plásticos; papéis; madeira; produtos químicos, tóxicos ou não; e borrachas. O tipo agrícola que inclui embalagens de fertilizantes e defensivos agrícolas, rações e restos de colheita; o tipo entulho, que envolve resíduos da construção civil compostos por materiais de demolições, restos de obras, além dos resíduos provenientes de portos, aeroportos e

terminais rodoviários e ferroviários, que é composto basicamente por materiais de higiene pessoal e restos de alimento, apresentando sérios riscos de transmissão de doenças oriundas de outras cidades, estados e países (BRASIL, 2010).

Quanto à composição química, existe o orgânico que é composto por elementos biodegradáveis que podem ser atacados por microrganismos decompositores como restos de comida, sobras de madeira, incluindo também o papel, que é fabricado a partir de fibra vegetal. E o inorgânico que engloba plástico que é produzido a partir do petróleo, o metal que é produzido a partir da extração de minérios, o vidro e borracha que são produzidos respectivamente por areia e sílica, látex vegetal e petróleo (ABNT, 2004).

Em relação aos riscos de contaminação, existem os resíduos de Classe I (Perigosos), que causam risco à saúde pública, por apresentarem potencial para causar aumento de mortalidade, incidência de doenças ou riscos ao meio ambiente, se destinados de forma inadequada, por apresentarem propriedades inflamáveis (como gasolina), corrosivos (ácidos), reativos (podem reagir com água), tóxicos (baterias, tintas) ou transmitem doenças (material hospitalar). Os de classe II (Não Inertes) que dizem respeito aos resíduos domésticos e os de classe III (Inertes) que são os resíduos que não se degradam nem se decompõem quando dispostos no solo, como restos de construção, entulhos de demolição, pedras e areia retirados de escavações (MENEZES, 2014).

Ante o exposto, evidencia-se que os catadores encontram-se expostos a diversas naturezas de resíduos no exercer da função e este fato gera implicações negativas pelo risco que estes resíduos apresentam e pelo perfil dos catadores.

Os catadores de acordo com Severo (2008) são pessoas em geral mais velhas e desempregadas do setor industrial ou periféricos (alimentício; automotivo e farmacêutico); e jovens, que antes eram absorvidos por estes setores, mas que hoje em dia encontram-se como desempregados estruturais, ocupando atividades de modo informal.

Torna-se importante destacar que ante ao cenário mundial atual, evidenciamos um crescente da população de catadores e este aumento deve-se de acordo com Pizzolato, Oliveira e Machado (2013) ao desemprego; as exigências para o acesso no mercado de trabalho formal; a idade avançada; as condições sociais e baixa escolaridade que se torna um critério de seleção para a escolha de profissionais ao mercado de trabalho.

Logo, as pessoas que passam a exercer o trabalho de catadores passam a estarem sujeitos à desvalorização, pois embora a coleta de lixo seja considerada uma atividade vital, único meio de sobrevivência para muitas pessoas, e modo legítimo de obter renda, é insuficiente para uma qualidade de vida plena (TEIXEIRA, 2015).

Desta forma, a dura realidade que caracteriza as condições de trabalho dos catadores se insere na percepção de “exclusão por inclusão”, na qual o catador é incluído socialmente pelo trabalho, mas excluído pela atividade que desempenha (ALVAREZ; GOES; SILVA, 2017).

E ao serem excluídos, passam a ser invisíveis sobre a necessidade de receberem

orientação que venham a promover segurança à saúde, principalmente no que se refere ao contato com os resíduos que tendem a comprometer a saúde ocupacional.

Portanto, ao deparar-se com catadores, devemos lançar um olhar sobre os riscos que eles estão expostos, não apenas no que concerne aos aspectos biopsicossociais, mas aos ocupacionais que irão contribuir para o comprometimento da saúde, gerando afastamento laboral e conseqüentemente dificuldade financeira.

PRINCIPAIS RISCOS RELACIONADOS AOS RESÍDUOS QUE AFETAM A SAÚDE DOS CATADORES

Os resíduos, frutos do consumo desenfreado da sociedade moderna, são inversamente proporcionais aos recursos e dispositivos existentes para tratá-los, acondicioná-los ou eliminá-los, sendo um problema sanitário, ambiental e econômico (DALL'AGNOL; FERNANDES, 2007).

No que tange ao impacto ambiental, a disposição de resíduos sólidos pode contribuir de maneira significativa com o processo de mudanças climáticas em decorrência da decomposição anaeróbica da matéria orgânica presente nos resíduos gerando grandes quantidades de Gases de Efeito Estufa (GEE), principalmente o metano (CH₄), segundo gás em importância dentre os considerados responsáveis pelo aquecimento global (GOUVEIA, 2012). Ante o exposto, ao realizar a coleta dos resíduos, o catador estará se não fizer uso de máscara, exposto a inalar o referido gás.

Tendo em vista que muitos catadores desenvolvem a função para obter ou complementar a renda familiar mensal, há o desempenho da função, muitas vezes, sem contrato ou assistência médica, levando-os a expor-se a riscos e “sobrecargas” responsáveis por danos à saúde (CAVALCANTE; FRANCO, 2007) por ausência de conhecimento ou por não ter opção, visto que ao não se arriscar poderá sofrer com a falta de subsistência.

Os catadores estão sujeitos a risco à saúde e padrões de adoecimento peculiares, visto que o contato com os resíduos, especialmente associados à ação dos vetores biológicos e mecânicos, acarretam agravos de difícil identificação. Além disso, a situação, de pobreza extrema, que muitos estão expostos levam ao reaproveitamento de alimentos e de outros objetos encontrados no lixo como bijuterias, brinquedos, vasilhames, utensílios (DALL'AGNOL; FERNANDES, 2007).

A condição de pobreza e de exclusão social que afetam indivíduos nessas circunstâncias certamente precisa ser pensada em sua amplitude, na medida em que envolve várias dimensões como aquelas que remetem à esfera econômica e das políticas públicas de saúde, por exemplo (DALL'AGNOL; FERNANDES, 2007).

Ratificando o autor acima, Gouveia (2012, p.1506) diz que “há ainda os riscos à saúde para os profissionais mais diretamente envolvidos no manejo dos resíduos, como é

o caso do pessoal operacional do setor, o qual, em sua maioria, não conta com medidas mínimas de prevenção e segurança ocupacional”.

Não somente isso; a exposição da saúde humana e ambiental aos agentes danosos a partir dos lixões ocorre de duas formas, o direto e o indireto; bem como perpassam pelas vias ocupacional, ambiental e alimentar. Com isso, de acordo com os autores Cavalcante e Franco (2007, p. 213-241):

O modo direto é quando há um contato estreito do organismo humano com agentes patogênicos presentes no lixão, e pelo modo indireto, por meio da amplificação de algum fator de risco, que age de forma descontrolada sobre o entorno e por três vias principais, a saber: a ocupacional, a ambiental e a alimentar. A via ocupacional particulariza-se pela contaminação dos catadores, que manipulam substâncias consideradas perigosas sem nenhuma proteção. Embora atinja uma parcela reduzida da população, esta via manifesta a forma mais agressiva de contaminação. A via ambiental caracteriza-se pela dispersão dos agentes contaminadores pelo ar, advindos da putrefação de restos alimentares e de animais mortos, infestação do chorume nos corpos d'água superficiais ou infiltração no lençol freático em solos permeáveis e pela produção de gás metano em virtude da decomposição dos resíduos ou proliferação de bactérias anaeróbias, o que, além de contribuir para o efeito estufa, pode criar verdadeiras bombas. Por fim, há a via alimentar, caracterizada pela contaminação dos catadores ou residentes próximos aos lixões em virtude da ingestão de restos de comida encontrados e de animais que frequentam este espaço e se alimentam dos resíduos in natura em disputa com os humanos. Ao interagirem com a cadeia alimentar, esses animais poderão transmitir doenças, tanto àqueles de sua espécie como ao homem, elo final dessa cadeia.

A partir dessas exposições, existem inúmeros vetores e doenças que podem ser adquiridas do contato com resíduos (Quadro 1) quando não segregados e armazenados para descarte adequadamente, podendo levar os catadores quando em contato direto com estes materiais a se contaminarem.

Vetores	Formas de Transmissão	Enfermidades
Rato e Pulga	Mordida, urina, fezes e picada	Leptospirose Peste Bubônica Tifo Murino
Mosca	Asas, patas, corpo, fezes e saliva	Febre Tifóide Cólera Amebíase Disenteria Giardíase Ascariíase
Mosquito	Picada	Malária Febre Amarela Dengue Leishmaniose

Barata	Asas, patas, corpo e fezes	Febre Tifoide Cólera Giardiase
--------	----------------------------	--------------------------------------

Quadro 1 – Vetores, formas de transmissão e enfermidades aos quais os catadores estão suscetíveis

Fonte: Adaptado de Funasa/MS (2013).

Além das doenças registradas pela Funasa, os autores Pizzolato, Oliveira e Machado (2013) falam que o manejo dos resíduos aos quais os catadores são expostos podem resultar em riscos ocupacionais decorrentes de agentes físicos, químicos, ergonômicos e biológicos.

Os mesmos autores dizem que os agentes físicos, químicos e biológicos presentes nos resíduos sólidos e no seu gerenciamento, além de interferir na saúde humana e ocasionar riscos ocupacionais, repercutem negativamente sobre o meio ambiente (PIZZOLATO; OLIVEIRA; MACHADO, 2013).

Os agentes físicos no caso do manejo de resíduos apresentam seus riscos provenientes do odor e ruídos. O odor emanado pode causar mal-estar, cefaleias e náuseas, enquanto os ruídos provenientes do trânsito e de operações de maquinários do gerenciamento dos resíduos podem comprometer a audição.

Os agentes químicos apresentam seus riscos decorrentes do descarte incorreto de pilhas, baterias, óleos e graxas, pesticidas/herbicidas, solventes, tintas, produtos de limpeza, cosméticos, remédios e aerossóis. Enquanto que os agentes biológicos têm o risco proveniente de microrganismos presentes em lenços de papel, fraldas descartáveis, papel higiênico, absorventes entre outros (PIZZOLATO; OLIVEIRA; MACHADO, 2013).

Torna-se importante ressaltar que além dos riscos inerentes dos agentes acima citados, os catadores estão expostos aos riscos ergonômicos no exercício da função e sobre este ponto, Silva (2006, p.20-24) diz que:

Durante o recolhimento do lixo, os catadores sobem e descem as ruas, percorrendo quilômetros de distância a pé. Além disso, como as atividades de coleta são realizadas, em sua maior parte, nas ruas da cidade, ficam sujeitos a trepidação. As doenças musculoesqueléticas que apresentam grande incidência nessa população, apresentam sintomas principais são as dores lombares, motivadas pelo exercício contínuo de agachar e levantar inúmeras vezes, estas são consideradas como as principais doenças crônicas degenerativas e para esses casos é recomendado exames radiográficos que verificam os sintomas de osteoartrite. Doenças que atingem a coluna vertebral, como a hérnia de disco que causam incômodo aos pacientes portadores e, em casos graves necessitam de cirurgia, a hérnia inguinal e umbilical são consideradas patologias de risco para esses profissionais que em sua atividade exercem trabalho braçal, bem como as doenças articulares e ortopédicas, notadamente nos braços e no joelho.

Mediante o exposto, ressaltamos que o descarte adequado dos resíduos fornece contribuições significativas para além do meio ambiente, repercutindo positivamente sobre a saúde dos catadores, visto que de acordo com Filhote (2004) as doenças provocadas pelo trabalho com resíduos são usualmente: problemas de pele, acidentes, problemas respiratórios como pneumonia, alergia, dor de cabeça, desidratação, dor de estômago, hanseníase, hepatite, leptospirose, pressão alta e problemas que acometem o sistema nervoso, afetando comumente os nervos periféricos, responsáveis por encaminhar informações do cérebro e da medula espinhal para o restante do corpo, causando danos permanentes sendo um problema incapacitante. Além disso, complementando a ideia relacionada às doenças que acometem os catadores, Severo (2008) diz que são constatados quadros de anemias, viroses e doença mental. Logo, torna-se veemente a necessidade de lançar um olhar mais cauteloso para a saúde desta população que está sujeita a riscos biopsicossociais e ergonômicos no exercer da função.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo conclui-se que o crescimento populacional, a consequente expansão territorial urbana e a ampliação do sistema de produção e consumo industrial têm contribuído para agravar as condições ambientais, sobretudo do cenário urbano.

Desta forma, nota-se que em decorrência desse crescimento populacional e grande desemprego surgem atividades informais de subsistência como os catadores que sofrem com condições precárias de trabalho e situações de risco que tendem a comprometer a saúde levando estes a contrair doenças durante o manuseio do material coletado.

Com isso, vê-se o quão árduo e perigoso é esse trabalho para aqueles que o exercem, sendo necessário o incentivo da coleta seletiva seja pelo poder público ou setor privado, corroborando para que os informais sejam formalizados e valorizados pelo trabalho digno e fundamental que prestam ao meio ambiente.

Ante o exposto, aponta-se ser importante o desenvolvimento de estudos voltados a este público que se encontra sob situação de vulnerabilidade, sendo invisibilizados no exerce da função e que ao se expor a diversos riscos para levar o sustento para casa, prestam um serviço essencial à comunidade e ao meio ambiente.

Logo, ressaltamos ser fundamental o desenvolvimento de estudos destinados à prevenção, promoção e assistência à saúde, relacionando os resíduos e a exposição que os catadores apresentam ou possam a vir a apresentar às condições de saúde destes no que concernem as esferas biopsicossociais. Torna-se relevante também o desenvolvimento de ações em saúde destinadas a orientações sobre os riscos aos quais eles estão expostos destacando a importância de se usar equipamentos de proteção individual para a prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Albino Rodrigues; GOES, Fernanda Lira; SILVA, Sandro Pereira. **Situação social das catadoras e dos catadores de material reciclável e reutilizável – Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2013. 76 p.

BELLINI, Marta; MUCELIN, Carlos Alberto. *Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano*. **Revista Sociedade & Natureza, Paraná**, v.20, n.1, p.111-124, jun. 2008. Disponível em: <www.sociedadnatureza.ig.ufu.br>. Acesso: 10 ago. 2018.

BRASIL, *Lixo e saúde: aprenda a cuidar corretamente do lixo e descubra como ter uma vida mais saudável*. Fundação Nacional de Saúde, Brasília; **FUNASA**, p. 17, 2013.

BRASIL, Lei nº 12.305, 2 de agosto de 2010. Diário Oficial da República do Brasil, Brasília, DF, 2 de agosto de 2010.

BRASIL, Norma ABNT NBR 10.004:2004, 31 de maio de 2004. Normas ABNT para classificação de resíduos sólidos. Brasília, DF., 31 mai. 2004.

CAVALCANTE, Sylvia; FRANCO, Márcio Flávio Amorim. Profissão perigo: percepção de risco à saúde entre os catadores do Lixão do Jangurussu. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.7, n.1, p.211-231, mar.2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100012>. Acesso em: 23 set. 2018.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; FERNANDES, Fernanda dos Santos. *Saúde e autocuidado entre catadores de lixo: Vivências no trabalho em uma cooperativa de lixo reciclável*. **Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo**, v.15, n.1, p.1-8, set-out. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FERREIRA, Aurélio. **Aurélio o dicionário da língua portuguesa**. Edição especial, editora Positivo, p. 317, Curitiba, 2007.

FILHOTE, Maria Izabel de Freitas. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1503-1514, nov-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 ago. 2018.

GOUVEIA, Nelson. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.6, p.1503-1510, 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/residuos-solidos-urbanos-impactos-socioambientais-e-perspectiva-de-manejo-sustentavel-com-inclusao-social/9929?id=9929>> . Acesso em: 05 out. 2018.

MENEZES, Marat Troina. **Lixo e Resíduos Sólidos Urbanos**. 2014. 56f. *Cadernos Técnicos Morar Carioca - Instituto de Arquitetos do Brasil, Rio de Janeiro*, 2014.

PIZZOLATO, Anandra dos Santos; MACHADO, Lucas Cavalcante; OLIVEIRA, Elyézer Rosa de. **Lixo e Saúde: Qualidade de Vida dos catadores de materiais recicláveis**. Jun. 2013. Disponível em: <www.inovarse.org/filebrowser/download/15546>. Acesso em: 9 ago. 2018.

RUSSO, Mario Augusto Tavares. **Tratamento de Resíduos Sólidos**. Universidade de Coimbra. 2013. Disponível em: <http://www1.ci.uc.pt/mhidro/edicoes_antigas/Tratamentos_Residuos_Solidos.pdf> Acesso em: 21 ago. 2020.

SEVERO, Ricardo Gonçalves. **Catadores de Materiais Recicláveis da Cidade de Pelotas: Situações de Trabalho**. 2008. 128f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2008.

SILVA, Marcelo Cozzensa da. **Trabalho e saúde dos catadores de materiais recicláveis em uma cidade do Sul do Brasil**. 2006. 229f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2006.

TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. Trabalho e Perspectivas na percepção dos catadores de materiais recicláveis. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.27, n.1, p.98-105, Jan-abr 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000100098>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CAPÍTULO 21

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO ESTADO DO MARANHÃO

Data de aceite: 01/10/2020

Eullâyne Kassyane Cardoso Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo, Timon-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1473684984564162>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo, Timon-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Luciana Stanford Baldoino

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - (FENSG) - UPE, Recife-PE
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7711123093020279>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo, Timon-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Maria Tamires Alves Ferreira

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4183905820785710>

Vinícius de Sousa Martins

Faculdade Novaunesc - São Gabriel, Teresina - Pi
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6042906972931473>

José Nilson Stanford Baldoino

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, Pernambuco.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4444251457020891>

Ricardo Clayton Silva Jansen

Universidade Federal do Maranhão-UFMA, São Luís-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9233151414276990>

Michelle Kerin Lopes

Faculdade Estácio de Sa, Belo Horizonte, MG
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2325617617172329>

Josué Alves da Silva

Instituto de Ensino Superior Múltiplo-IESM, Timon-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3724081193408389>

Ana Maria Santos da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo-IESM, Timon-MA
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8337190911037398>

Bruna Araújo Vaz

Universidade Estadual do Piauí, Teresina-Pi
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7883712676861086>

RESUMO: Objetivo: descrever as características epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado do Maranhão. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo de abordagem descritiva e retrospectivo, no qual foram utilizados dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação referente aos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Maranhão no período de 2014 a 2017. A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritivas simples. **Resultados:** os dados demonstraram que no período estudado houve 6025 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, sendo observado maior número desses casos em São Luís, Santa Inês e Imperatriz. Esses casos foram predominantes no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 59 anos e em indivíduos de raça parda e residentes

na zona rural. Quanto à classificação clínica, a forma cutânea foi a que mais acometeu a população e sua confirmação foi por meio do diagnóstico clínico laboratorial, observando-se na maioria das vezes, a evolução da doença para a cura. **Conclusão:** este estudo permitiu conhecer melhor o perfil epidemiológico dos casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Maranhão. Espera-se portanto, que os dados apresentados nesta pesquisa possam contribuir para o reforço e controle desses casos, evitando que haja proliferação e/ou epidemia desta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose tegumentar americana; saúde pública; vigilância epidemiológica; notificação de doenças; doenças endêmicas; perfil de saúde.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIOSIS IN THE STATE OF MARANHÃO

ABSTRACT: Objective: to describe the epidemiological characteristics of American Tegumentary Leishmaniasis in the State of Maranhão. **Methods:** this is a quantitative epidemiological study with a descriptive and retrospective approach, in which data used in the Notifiable Diseases Information System for cases of American Tegumentary Leishmaniasis in Maranhão in the period from 2014 to 2017 were used. Data analysis occurred through simple descriptive statistics. **Results:** the data demonstrated that in the studied period there were 6025 cases of American Tegumentary Leishmaniasis, with a greater number of these cases being observed in São Luís, Santa Inês and Imperatriz. These cases were predominant in males, aged 20 to 59 years and in individuals of mixed race and living in the rural area. As for the clinical classification, the cutaneous form was the one that most affected the population and its confirmation was through clinical laboratory diagnosis, observing, in most cases, the evolution of the disease to cure. **Conclusion:** this study allowed us to better understand the epidemiological profile of the reported cases of American Tegumentary Leishmaniasis in Maranhão. Therefore, it is hoped that the data presented in this research can contribute to the strengthening and control of these cases, preventing the proliferation and / or epidemic of this pathology.

KEYWORDS: Leishmaniasis cutaneous; public health; epidemiological surveillance; disease notification; endemic diseases; health profile.

1 | INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença endêmica cujo agente etiológico é o protozoário *Leishmania* que é inoculado no indivíduo sadio por meio da picada do mosquito da família flebotomíneos e é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil (SILVEIRA et al., 2008). A forma clínica na qual a doença se manifesta depende da espécie de *leishmania* envolvida e do tipo de resposta imune do hospedeiro, além de ser uma doença dinâmica com fisiopatologia pouco clara (ALECRIM et al., 2014; MARTINS et al., 2017).

É pertinente salientar que a LTA tem sua distribuição geográfica igualmente ampla, estando presente em todo o mundo. Nas últimas décadas, as análises de estudos

epidemiológicos de LTA têm sugerido mudanças no comportamento epidemiológico da doença (CARLOS; EGNATTI; ROSA, 2015). Esses números são preocupantes, uma vez que a ocorrência dessas endemias depende das condições de vida das populações (FRANÇA et al., 2009).

A LTA era uma doença silvestre que tem passado por mudanças de comportamento por modificações socioambientais, como o desmatamento que reduziu a disponibilidade de animais para servir de fonte de alimentação para o mosquito transmissor (SILVA; MUNIZ, 2009; BATISTA et al., 2014).

Observa-se que há de um duplo perfil epidemiológico da doença, caracterizado pela manutenção de casos advindos de focos antigos ou de áreas próximas a eles, ainda pelos casos de surtos epidêmicos associados a fatores decorrentes do surgimento de atividades econômicas como por exemplo, garimpos, expansão de fronteiras agrícolas e extrativismo, em condições ambientais altamente favoráveis à transmissão da doença (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, em um estudo em que a série temporal da LTA no estado do Maranhão, foi analisada e compreendida entre 2012 e 2015, revela a notificação de 8.625 casos humanos com a média anual de 2.156 casos, o que classifica o Maranhão como uma importante área endêmica da LTA no nordeste do Brasil (SANTOS, 2018).

Assim, percebe-se que com o aumento do número de casos registrados, nos anos recentes e em outras regiões, pode ser explicado pela modificação do padrão de ocorrência geográfica, com o registro de casos em centros urbanos, em decorrência do intenso processo migratório da população rural para a periferia das cidades de médio e grande porte. Além disso, o processo de organização da rede assistencial associada ao melhor preparo para o diagnóstico e tratamento, proporcionou maior detecção de casos (FRANÇA et al., 2009).

Assim o objetivo desse trabalho foi descrever os aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado do Maranhão no período de 2014 a 2017.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo de abordagem descritiva, retrospectivo e de série histórica, no qual foram utilizados dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente aos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) diagnosticados em residentes no Estado do Maranhão no período de 2014 a 2017.

Para a coleta de dados foi utilizado o tabulador disponibilizado pelo Ministério da Saúde: TABNET. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2018, tendo como critério de inclusão todos os casos novos e confirmados de LTA. As variáveis investigadas foram: ano de diagnóstico, zona de residência, faixa etária, raça, sexo, macrorregião de saúde de residência, tipo de entrada, forma clínica, classificação epidemiológica, critério

de confirmação e evolução do caso. É importante mencionar que todas as variáveis foram retiradas segundo os dados notificados pelo DATASUS. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva simples, utilizando o Excel software Microsoft Office 2010.

Assim, por se tratar de base de dados de domínio público e a coleta ter sido realizada por meio de dados secundários sem identificação individual, não houve necessidade de encaminhar essa pesquisa ao comitê de ética e de pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil.

3 | RESULTADOS

O estudo realizado permite inferir informações relevantes para a população do estado do Maranhão. No período estudado foram notificados 6025 casos confirmados de LTA. Durante este período foi observado que o número de LTA no Maranhão foi decrescente, com 2198 casos no ano de 2014 e 1009 em 2017, conforme mostra a figura 1.

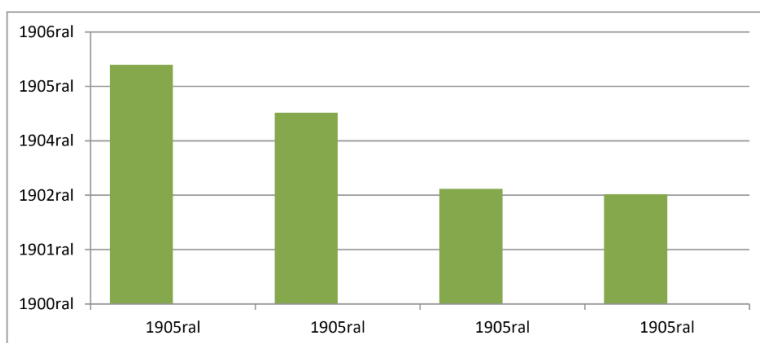


Figura 1: Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, segundo ano de notificação: 2015 a 2017. Timon (MA), Brasil, 2018.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações de Agravos de Notificações– SINAN, Maranhão, a partir de 2014.

Os maiores números desses casos notificados por macrorregião de Saúde de Residência foram registrados em São Luís (26%), Santa Inês (22,45%) e Imperatriz (17%), sendo o menor número desses casos, registrados em Balsas (2,4%), em Caxias (4,3%) e Pinheiro (6,7%) (Tabela 1).

Macrorregião de Saúde de Residência	Casos confirmados	
	N	%
São Luís	1563	26
Caxias	262	4,3
Pinheiro	400	6,7
Imperatriz	1030	17
Presidente Dutra	668	11
Coroatá	600	10
Santa Inês	1352	22,4
Balsas	150	2,4
Total	6025	100

Tabela 1. Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, segundo Macrorregião de Saúde de Residência. Timon (MA), Brasil, 2018.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN, Maranhão, a partir de 2014.

Neste estudo, em relação ao perfil sócio demográfico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Maranhão, foi possível observar que essa doença ocorre em qualquer idade, porém a faixa etária de 20 a 59 anos (64,25%) foi a mais prevalente (Tabela 2). Em relação ao sexo, o masculino (71,8%) teve maior prevalência.

Quanto à raça, a parda (68,5%) teve maior número de registro e já no que tange à zona de residência, os registros mostraram maior número de casos em residentes da zona rural (52,4%) (Tabela 2).

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	4323	71,8
Feminino	1702	28,2
Raça		
Branca	862	14,3

Preta	654	10,9
Amarela	107	1,8
Parda	4128	68,5
Indígena	125	2
Ign/Branco	149	2,4
Faixa etária		
<1 ano	798	13,2
15-19	544	9
20-39	2458	40,8
40-59	1413	23,4
60-64	225	3,8
65-69	211	3,5
70-79	270	4,4
80 e +	105	1,8
Ign/Branco	1	0,01
Zona de residência		
Urbana	2645	44
Rural	3162	52,4
Periurbana	40	0,7
Ign/Branco	178	3
Total	6025	100

Tabela 2. Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, segundo características sócio-demográficas (sexo, faixa etária, raça e zona de residência). Timon (MA), Brasil, 2018.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações de Agravos de Notificações– SINAN, Maranhão, a partir de 2014.

Em relação à classificação epidemiológica, a importada (99,5%) foi a que mais prevaleceu e quanto ao critério de confirmação a sua maioria foi através de clínico laboratorial com (72,9%). (Tabela 3)

Esse estudo evidenciou ainda que (93,7%) dos casos do Maranhão referiu-se a casos novos, ou seja, indivíduos que apresentam a doença pela primeira vez (Tabela 3).

Quanto à reinfecção por leishmaniose no Estado do Maranhão foi observado um total de 5%.

VARIÁVEIS	N	%
Forma clínica		
Cutânea	5792	96,1
Mucosa	233	3,9
Classe epidemiológica		
Autóctone	27	0,4
Importado	5997	99,5
Critério de confirmação		
Clínico-laboratorial	4390	72,9
Clínico-epidemiológico	1635	27,1
Tipo de entrada		
Caso novo	5645	93,7
Recidiva	304	5
Ign/Branco	76	1,2
Evolução do caso		
Cura	3301	54,8
Abandono	41	0,7
Óbito por LTA	3	0,04
Óbito por outras causas	35	0,6
Transferência	53	0,9
Mudança de diagnóstico	114	1,9
Ign/Branco	2478	41,1
Total	6025	100

Tabela 3. Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, segundo forma clínica, classe epidemiológica, critério de confirmação, tipo de entrada e evolução do caso. Timon (MA), Brasil, 2018.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações de Agravos de Notificações– SINAN, Maranhão, a partir de 2014.

4 | DISCUSSÃO

O surgimento da LTA no sexo masculino (71,8%) segundo este estudo, foi bastante prevalente coincidindo assim, com o resultado de uma outra pesquisa (SCHRIEFER et al, 2009). Outros estudos também mostraram a predominância do sexo masculino, porém com idade que varia entre 20 a 39 anos (OLIVEIRA et al., 2016; TETILA; TANIGUCHI; GIUFFRIDA, 2016; LEATTE et al.,2014).

Em uma pesquisa cujo o relato da existência de um total de 149 casos de pacientes com LTA, apresentando 52% dos casos para o sexo masculino e 48% para o sexo feminino. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Santa Catarina (AGUADO et al.,2013; NASSER, 2017).

O fato de a maior incidência de casos ocorrerem entre os homens pode ser explicado devido ao fato destes estar em maior contato com regiões de mata, por ocasião de viagem e/ou trabalho e/ou lazer. Por outro lado, a baixa incidência no sexo feminino pode estar relacionada a fatores como exposição em ambientes menos propícios, há contaminação e ao uso de meios preventivos como roupas mais adequada e uso de repelente (VIANA et al.,2012; MACHADO et al., 2011).

Em um estudo realizado com um grupo de 326 pacientes com LTA na faixa etária de 0 a > 60 anos, foi identificado maior índice de casos na faixa etária de 30 a 39 anos com 19,3%, e entre 30 a 49 anos apresentou um total de 33,7% dos casos, dados não semelhantes aos encontrados nesta pesquisa (DOROODGAR et al., 2012).

Em relação à forma clínica, observou-se a prevalência forma cutânea com 96,1%, corroborando então com estudos (VIANA et al.,2012; FANTAUZZI et al., 2012; ROCHA et al., 2015; VASCONCELOS; ARAUJO; ROCHA, 2017) realizados em outros estados brasileiro, sendo, portanto, a leishmaniose cutânea a doença dermatológica que mais merece atenção em todas as regiões.

Quanto à reinfecção por leishmaniose no Estado do Maranhão foi observado um total de 5%. Uma pesquisa¹⁶ realizada em Montes Claros (MG) encontrou para o município um total de 2,24% reinfecção por leishmaniose.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer melhor o perfil epidemiológico do número de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado do Maranhão, no período de 2014 a 2017, utilizando-se os dados compilados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Ministério da Saúde.

No período estudado, observou-se a notificação de muitos de casos de LTA no Estado do Maranhão, apesar de ter existido uma redução desses casos ao longo do período investigado. Em vista disso, percebe-se a necessidade de profissionais capacitados e de fatores operacionais disponíveis para que as medidas de prevenção e controle preconizado

pelo Ministério da Saúde para o combate dessa doença sejam efetivadas em todo o Estado.

Portanto, espera-se que os dados apresentados nesta pesquisa possam contribuir para o reforço e controle desses casos, evitando que haja proliferação e/ ou epidemia desta patologia.

REFERÊNCIAS

- 1 SILVEIRA, F. T. et al. Revisão sobre a patogenia da leishmaniose tegumentar americana na amazônia, com ênfase à doença causada por *Leishmania (V.) braziliensis* E *Leishmania (L.) amazonenses*. Rev Para Med. v.22 n.1. mar. 2008.
- 2 ALECRIM, P. H. et al. **Leishmaniose Tegumentar Americana associada à exposição ocupacional de trabalhadores da indústria petrolífera na Amazônia Brasileira**. Rev Scientia Amazônia. V. 3, n.3, p.72-79.2014
- 3 MARTINS, S. S. et al. **American cutaneous leishmaniasis triggered by electrocoagulation**. Rev Soc Bras Med Trop. V. 51,n.1, p.108-110. 2017.
- 4 CARLOS, M. M.; EGNATTI, C.; ROSA, M. R. **Leishmaniose Tegumentar Americana: incidência no Vale do Ribeira/ São Paulo, Brasil**. Rev Cient Enf. V.5, n.15, p.3–10. 2015.
- 5 FRANÇA, E. L. et al. **Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Juína, Mato Grosso, Brasil**. Rev Scientia Medica. V.19, n.03, p.103-107. 2009.
- 6 SILVA, N. S.; MUNIZ, V. D. **Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana no estado do Acre, Amazônia brasileira**. Cad Saúd Pública v. 25, n.06, p.1325-1336. 2009.
- 7 BATISTA, F. M. A. et al. **Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no Estado do Piauí entre 2007 e 2011**. Rev UNIVAP. V.20, n.32, p.44–55. 2014.
- 8 BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 9 SANTOS, G. M. **Características epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana em um estado do Nordeste brasileiro**. Archives of Health Investigation. V. 7, N.3, P.103-107. 2018.
- 10 SCHRIEFER, A. et al. **Geographic clustering of leishmaniasis in northeastern Brazil**. Emerging infectious diseases. V.15, n.06, p.871–876. 2009.
- 11 OLIVEIRA, R. Z. et al. **Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Jussara, estado do Paraná, Brasil: série histórica de 21 anos**. Rev Saúde Pública do Paraná. V.17, n.2, p.59–65. 2016.
- 12 TETILA, A. F.; TANIGUCHI, B. A. L.; GIUFFRIDA, R. **Ocorrência de Leishmaniose Tegumentar Americana no estado de São Paulo**. Investigaçãõ. V.15, n.6. 2016.
- 13 LEATTE, E. P. et al. **Aspectos epidemiológicos e laboratoriais da Leishmaniose Tegumentar Americana em uma região endêmica do Sul do Brasil**. Rev UNINGÁ. V.19. n.1, p.19–23. 2014.

- 14 AGUADO, M. et al. **Outbre akof cutane ousleishmaniasis in Fuenlabrada.** Actas Dermo- Sifiliogr. **V.104, n.4, p.334-342. 2013.**
- 15 NASSER, N.; WILL, E. **Perfil epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Blumenau – SC.** Arq Catarin Med v. **46, n.5, p.28-38. 2017.**
- 16 VIANA, A. G. et al. **Aspectos clínico-epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em Montes Claros.** Rev. Méd Minas Gerais. V. 22, n.1, p.48-52. 2012
- 17 MACHADO, P. R. et al. **Reappraisal of the immune pathogenesis of disseminated leishmaniasis: in situ and systemic immune response.** Rev J Tissue Viability. V.105, n.08, p.438-44. 2011.
- 18 DOROODGAR, A. et al. **Progressive increasing of cutaneous leishmaniasis in Kashan district, central of Iran.** Asian Pacific J of Trop. V.206, n.3, p.800-803. 2012.
- 19 FANTAUZZI, R. S. et al. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose mucosa no município de Belo Horizonte.** Rev Méd Minas Gerais. V. 22, n.04, p.369-73. 2012.
- 20 ROCHA, T. J. M. et al. **Aspectos epidemiológicos dos casos humanos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana no estado de Alagoas, Brasil.** Rev Pan-Amazônica de Saúde. V.6, n.4, p.49–54. 2015.
- 21 VASCONCELOS, P. P.; ARAUJO, N. J.; ROCHA, F. J. S. **Ocorrência e comportamento sociodemográfico de pacientes com Leishmaniose Tegumentar Americana em Vicência, Pernambuco, no período de 2007 a 2014.** Semina Cienc Biol Saúde. V. 28, n.1, p.105-14. 2017.

VULNERABILIDADE E FATORES DE RISCO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV EM ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/10/2020

Cristianne Soares Chaves

Superintendência Litoral Leste/Jaguaribe,
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.
Limoeiro do Norte-Ceará

Andrea Gomes Linard

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade
da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira. Fortaleza-Ceará

Emília Soares Chaves Rouberte

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade
da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira. Fortaleza-Ceará.

Edmara Chaves Costa

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade
da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira. Fortaleza-Ceará

Ana Débora Assis Moura

Centro Universitário Christus. Fortaleza-Ceará

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

Centro Universitário Christus. Fortaleza-Ceará

RESUMO: A adolescência é um período de transformações físicas, psicológicas e sociais. O desenvolvimento e crescimento social e psicológico, irão depender do apoio emocional que recebem da família, e das informações obtidas sobre assuntos relacionados a sexualidade. Tem-se o objetivo de analisar,

a partir da identificação dos fatores de risco, a condição de vulnerabilidade de adolescentes às IST/HIV. Estudo do tipo descritivo, desenvolvido no município de Limoeiro do Norte, Ceará, Brasil, com 1.196 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, de escolas públicas. Os adolescentes tinham uma idade média de 15,2 anos; o início da vida sexual ocorreu para 35,3% deles, com idade média de 13,6 anos para meninos e 14,6 anos para meninas; usaram preservativos na primeira relação, 59,9% destes; o risco de contrair uma DST foi ignorado em 35,6%. Entre os adolescentes que consomem álcool, houve maior frequência do início da vida sexual (60,5%). Fatores de vulnerabilidade foram identificados no aspecto individual: início precoce da vida sexual, práticas sexuais inseguras; vulnerabilidade social: questões de gênero e baixa percepção de risco em suas práticas; vulnerabilidade programática: os serviços de saúde e os profissionais não atenderam às necessidades dos adolescentes. Conclui-se que os adolescentes apresentaram práticas sexuais e comportamentos de risco que os tornaram vulneráveis às DST / HIV, necessitando de ações para promover mudanças comportamentais.

PALAVRAS - CHAVE: Vulnerabilidade; Infecção sexualmente transmissível; Adolescente.

ABSTRACT: Adolescence is a period of physical, psychological and social changes. The social and psychological development and growth, will depend on the emotional support they receive from the family, and on the information obtained on issues related to sexuality. The objective is to analyze, from the identification of risk factors, the

vulnerability of adolescents to STD/HIV. Descriptive study, developed in the city of Limoeiro do Norte, Ceará, Brazil, with 1,196 adolescents aged 10 to 19 years from public schools. The adolescents had age of 15,2 years; the onset of sexual life occurred in 35,3% of them, with a mean age of 13,6 years for boys and 14.6 years for girls; they used condoms in the first ratio, 59,9% of these. The risk of contracting an STD was ignored in 35,6%. Among adolescents who consume alcohol, there was a higher frequency of sexual initiation (60,5%). Vulnerability factors were identified in the individual aspect: early onset of sexual life, unsafe sexual practices; social vulnerability: gender issues and low risk perception in their practices; Programmatic vulnerability: health services and professionals did not meet the needs of adolescents. It is concluded that the adolescents presented sexual practices and risky behaviors that made them vulnerable to STD / HIV, requiring actions to promote behavioral changes.

KEYWORDS: vulnerability, sexually transmissible infection, adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2013), aproximadamente 12 milhões de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são diagnosticados a cada ano no Brasil, tendo que considerar ainda o fato de que somente 200 mil são notificados, já que muitos portadores não procuram pelos serviços de saúde para receber tratamento qualificado. Desta forma, as IST se constituem importante agravo na saúde pública do país, mesmo com o desenvolvimento nas últimas décadas de programas e políticas direcionadas à saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, até meados de 2011, contabilizaram-se 608.230 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) registrados desde 1980. Sendo que em 2010, registraram-se 34.218 novos casos, com incidência de 17,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o Ceará apresentou crescimento no número de casos de IST/aids, sendo o 21º no país em números de casos da doença, com incidência de 11,9 casos a cada 100 mil habitantes. Em relação ao Nordeste, o Estado ficou em 5º lugar (BRASIL, 2010).

As lesões provocadas pelas IST aumentam a suscetibilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), elevando em até dez vezes seu risco quando na ocorrência de sífilis, em seis vezes, no caso da clamídia; em nove vezes, para herpes genital e gonorreia; e em até dezoito vezes, na presença de úlceras genitais (BRASIL, 2012a).

A população do Estado do Ceará é de 8.452.381, destes, 1.694.117 estão na faixa etária de 10 a 19 anos, o que representa 20% da população. No município de Limoeiro do Norte, Ceará, Brasil, os adolescentes estão em torno de 10.274, o que representa 18% da população da cidade, dos quais 50,7% são homens e 49,3% mulheres. A vulnerabilidade aos

agravos de saúde, bem como às questões econômicas e sociais, determina a necessidade de atenção mais específica e abrangente a esta população (IBGE, 2013).

Dados do Ministério da Saúde mostram crescimento na epidemia da infecção pelo HIV, evidenciando a vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes e a limitação das atividades de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, colocando em evidência a necessidade de estratégias de prevenção e conhecimento sobre as vulnerabilidades do perfil acometido, a fim de direcionar novas ações (BRASIL, 2012a).

Os fatores de risco são preditores que determinam o risco, ou seja, características e comportamentos individuais que podem ser determinantes ou não na ocorrência de uma enfermidade. Assim, por meio desses fatores, identifica-se, contabiliza-se e compara-se a exposição de indivíduos, grupo ou comunidades, a fim de realizar intervenções preventivas (ALMEIDA, CASTIEL e AYRES, 2009).

De acordo com Barreto e Santos (2009), a vulnerabilidade é descrita como a chance de exposição dos indivíduos ao adoecimento, tendo como fatores importantes o conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, os quais contribuem para maior suscetibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. Envolve três dimensões, a individual, a social e a programática. A dimensão individual envolve componentes de ordem cognitiva, como a quantidade e qualidade de informações que os indivíduos dispõem e sua capacidade de elaboração, e de ordem comportamental, que engloba a capacidade, a habilidade e o interesse para transformar a informação obtida em atitudes e ações protetoras. Relaciona-se aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair as doenças, seu meio cultural e social, assim como o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e seu poder para transformá-los (AYRES, 2008; SALDANHA et al, 2008).

Os autores colocam que, a dimensão social abrange o acesso às informações, a possibilidade de metabolizá-las e incorporá-las à vida cotidiana, condições diretamente associadas aos recursos materiais, às instituições sociais, entre elas escolas e serviços de saúde, influência nas decisões políticas e enfrentamento das barreiras culturais. Já a dimensão programática da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social, ou seja, engloba o acesso aos serviços de saúde, qualidade dos serviços, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção, e cuidado (AYRES, 2008; SALDANHA et al, 2008).

Desse modo, tendo em vista essa realidade, mesmo com muitos avanços, no sentido de entender e avaliar a situação atual das IST/HIV, no Brasil e no mundo, muito ainda deve ser feito. Neste contexto, a presente pesquisa procura se inserir, ampliando o debate, de modo a contribuir para ações sociais que permitam melhor entender e divulgar as práticas de proteção a respeito da sexualidade e IST/HIV. O objetivo maior é trabalhar com a realidade que se apresenta, buscando maior interação entre o conhecimento e a prática preventiva. Ressalte-se que a confirmação de uma DST no indivíduo remota a possibilidade

da infecção pelo HIV. Desta forma, adolescentes estão expostos a uma realidade ainda pouco conhecida, necessitando, então, de medidas eficientes de promoção à saúde.

Portanto, este estudo objetivou analisar, a partir da identificação dos fatores de risco, a condição de vulnerabilidade de adolescentes às IST/HIV.

2 | MÉTODOS

É uma investigação descritiva, com utilização de dados quantitativos, realizada no município de Limoeiro do Norte, Ceará, Brasil. A cidade tem uma população de 10.274 adolescentes compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo dados do censo 2010 do IBGE (2013). Deste total, 4.911 encontram-se em escolas particulares do município e 5.363 nas Escolas Públicas Municipais e Estaduais. Destes últimos, 3.404 adolescentes estudam em escolas da zona urbana do município, sendo esta a população considerada para o cálculo da mostra deste estudo. A amostra foi composta por 1.196 adolescentes. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: adolescente devidamente matriculado nas escolas selecionadas, cursando o ensino fundamental ou médio, e ter idade entre 10 e 19 anos; ser residente do município de Limoeiro do Norte, Ceará. Critérios de exclusão: adolescente afastado ou ter realizado transferência de escola, e encontrar-se fora da faixa etária de 10 a 19 anos; não ser residente do município de Limoeiro do Norte. A coleta de dados aconteceu de dezembro/2013 a fevereiro/2014, após apresentação da pesquisa pelo responsável, bem como a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi levado pelos alunos ao domicílio, assinado pelos pais ou responsável e devolvido em dia posterior. Garantiu-se o sigilo e anonimato dos participantes do estudo, foi, também, explicado que a participação era livre e que a recusa em participar da pesquisa não causaria restrição. O questionário foi respondido pelos sujeitos da pesquisa em ambiente escolar, em horário de aula, de acordo com indicação do coordenador pedagógico e autorização do professor, com duração média de 30 minutos. Os dados coletados a partir do questionário foram digitalizados, inicialmente em uma planilha eletrônica no programa *Excel*, da *Microsoft Windows* versão 2007, e, posteriormente, remanejados para processamento no programa informático EPI Info 7, no qual se procedeu à análise estatística. Os resultados foram expostos em tabelas, com análise por meio da estatística descritiva simples, tais com frequência, média e desvio padrão, para a descrição dos resultados. Parte dos dados encontrados foram submetidos a análise de associação entre as variáveis categóricas, sendo empregados as provas Qui-Quadrado de Pearson, Mann-Whitney/Kruskal-Wallis, Exacta de Fischer y Odis Ratio. Foi considerado $p < 0,05$ para significância. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAB, conforme CAAE de nº 497.478. O emprego dos dados somente foi utilizado para os fins previstos nesta pesquisa, dentre outros assegurados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

3 I RESULTADOS

VARIÁVEIS			
DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	n	%	IC95%
Idade			
10 anos	32	2,7	1,9 - 3,7
11 anos	52	4,4	3,3 - 5,6
12 anos	66	5,5	4,3 - 6,9
13 anos	97	8,1	6,6 - 9,8
14 anos	103	8,6	7,1 - 10,3
15 anos	212	17,7	15,6 - 19,9
16 anos	256	21,4	19,1 - 23,8
17 anos	230	19,2	17,1 - 21,5
18 anos	106	8,9	7,38 - 10,6
19 anos	42	3,5	2,6 - 4,7
Idade média (anos)	15,2		
Desvio Padrão	2,1		
Sexo			
Masculino	518	43,3	40,5-46,1
Feminino	678	56,7	53,8-59,4
Raça			
Branca	333	27,8	25,3 - 30,4
Negra	155	13	11,1 - 14,9
Parda	624	52,2	49,3 a 54,9
Amarela	63	5,2	4,1 - 6,6
Indígena	21	1,8	1,1 - 2,6
Escolaridade			
Primário	434	36,3	33,6 – 39,0
Secundário	762	63,7	60,9 - 66,3
Trabalho			
Sim	276	23	20,7 - 25,5
Não	920	77	74,4 - 79,2
Trabalho remunerado			
Sim	198	71,8	66,0 - 76,9
Não	78	28,2	23,0 - 33,9
Recebe benefício do governo			

Sim	623	52,1	49,2 - 54,9
Não	573	47,9	45,0 - 50,7

Tabela 1 – Variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor.

Entre os participantes do estudo, a grande maioria tinha entre 15 e 17 anos (58,3%), enquanto 29,3% tinham 14 anos ou menos, e 12,4% tinham 18 anos ou mais. Com relação ao sexo, a maior representação foi feminina, 56,7%. Em relação à cor da pele / raça, mais da metade era parda, 52,2%, sendo 27,8% branca, 13% negra, 5,2% amarela e 1,8% indígena. A média de idade dos estudantes foi de 15,2 anos, com um desvio padrão de 2,1.

VARIÁVEIS -			
SEXUALIDADE E COMPORTAMENTO SEXUAL	n	%	IC95
Já teve relação sexual?			
Sim	422	35,3	32,6 – 38,0
Não	774	64,7	61,9 - 67,3
Quantos anos tinha quando teve a primeira relação sexual?			
7	2	0,5	0,1 - 1,9
8	1	0,3	0,05 - 1,4
9	2	0,5	0,1 - 1,9
10	8	2,1	1,0 - 4,1
11	14	3,7	2,2 - 6,1
12	42	11,2	8,3 - 14,7
13	56	15	11,6 - 18,9
14	63	16,8	13,3 - 20,9
15	97	25,9	21,6 - 30,5
16	59	15,7	12,4 - 19,7
17	28	7,5	5,2 - 10,5
18	2	0,5	0,1 - 1,9
19	1	0,3	0,05 - 1,4
Idade média (anos)	14,1		
Desvio padrão	1,8		
Usou preservativo em sua primeira relação?			
Sim	252	59,9	55,1 - 64,4

No	169	40,1	35,5 - 44,8
Usou preservativo na relação oral?			
Sim	35	12,3	8,7 – 16,7
No	249	87,7	83,2 – 91,2
Usou preservativo na relação anal?			
Sim	43	20,1	19,2 -21,6
No	171	79,7	77,5 – 81,3
Risco de contrair HIV ou DST			
Muito possível	56	4,9	3,7 – 6,3
Possível	80	7	5,6 – 8,6
Pouco possível	198	17,3	15,2 – 19,6
Quase impossível	402	35,2	32,5 – 37,8
Impossível	407	35,6	32,8 – 38,4
Como se contrai HIV			
Doação de sangue	775	64,8	62 – 67,4
Em banheiro público	423	37,5	35,4 - 39
Compartilhando roupas íntimas	470	41,7	39,3 – 43,5
Beijo na boca	262	21,9	19,6-24,3
Relação sexual com penetração vaginal sem preservativo	1112	93,8	92,3 - 95

Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao comportamento sexual dos adolescentes. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor

Mais da metade dos estudantes, 64,7%, não iniciaram a vida sexual. A idade dos adolescentes quando tiveram a primeira relação sexual variou de 7 a 19 anos, com maior representatividade aos 15 anos de idade. O uso de preservativos na primeira relação sexual foi referida por 59,9% dos adolescentes. A maioria dos adolescentes, 87,7% nunca usaram camisinha em sexo oral e 79,7% nunca usaram durante a relação sexual anal. A média de idade dos estudantes quando tiveram a primeira relação sexual foi de 14,1 anos. O risco de contrair HIV ou IST foi relatado como quase impossível e impossível para 70,8%. Em relação às formas de transmissão do vírus HIV, a principal forma de contaminação para 93,8% dos adolescentes foi relação sexual com penetração vaginal.

VARIÁVEIS – RELAÇÕES SOCIAIS E AFETIVAS	n	%	IC95%
Religião			
Sim	910	78	75,5 - 80,3
Não	256	22	19,6 - 24,4
Parceiro fixo no momento			
Sim	367	32,1	29,5 - 34,9
Não	774	67,8	65,0 - 70,4
Confiança no parceiro			
Confio totalmente	165	42,9	38,0 - 47,8
Confio	189	49,1	44,1 - 54,0
Desconfio	24	6,2	4,2 - 9,1
Desconfio totalmente	7	1,8	0,8 - 3,7
Quem toma a decisão de usar o preservativo			
Você	59	21,3	16,6 - 26,6
Ele/Ela	46	16,6	12,4 - 21,5
Às vezes você/ às vezes ele	125	45,1	39,1 - 51,1
Vocês nunca usam	47	17	12,7 - 21,9
Já sofreu algum tipo de violência			
Sim	41	3,7	2,7 - 4,9
Não	1078	96,3	95,0 - 97,2
Já teve relação sexual sem querer			
Sim	42	4	2,9 - 5,3
Não	1021	96	94,7 - 97
Informações sobre DST/HIV			
Pais	348	29,1	26,5 - 31,7
Amigos	704	58,8	56 - 61,6
Escola	954	79,7	77,4 - 81,9

Tabela 3 – Variáveis relacionadas às relações sociais e afetivas dos adolescentes. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor

Houve prevalência de 78% de estudantes com religião. Em relação ao questionamento de “quem toma a decisão de usar preservativos”, a maioria dos adolescentes (45,1%) respondeu que a iniciativa era compartilhada.

Cerca de 67,8% disseram ter um parceiro fixo, e 92% confiam totalmente ou apenas confiam nos parceiros. O fato de ter sofrido algum tipo de violência foi relatado por 3,7%

dos adolescentes, com a ocorrência de intercurso sexual contra a vontade de 4% dos participantes do estudo.

A maioria dos adolescentes investigados obtém informações com os professores na escola (79,7%), depois com amigos (58,8%) e apenas 29,1% com os pais.

VARÁVEIS	Masculino n(%)	Feminino n(%)	p-valor*
Você já teve relação sexual?			0,003
Sim	207 (40)	215 (31,7)	
Não	311 (60)	463 (68,3)	
Você usou camisinha na sua primeira relação?			0
Sim	93 (45,4)	159(73,6)	
Não	112(54,6)	57(26,4)	
Você usou camisinha na sua última relação sexual?			0,797
Sim	117 (56,8)	120 (55,6)	
Não	89 (43,2)	96 (44,4)	
Número de parceiros sexuais nos últimos 3 meses			0,001
1	85 (67)	167 (92,3)	
2 e 3	28 (22)	11 (6)	
4 ou mais.	14 (11)	3 (1,7)	
Você já teve relação oral?			0,556
Sim	121(59,3)	128(58,7)	
Não	83(40,7)	90(41,3)	
Você já teve relação anal?			0,544
Sim	98(49,5)	105(46,9)	
Não	100(50,5)	119(53,1)	
Você consumiu bebidas alcoólicas?			0,003
Sim	124 (24,5)	118 (16,5)	
Não	382 (75,5)	553 (83,5)	
Você usou drogas ilícitas?			0
Sim	39(7,7)	20 (3)	
Não	466 (92,3)	640 (97)	
Você já teve relações sexuais por dinheiro?			0,003
Sim	15 (3)	5 (0,8)	
Não	474 (97)	644 (99,2)	
Já ouviu falar de aids?			0,485

Sim	497 (97,5)	655 (98)	
Não	13 (2,5)	13 (2)	
Já ouviu falar de DST?			0,702
Sim	443 (86,7)	585 (87,4)	
Não	68 (13,3)	84 (12,6)	
Você faz uso de preservativo?			0,011
Sempre	93(44,2)	83(39,1)	
Geralmente	62(29,5)	54(25,5)	
Raramente	17(8,3)	42(19,8)	
Nunca	38(18,0)	33(15,6)	

Tabela 4 - Comportamento sexual e social de adolescentes segundo sexo. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor

*Provas estatísticas não paramétricas: Pearson chi-cuadrado (c2) o Exacta de Fisher.

A frequência de estudantes que relataram ter tido relações sexuais foi maior no sexo masculino (40%). Em relação ao uso de preservativo na primeira relação sexual, as meninas representaram um percentual maior, 73,6% ($p = 0,000$), porém o uso de preservativo na última relação foi maior para os meninos, 56,8%. No entanto, em comparação com meninas adolescentes, a diferença não foi significativa. O número de parceiros sexuais foi maior entre os estudantes do sexo masculino do que os do sexo feminino ($p = 0,001$).

Os adolescentes do sexo masculino (24,5%) consomem mais bebidas alcoólicas do que as adolescentes do sexo feminino (16,5%), assim como o uso de drogas ilícitas, também foi maior entre os meninos (7,7%).

VARIÁVEIS	Início da vida sexual		
	n	%	<i>p-valor*</i>
Idade			0
<=14 anos	57	13,5	
>=15 anos	365	86,5	
Raça			0,008
Branca	98	23,2	
Não branca	324	76,8	
Nível de educação			0
Primário	89	21	

Secundário	333	79	
Ter um trabalho			0
Sim	144	34,1	
Não	132	65,9	
Religião			
Sim	313	76,5	0,982
Não	96	37,5	
Parceiro fixo			0
Sim	241	58,3	
Não	172	41,7	
Confiança no parceiro			0,003
Confio totalmente	110	43,5	
Confio	124	49	
Desconfio	15	5,9	
Desconfio totalmente	4	1,6	

Tabela 5 – Resultado da relação entre variáveis e início da vida sexual. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor

*Provas estatísticas não paramétricas: Pearson chi-cuadrado (c2) o Exacta de Fisher.

A maioria dos adolescentes (86,5%) que iniciaram a vida sexual tem idade \geq 15 anos ($p = 0,000$), com a cor da pele não branca (76,8%), cursando o nível secundário (79%). No entanto, a maioria não tem emprego (65,95%), tem parceiro fixo (58,3%) e refere confiança no parceiro (92,5%). Aqui podemos ver a influência de ter um parceiro fixo e a confiança para iniciar uma vida sexual. Ter uma religião não foi estatisticamente significativa.

VARIÁVEIS	Uso de álcool		
	N	%	p-valor*
Iniciado a vida sexual			0
Sim	141	60,5	
Não	92	39,5	
Uso do preservativo na primeira relação			0,121
Sim	88	65,2	
Não	47	34,8	
Idade			0

<=14	25	10,7	
>=15	208	89,2	
Idade média (anos)	16,2		
Desvio padrão	1,54		
Raça			0,003
Branca	47	20,2	
Outras	186	79,8	
Trabalho			0,003
Sim	84	36	
Não	149	64	

Tabela 6 – Relação entre as variáveis e o uso de álcool entre os adolescentes. Limoeiro do Norte-CE, Brasil, 2014.

Fonte: o autor

* nível de significância $p < 0,05$.

Foi encontrado entre os adolescentes que consomem álcool, maior frequência no início da vida sexual (60,5%), porém a prevalência de depressão não foi significativa entre estes. O relato do consumo de álcool foi maior entre os jovens de 15 anos ou mais, com média de idade de 16,2 anos. Estudantes da raça branca e que trabalham fazem uso de álcool em menor número.

4 | DISCUSSÃO

Foram estudados 1.196 adolescentes, alunos de escolas públicas, com média de idade de 15 anos, dos quais 35,3% referiram ter prática sexual. Para estes, a iniciação sexual ocorreu com uma idade média de 13,6 anos, no caso de meninos, e 14,6 anos, no caso de meninas. Número superior ao apresentado foi apresentado no estudo de Malta et al (2011) mostrando que 30,5% dos adolescentes iniciaram a vida sexual.

O início da atividade sexual também é marcado pelas concepções de gênero. Nota-se posicionamento diferente entre meninos e meninas, diante desta decisão, a depender dos conceitos apreendidos socialmente e comportamentos sexuais aceitos para homens e mulheres (LIMA, RAMOS e BARBOSA, 2012). Enquanto os homens têm sua iniciação sexual exigida como um estágio simbólico de passagem para a vida adulta, as mulheres são oprimidas pela abstinência antes do casamento (HUGO et al, 2011).

Quanto ao uso de preservativo, constatou-se que 40,1% dos adolescentes investigados não utilizaram o preservativo durante a primeira relação sexual, fato preocupante, uma vez que o uso do preservativo é importante não só para prevenir uma IST, mas também para gerar um comportamento saudável que possa ser refletido ao longo

da vida.

Um fator de risco para iniciação sexual prematura é o fato da diminuição gradativa da idade de entrada na puberdade, ou seja, o desenvolvimento fisiológico dos adolescentes está antecedendo o desenvolvimento cognitivo e emocional. O exercício da sexualidade precoce não permite que a criança vivencie experiências lúdicas, o que constitui alicerces para o desenvolvimento da criatividade e das relações afetivas (JAQUES et al, 2013).

Quanto à raça, verificou-se que o percentual que declarou pertencer à raça parda foi maior (52,2%), seguido pelos que se declararam brancos (27,2%). Conforme estudo de Costa et al (2013), também, a maioria dos adolescentes foi considerada de raça parda, 47,8%.

A iniciação sexual na adolescência tem sido cada vez mais cedo. No estudo de Oliveira-Campos (2014), verificou-se que 28,7% dos estudantes tiveram relação sexual. Entre os adolescentes de Limoeiro do Norte-Ce, mais de um terço já havia iniciado a vida sexual e a idade média foi de 14 anos. Esse dado é semelhante a outros estudos, que revelaram que a maioria dos adolescentes vivencia a primeira relação sexual nessa idade (SILVA et al, 2015).

De acordo com estudo de Miranda (2013), os resultados mostram que mais de um quarto dos estudantes tiveram relação sexual, com maior percentual entre os meninos, o que está de acordo com a pesquisa atual, com maior percentual de meninos (40%) em relação a 31,7% das meninas. Também Oliveira-Campos et al (2014) indica que os estudantes que relataram ter relações sexuais com maior frequência eram do sexo masculino.

Os estudantes com 15 ou mais anos de idade tiveram três vezes mais iniciação sexual do que os alunos com 14 anos ou mais. É sabido que uma iniciação sexual precoce traz não apenas mais casais ao longo da vida, mas também maiores possibilidades de infecções sexuais (SILVA et al, 2015).

A iniciação sexual foi mais representativa na idade de 15 anos ou mais, com uma idade média de 14,1 anos. No entanto, os dados mostram que a idade mínima para o sexo masculino foi de sete anos e para o sexo feminino foi de nove anos, revelando a precocidade no início das relações (MEDONÇA et al, 2012). A vida sexual dos adolescentes começou, em média, aos 15 anos de idade. Evidenciou-se também com Vanzini et al (2013), que os meninos iniciaram suas atividades sexuais antes das meninas, porém o início da vida sexual média foi mais cedo, 12 anos. Nesta investigação, a diferença pode estar relacionada à inclusão de estudantes mais velhos na amostra, pois o estudo teve adolescentes em maior número (63,7%) do ensino médio.

A pesquisa realizada mostra que 59,9% dos estudantes usaram preservativos na primeira relação sexual, diferente do que apresentou Oliveira-Campos et al (2014), onde foi mencionado que apenas um em cada cinco adolescentes sexualmente ativos relatou não ter usado preservativos na primeira relação sexual, o que representa um comportamento preocupante devido ao risco associado.

O uso de preservativo na primeira relação sexual foi mais representativo no sexo feminino (73,6%). No entanto, os meninos (44,2%) disseram sempre fazer uso do preservativo, contra 39,1% das meninas. A análise dos dados ainda sugere que as mulheres têm três vezes mais chances de usar preservativo na ocasião da primeira relação sexual do que os homens (OR = 3,34). Grande parte dos participantes nem sempre utilizam o preservativo em todas as práticas sexuais. Observando o gênero, os meninos tiveram a maior oportunidade de ter uma relação sexual protegida, com (OR = 3,54) e desprotegidas (OR = 2,53).

O uso de preservativos nas relações sexuais orais (12,3%) e anal (20,1%) foi baixo, o que chama a atenção para o fato de que a maioria da população brasileira sabe que o uso de preservativos é melhor maneira de prevenir as IST, porém seu uso está longe de atingir níveis satisfatórios (RODRIGUES et al, 2014).

São diversos os caminhos que motivam o jovem/adolescente a ter relações sexuais desprotegidas, e os números que surgem de IST e infecção pelo HIV, são inferiores aos números reais.

Na investigação atual, 7% dos estudantes afirmam que seria possível contrair HIV ou IST, enquanto 35,6% disseram que seria impossível adquirir as referidas doenças. De acordo com Ferreira et al (2009), adolescentes com vida sexual ativa perceberam que são vulneráveis ao HIV (57%), acreditavam que eram capazes de se proteger contra o vírus (97%) e negaram qualquer possibilidade de contaminação (78%).

Com relação às informações sobre as formas de transmissão do vírus HIV, a principal forma de contaminação para 93,8% dos adolescentes foi a relação sexual com penetração vaginal sem preservativo. Porém, ainda é uma constante na mente dos adolescentes, ideias e informações errôneas, como a aquisição do vírus HIV através da doação de sangue, referido por 64,8% deles, e outras formas de contaminação como beijar e compartilhar roupas íntimas. Esses dados corroboram com determinado o estudo de Costa et al (2013), em relação ao conhecimento de adolescentes sobre IST / HIV, no qual 88,1% afirmaram que formas frequentes de infecção por IST/HIV provem da transmissão sexual.

Em relação ao número de parceiros sexuais, a presente pesquisa mostra que a média de parceiros foi um, enquanto na pesquisa de Sasaki et al (2014) observou-se que 32,5% tinham um parceiro, 7,8% dois parceiros e 4,4% três ou mais parceiros.

A média de parceiros contradiz Silveira et al (2010), quando coloca que para o adolescente que está sempre em busca de novidades, conhecer e relacionar-se com um maior número de parceiros é favorável, sob o ponto de vista deles, pois ficam experientes, e não existe responsabilidade, nem horário, muito menos fidelidade.

A pesquisa mostrou que 41,6% (44,2% meninos e 39,1% meninas) sempre utilizavam o preservativo, e ainda 17% (18% meninos e 15,6% meninas) nunca faziam uso da proteção. Em pesquisa realizada por Jardim (2012), 31,3% dos adolescentes tinham feito uso da camisinha em todas as relações, 30,7% deles raramente usavam e 7,8% nunca

usavam.

Algumas vezes a não utilização do preservativo na proteção das relações sexuais deve-se ao tempo de relacionamento dos parceiros. O risco é eliminado quando se conhece o parceiro (MIRANDA, 2013). Outras vezes, a não utilização da camisinha não está relacionada ao desconhecimento sobre o método e sua importância para o sexo seguro, mas com o senso de invulnerabilidade próprio do adolescente influenciado pelo prazer momentâneo (JARDIM, 2012).

A ocorrência da relação sexual forçada foi relatada na realização da pesquisa atual, verificando-se que em ambos os sexos o percentual foi aproximado 4%, porém não foram elucidadas as circunstâncias e os motivos da violência. SILVA et al (2015) coloca em estudo que 13% dos adolescentes referiram ter sofrido abuso sexual e 58% foram vítimas de algum tipo de violência.

A decisão de usar a camisinha durante a relação sexual foi compartilhada por 45,1% dos adolescentes que tomavam a iniciativa de prevenção. Todavia, ainda identificou-se 17% de sujeitos que nunca usavam o preservativo. Contrariamente aos dados deste estudo, o que quase sempre acontece é que as meninas sempre esperam que o parceiro tenha o preservativo na hora de usar, pois não consideram responsabilidade delas, o que aumenta a vulnerabilidade feminina, pois falta a possibilidade de negociação, estando as relações sexuais pautadas na fidelidade (MALTA et al, 2011).

O uso de drogas foi identificado durante a realização do estudo, sendo que 7,7% dos adolescentes do sexo masculino e 3,3% do sexo feminino, afirmaram ter feito uso da substância. Foi identificado percentual maior no estudo de Oliveira-Campos et al (2014), quando 35,5% dos adolescentes faziam uso de drogas ilícitas.

Um pequeno percentual dos estudantes trabalhavam (23%), mas quase sempre esse trabalho era pago (71,8%), fator que favoreceu o consumo de álcool em 36% dos jovens e contribuiu para a iniciação sexual de 60,5% destes. Na pesquisa de Saldanha et al (2008), o número de adolescentes que trabalhavam e eram pagos era maior, 35% e 87%, respectivamente.

Em relação à vulnerabilidade individual, os fatores considerados no estudo foram: início da vida sexual, práticas de sexo seguro, sexo, número de parceiros sexuais, conhecimento sobre a transmissão das IST/HIV. Desta forma, os adolescentes encontram-se vulneráveis devido à iniciação sexual precoce e prática de sexo sem uso do preservativo.

No componente social da vulnerabilidade, foram estabelecidos os seguintes fatores: raça/cor, atividade remunerada, parceiro fixo, decisão sobre o uso da camisinha, como se obteve o conhecimento sobre IST/HIV, relação sexual forçada, uso de drogas e risco de pegar HIV. Foram identificados comportamentos que denotam indícios de vulnerabilidade, principalmente no que se refere à decisão sobre o uso do preservativo, os meios de obtenção do conhecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e o fato de os adolescentes não reconhecerem os riscos a que estão expostos diariamente, não se

reconhecendo como sujeitos de risco.

A respeito do componente programático, foram considerados: orientações através da escola e do serviço de saúde, atendimento nas unidades de saúde, atendimento dos profissionais de saúde. Percebe-se a condição de vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes quando a grande maioria deles classifica o acesso aos serviços de saúde como regular/ruim e, da mesma forma, o atendimento recebido pelos profissionais de saúde. O serviço de saúde deixa de ser o principal responsável pelas informações de saúde, sendo ocupado pelas escolas na percepção dos adolescentes.

5 | CONCLUSÕES

A vulnerabilidade pode ser vista como um produto da interação entre as características do indivíduo e as estruturas sociais de desigualdade, determinando o acesso, as oportunidades e produzindo sentimentos pelo sujeito sobre si mesmo e o mundo.

Verificou-se uma maior situação de vulnerabilidade entre os adolescentes nos seguintes aspectos da vulnerabilidade individual: vida sexual precoce, conhecimento limitado sobre o HIV e sua transmissão, práticas sexuais inseguras, traduzidas pela não utilização de preservativos em todas as relações sexuais; de vulnerabilidade social: por questões de gênero, decisão sobre o uso de preservativo, meios de obter conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e baixa percepção de risco em suas práticas; vulnerabilidade programática: serviços de saúde e seus profissionais que não atendem às necessidades dos adolescentes.

Os fatores de risco encontrados neste estudo podem ser descritos como: a crescente iniciação sexual de adolescentes associada a relações sexuais sem o uso de preservativos, o consumo de álcool, o elevado número de parceiros sexuais, o uso de drogas, o conhecimento distorcido de como se contrai IST e HIV, bem como, através do que e de quem esse conhecimento é adquirido, e a falta de informações direcionadas aos adolescentes sobre IST nas unidades de saúde. O adolescente acha impossível ou quase impossível obter o vírus HIV. Esses comportamentos favorecem a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, em especial o vírus HIV.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D.; AYRES, J.R.C.M. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud Colectiva**, v.5, n.3, p.323-344, 2009.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**: para compreender e a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008.

BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.13, n.4, p. 809-816,

2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** – Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Sexual e Reprodutiva: um direito de adolescente-Guia para UBS e ESF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** – Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP. *Resolução nº 466/12: sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

COSTA, A.C.P.J. *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz- Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.3, p.179-186, 2013.

FERREIRA, F. A. R. *et al.* Sexualidade adolescente e vulnerabilidade ao HIV. In: **Anais... XV Encontro Nacional da Abrapso**. Macéio, 2009.

HUGO, T.D.O *et al.* Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional; **Cad. Saúde Pública.**, v.27,n.11, p.2207-14, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados básicos Limoeiro do Norte**. [Acessado em 12 mar. 2013] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=230760>>

JAKUES, A.E. *et al.* Opinion ofunder graduate students of pedagogy on the importance of sexual education in the school. *Rev Enferm UFPE on-line*, v.6, n.7, p.1679-1688, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/.../4073>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

JARDIM, D.P. Educação em Saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. *Adolesc Saúde*, v.9, n.4, p.63-67, 2012.

LIMA, K.J.; RAMOS, D.M.B.; BARBOSA, A.A.D. Diversos Conceitos sobre sexualidade dos adolescentes influenciando suas práticas preventivas e contraceptivas. *Rev Enferm UFPE on-line*, v.6, n.1, p.41-7, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../2689>>. Acesso em: 12 mar. 2013

MALTA, D.C. *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. *Rev Bras Epidemiol.*, v.14, n.1, Supl., p.147-156, 2011.

MENDONÇA, G.M.M. *et al.* Promoção da saúde sexual de puérperas adolescentes: conhecimento e práticas. *Adolesc Saúde*, v.9, n.2, p.14-20, 2012.

MIRANDA, J.C. Adolescência e vida sexual:o retrato de uma escola pública da região metropolitana do Rio de Janeiro. *SaBios: Rev Saúde e Biol.*, v.8, n.2, p.31-40, 2013.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol.**, v.17, suppl.1, p.31-45, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro de prensa – VIH/SIDA. **Nota descritiva nº 360, julho de 2013** [Internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>> Acesso em: 23 jun. 2013.

RODRIGUES, M.O. *et al* Conhecimento dos adolescentes de uma escola da rede pública sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis; Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. V.3,n.4, p.1268-80, 2014.

SALDANHA, A.A.W. *et al.* Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à AIDS: Um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **J Bras Doenças Sex Transm.**, v.20, n.1, p.36-44, 2008.

SASAKI, R.S.A. *et al.* Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. **Rev Bras Epidemiol.**, v.17, suppl.1, p.172-182, 2014.

SILVEIRA, A. *et al.* Sexual education adolescentes: a participatoryre search approachin the school. **Rev enferm UFPE on line.**, v.4, n.1, p.149-155, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/648>>. Acesso em: 2 dez. 2013

SILVA, A.S.N. *et al.* Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre o comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil; Rev. Pan-Amazônica de Saúde., v.6, n.3. p.1-17, 2015.

VANZIN, R. *et al.* Vida Sexual de Adolescentes Escolares da Rede Pública de Porto Velho-RO; **Aletheia.**, v.41, p.109-20,2013.

AVALIAÇÃO DE DADOS EXPERIMENTAIS: UMA ABORDAGEM ALÉM DAS TÉCNICAS BIOESTATÍSTICAS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 22/09/2020

Giselle Marianne Faria

Universidade Federal Fluminense, Instituto de Biologia, Pós-graduação em Neurologia / Neurociências, Faculdade de Medicina
Niterói, RJ
<https://orcid.org/0000-0002-4287-1651>

Lucio Souza Gonçalves

Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-graduação em Odontologia
Rio de Janeiro, RJ
<https://orcid.org/0000-0002-4388-6310>

RESUMO: Na pesquisa científica, a análise de dados experimentais representa importante etapa no processo de esclarecimento de um problema do mundo real. A variedade e pronta disponibilidade de *softwares* contribui marcadamente no processo de tradução do conjunto de dados heterogêneos em informações valiosas, que quando devidamente integradas, contribuirão marcadamente para a produção de conhecimento útil e relevante. Fatores tais como a existência de particularidades inerentes às pesquisas em ciências da saúde, além de uma dificuldade natural dos profissionais deste segmento em lidar com determinados conceitos em ciências exatas, ressaltam a importância de o pesquisador ampliar sua visão acerca do processo de análise de dados experimentais. Nesse contexto, o presente capítulo abordará, de forma sucinta, alguns aspectos a serem

observados em diferentes estágios da análise dos dados, visando assegurar a produção de um conhecimento diferenciado pela pesquisa conduzida. Sendo assim, em um primeiro momento, serão abordadas, na etapa pré-analítica, a importância da identificação dos tipos de variáveis do estudo e de uma análise exploratória dos dados na busca de eventuais anomalias (tais como valores duplicados, ausentes, inconsistentes ou atípicos). Em seguida, na etapa analítica, serão comentadas algumas premissas a serem observadas por diversas técnicas estatísticas rotineiramente utilizadas em pesquisas de saúde (independência de observações, linearidade, normalidade e observações atípicas), de forma a assegurar a obtenção de resultados válidos. Finalmente, na etapa pós-analítica, será considerada a importância de particularidades inerentes às pesquisas na área de saúde (variabilidade biológica, existência de covariáveis e interações), além dos conceitos de significância estatística e relevância clínica, extremamente relevantes no momento de interpretação, extrapolação e discussão dos resultados obtidos, que devem sempre estar devidamente alinhados com a fundamentação teórica do desenho experimental. **PALAVRAS - CHAVE:** análise de dados experimentais, bioestatística, premissas.

EXPERIMENTAL DATA ANALYSIS: AN APPROACH BEYOND BIOSTATISTICS TECHNIQUES

ABSTRACT: Experimental data analysis consists of an important step during the process

of clarifying problems of the real world. The wide range and ready-to-use statistical packages represent a valuable tool in the process of translating heterogenous data sets to valuable information, that after the proper integration, contribute a lot for the production of useful and relevant knowledge. The existence of particularities inherent to Health Sciences and a common difficulty faced by health professionals to deal with specific concepts in exact sciences highlight the importance of the researcher to broaden his own horizons regarding the experimental data analysis process. In this context, the present chapter will briefly discuss some aspects to be considered at different steps during experimental data evaluation, in order to assure the delivery of a valuable knowledge by the research design. Initially, at the pre-analytical step, the relevance of identification of variable types, as well as the exploratory data analysis in order to identify potential anomalies (such as duplicate, missing, atypical or inconsistent values) will be commented. Next, during the analytical step, some important assumptions, required by many statistical tests employed at regular basis on health researches (such as independence of observations, linearity, normality and atypical observations) are considered, in order to provide valid results. Finally, at the post-analytical step, there will be discussed some peculiarities faced by health sciences researches (such as wide biological variability, existence of co-variables and interactions) as well as the concepts of statistical significance and clinical relevance - factors that must to be taken into account by the researcher during data interpretation, extrapolation and discussion, to assure the closer alignment with the theoretical basis and fundamentals of the study design.

KEYWORDS: experimental data analysis, biostatistics, assumptions.

1 | INTRODUÇÃO

No contexto da pesquisa científica, que abrange um conjunto de ações, planejadas e executadas, com a finalidade de esclarecer uma pergunta específica para um problema identificado, a Bioestatística representa importante ferramenta na tradução de um conjunto de dados heterogêneos e isolados em informações compreensíveis, que deverão ser posteriormente organizadas, para finalmente serem transformadas em conhecimento útil (Kelleher, 2018). Sem essa importante ferramenta, todo um farto conjunto de dados, resultante de anos de dedicação e trabalho árduo, muito provavelmente seria destinado a compor um vasto arquivo, privando a sociedade de contribuições valiosas.

Dessa forma, tão importante quanto o adequado delineamento do estudo experimental, bem como os critérios selecionados para a coleta de dados, torna-se fundamental um olhar mais abrangente acerca da utilização dos métodos analíticos em Bioestatística. Tais métodos não devem ser limitados equivocadamente a uma mera sequência operacional de comandos, a serem executados em pacotes estatísticos prontamente acessíveis para aplicações pela comunidade acadêmica. Ao contrário, e de forma aditiva, um exame criterioso dos dados experimentais, antes da execução da técnica estatística, aliado ao atendimento de premissas específicas para cada teste durante a etapa analítica propriamente dita, e à cuidadosa interpretação e reporte dos resultados fornecidos após à execução dos testes estatísticos, podem representar fatores fundamentais e determinantes da qualidade das

informações extraídas, bem como da relevância e diferencial do conhecimento produzido.

Sendo assim, em um primeiro momento, o presente capítulo abordará a importância da identificação dos tipos de variáveis em um estudo experimental (quanto ao papel e ao tipo), considerando também alguns critérios que devem ser observados para avaliar a qualidade dos dados experimentais, tais como na detecção de eventuais duplicidades, inconsistências e existência de valores atípicos (“*outliers*”) nas etapas que antecedem a análise estatística (didaticamente definida como **etapa pré-analítica**).

Na sequência, serão apresentadas sucintamente algumas premissas requeridas por diversas técnicas estatísticas frequentemente utilizadas em pesquisas de saúde (**etapa analítica**), de forma a garantir a validade dos resultados finais das análises estatísticas realizadas.

Para finalizar, serão apresentadas algumas reflexões que devem ser consideradas durante a interpretação, extrapolação e reporte dos resultados (**etapa pós-analítica**), tendo-se em conta o contexto específico e particularidades inerentes às pesquisas em ciências da saúde, ressaltando-se também a importância da reflexão acerca de conceitos já consagrados, como o de significância estatística e relevância prática ou clínica.

Longe de exaurir tão vasto assunto, utilizando uma linguagem simples e acessível ao público não especializado em ciências exatas, a presente contribuição tem o objetivo de mapear alguns pilares teóricos da análise de dados experimentais, a serem observados no contexto da pesquisa científica, de forma a incrementar a qualidade no processo de produção de conhecimento útil. Adicionalmente, as presentes reflexões tornam-se de especial importância, ao considerarmos que, para alguns profissionais da área de saúde, mesmo com o adequado treinamento técnico para a execução de análises estatísticas, existe uma dificuldade para o entendimento de conceitos mais elaborados na área de ciências exatas; além de uma dificuldade para a comunicação efetiva entre o profissional de saúde e o perito na área de estatística, quando este é convidado a compor a equipe da pesquisa (Tu, 2012).

2 | ETAPA PRÉ-ANALÍTICA

2.1 Tipos de Variáveis

Um aspecto crítico a ser considerado nas etapas iniciais da análise exploratória dos dados consiste em **identificar os papéis e os tipos das variáveis do estudo**, pois a natureza dessas variáveis (quanto às **escalas de medida**, estabelecidas como nominais, ordinais, intervalares ou razão / proporcionais) determinará o tipo o tratamento estatístico que poderá ou não ser empregado, bem como as estatísticas descritivas e os tipos de gráficos que poderão ser utilizados para representação dos resultados obtidos (Kelleher, 2018, Pupovac, 2011).

Dessa forma, em um desenho experimental bem simples, no qual deseja-se avaliar

apenas uma determinada medida após o efeito de uma intervenção específica, identificam-se duas variáveis quanto aos seus papéis nesse estudo: a **variável resposta** (que consiste daquela que será medida, podendo também ser denominada variável **dependente** ou **predita**; ou seja, aquela que se deseja explicar), graficamente representada no eixo das ordenadas (eixo y, vertical) e a **variável independente** (consistindo daquela que será manipulada pelo pesquisador em seu estudo, também denominada como **preditora** ou **explicativa**), tendo seus valores graficamente representados no eixo das abscissas (eixo x, horizontal) (Seltman, 2018).

Quanto ao tipo, as variáveis podem ser classificadas em **qualitativas** ou **quantitativas** (Figura 1).

Variáveis **qualitativas** são aquelas que descrevem atributos não numéricos de classificação para um determinado objeto de estudo, não permitindo, portanto, quaisquer operações aritméticas para seu tratamento. Podem ser de dois tipos: **nominais** ou **ordinais**. Variáveis qualitativas nominais não guardam relacionamentos entre as categorias, e como exemplo temos: cor dos olhos (castanhos, verdes, azuis); tipo sanguíneo (A, B, AB, O) ou profissão (professor, médico, advogado, outras), sendo possível somente estabelecer relações de igualdade ou diferença entre elas. Já as variáveis qualitativas ordinais guardam um ordenamento entre as categorias, como por exemplo: nível de escolaridade (ensino fundamental, médio, superior ou pós-graduado), estágio da doença (inicial, intermediário, avançado ou terminal) ou intensidade da dor (ausente, fraca, moderada, forte ou insuportável) e neste caso, além do estabelecimento de relacionamentos de igualdade ou diferença, podem também ser estabelecidos sentido e direção, dada a existência de hierarquia entre os atributos (Pereira, 2004; Skiena, 2017).

Variáveis **quantitativas** são aquelas que refletem a magnitude de uma informação representada por uma escala numérica verdadeira (Seltman, 2018; Skiena, 2017). Podem ser subdivididas em **discretas** (consistindo daquelas representadas por valores inteiros, geralmente resultantes de contagens, como por exemplo: número de filhos; número de participantes de um estudo; número de replicatas em um experimento; número de células viáveis) ou **contínuas** (quando representadas por números fracionários, como no caso de medidas do nível sanguíneo de glicose, distância percorrida). Variáveis contínuas também podem ser classificadas em **razão** (escala que possui um valor verdadeiramente nulo que está sendo medido – exemplo: idade, peso, altura, pressão sanguínea, notas de prova, podendo-se afirmar que um valor é múltiplo de outro) ou **intervalar** (aquela que contém o zero, sendo que este valor nulo não representa ausência da variável de medida, como no exemplo da temperatura medida em graus Celsius: 0°C não quer dizer ausência de temperatura; e neste caso não é apropriado afirmar-se que um valor é múltiplo do outro) (Vetter, 2017; Kelleher, 2018).

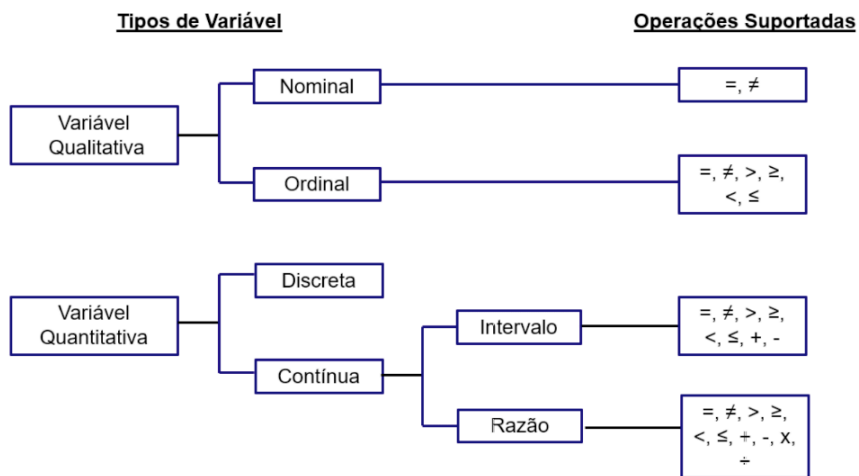


Figura 1: Classificação das variáveis e operações permitidas conforme tipo de escala

2.2 Avaliação da Qualidade Dos Dados

Outro aspecto de grande importância, que deve ser observado antes da realização dos testes estatísticos propriamente ditos, consiste de uma verificação criteriosa dos dados coletados, seja na busca de eventuais anomalias, ou de uma melhor forma de organização dos mesmos. O adequado julgamento técnico-científico da equipe de pesquisa deve ser aplicado para assegurar que os dados a serem utilizados sejam capazes de refletir o experimento realizado, respeitando-se todas as variações inerentes a este processo. De forma geral, recomenda-se uma avaliação prévia quanto aos seguintes aspectos (Hair, 2009; Moreira, 2019) :

Duplicidade nos dados: anomalia que pode ser resultante, por exemplo, da falta de padronização na unidade de medida das observações. Como pode ser verificado para medidas de peso (podendo a mesma observação ser expressa em miligramas, gramas ou quilogramas) ou volume (expresso em microlitros, mililitros ou litros). Neste caso, padronize o critério de sua observação, identifique-a apropriadamente e elimine todas as demais observações que não atendam ao critério de sua padronização, evitando desta forma a duplicação de dados.

Valores ausentes: evento verificado, por exemplo, em estudos baseados na aplicação de questionários, que são respondidos parcialmente pelos participantes da pesquisa. De forma geral, faz-se necessária uma avaliação dos tipos de dados perdidos, das causas que levaram à essa perda (verificar se a perda ocorreu de forma aleatória ou se seguiu algum padrão definido), da extensão desta perda e dos impactos resultantes. As ações corretivas aplicáveis devem garantir o atendimento ao desenho experimental e à

fundamentação teórica da pesquisa, eliminando também eventuais vieses decorrentes da perda dos dados.

Inconsistências: são verificadas quando há uma contradição entre itens no conjunto de dados para uma variável. Podem ser resultantes, por exemplo, de erro de digitação dos dados, por erros de medição da variável ou contaminação de amostras. Recomenda-se decidir qual dos valores é mais fidedigno da variável em estudo, e eliminar o achado definido como inconsistente (ou seja, incompatível para aquela variável, em determinada amostra).

Valores atípicos: consistem de valores extremos (também conhecidos como “outliers”) para uma determinada variável, mas ainda dentro de um limite de razoabilidade para o atributo em estudo (ao contrário da inconsistência, configurada como impraticável para a medida em avaliação). A identificação destes valores extremos é importante no momento de seleção do teste estatístico a ser empregado e pode exercer forte influência nos resultados obtidos.

Agrupamento de categorias: estratégia de tratamento prévio dos dados que pode auxiliar na identificação de propriedades particulares de grupos específicos. A seleção das categorias dependerá da natureza e da pergunta de cada pesquisa, ficando a critério do pesquisador identificar aquelas que são mais relevantes e aplicáveis para seu estudo (como por exemplo, agrupamento por faixa etária; estágio da doença; nível de tolerância à dor, entre outros).

3 | ETAPA ANALÍTICA

As soluções em informática, oferecidas atualmente por diversos pacotes estatísticos, de pronta aplicação na pesquisa científica, colaboram marcadamente no processamento dos dados experimentais. Entretanto, para a seleção do teste estatístico adequado ao conjunto de dados, com capacidade de fornecer resultados válidos, há que se observar o atendimento a premissas requeridas por essas análises (Laerd, 2015; Shein, 2004). Dentre estas premissas, podemos citar: **independência entre observações, linearidade, normalidade e observações atípicas**, brevemente abordadas a seguir, como aquelas que frequentemente são requeridas por diversos testes estatísticos rotineiramente utilizados em pesquisas na área de saúde.

3.1 Independência Entre Observações

Consiste de premissa fundamental para a seleção do teste estatístico destinado a avaliar, por exemplo, diferenças entre dois grupos quanto a uma determinada variável dependente. Esta seleção fundamenta-se na ausência de relacionamento ou influência entre participantes de cada grupo, e também entre os grupos diferentes; ou seja, a seleção do teste estatístico dependerá se o desenho experimental definiu a avaliação dos mesmos indivíduos em momentos distintos (neste caso havendo um relacionamento entre eles) ou

se serão avaliados indivíduos distintos (caracterizando-se, neste caso, a independência das observações) (Laerd, 2015).

3.2 Linearidade

Trata-se de premissa a ser observada particularmente em estudos de associação, podendo ser verificada pela inspeção do **gráfico de dispersão** entre duas variáveis métricas (Figura 2). O atendimento a este requisito é de especial importância em estudos de correlação e predição, pois sua violação pode levar a um subdimensionamento da força real das associações (Hair, 2009). Adicionalmente, tanto a interpretação de coeficientes determinados nestas avaliações (fornecidos pelos programas de análises estatísticas) como a extrapolação dos achados deste tipo de análise devem ser cuidadosamente observadas pelo pesquisador, em especial quando detectada a existência de relacionamentos não lineares entre variáveis (Spiess, 2010).

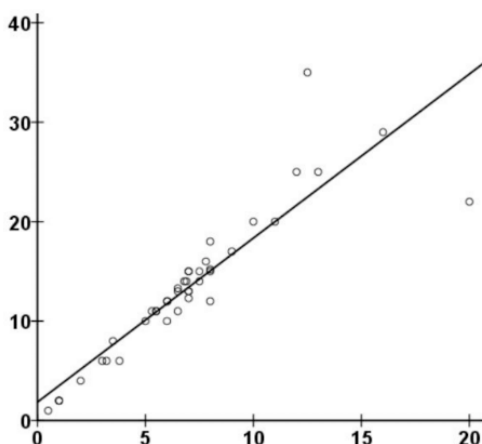


Figura 2: Gráfico de dispersão para avaliação da linearidade entre duas variáveis métricas

3.3 Normalidade

Consiste da verificação da distribuição dos dados métricos (numéricos) em relação à distribuição gaussiana (**distribuição normal**, que graficamente apresenta o formato de sino, em um **histograma** para distribuição de frequências, Figura 3). A curva normal é caracterizada por uma distribuição **simétrica** dos dados em torno do valor central (Field, 2009).

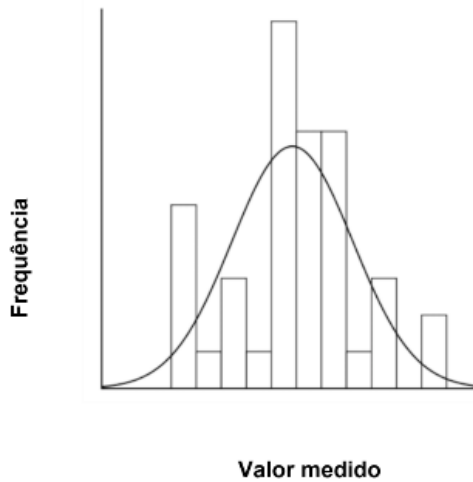


Figura 3: Histograma demonstrativo de uma curva normal de distribuição de dado

Dados experimentais podem apresentar desvios em relação à normalidade, podendo estar relacionados à **assimetria** e à **curtose**. Desequilíbrios quanto à assimetria podem ser positivos (quando a distribuição dos dados desloca-se para a esquerda da escala) ou negativos (quando marcados pelo deslocamento dos dados para a direita da escala de medida); já com relação à curtose, os desvios podem ser detectados quando verificado um padrão mais achatado ou mais pontiagudo da curva de distribuição. Os pacotes informatizados de análise estatística atualmente disponíveis fornecem valores empíricos para assimetria e curtose, como resultado da avaliação da estatística descritiva para um determinado conjunto de dados, os quais também podem ser utilizados para a verificação da premissa da normalidade (segundo a comparação dos valores calculados com valores tabelados a um determinado nível de significância estatística estabelecida para o teste) (Hair, 2009) .

Também é possível avaliar graficamente a normalidade para um determinado conjunto de dados experimentais pelo **gráfico de probabilidade normal** (Figura 4), no qual um padrão de distribuição normal é representado por uma reta diagonal. Na existência deste tipo de distribuição, verifica-se que a reta definida pelos dados experimentais se aproxima marcadamente da reta de distribuição normal.

Outros testes estatísticos também podem ser empregados para verificação da normalidade, tais como o teste de **Shapiro-Wilk** e **Kolmogorov-Smirnov**, também fornecidos pelos *softwares* de análise estatística. Neste caso, a existência da normalidade para um conjunto de dados é verificada quando a significância estatística desses testes assume valor acima daquele estabelecido como aceitável para o teste estatístico de verificação desta hipótese.

Vale ressaltar que a avaliação da normalidade não deve basear-se apenas em um dos critérios de avaliação desta premissa, ao se considerar, por exemplo que inspeções visuais de histogramas podem ser distorcidas para pequenos conjuntos amostrais. Nesse sentido, recomenda-se uma avaliação conjunta de resultados da análise gráfica (histograma e gráfico de probabilidade normal) associados aos testes estatísticos (Shapiro-Wilk; Kolmogorov-Smirnov) (Hair, 2009).

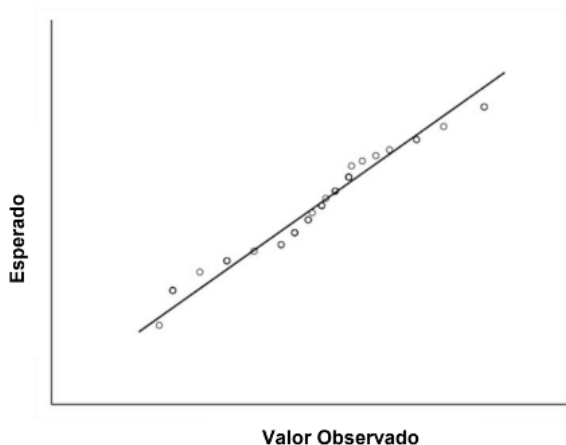


Figura 4: Gráfico demonstrativo de probabilidade de distribuição normal de dados.

3.4 Observações Atípicas

A existência de valores extremos (“*outliers*”) em um conjunto de dados consiste de premissa crítica a ser avaliada, tendo em vista seu impacto tanto na seleção, como nos resultados fornecidos por diversos testes estatísticos.

Uma das formas de verificação desta premissa consiste da inspeção visual de um **diagrama de caixas** (“*boxplot*”, Figura 5). Os valores extremos, tanto aqueles acima do valor máximo, como abaixo do valor mínimo, são representados individualmente de acordo com a observação experimental.

Caso detectada a presença de observações atípicas em um determinado conjunto de dados, cabe ao pesquisador realizar uma investigação detalhada de cada uma destas observações, quanto às causas da ocorrência deste evento. Deve-se questionar, por exemplo, se o valor extremo é resultante de um erro de medição ou se a observação que levou aquele valor pode realmente ser considerada como representativa da amostra tomada (como pode ocorrer quando um determinado critério de exclusão, estabelecido para um protocolo experimental, é violado).

Na hipótese desta observação atípica não corresponder a uma observação válida para a pesquisa em curso, a mesma poderá ser descartada do conjunto de dados, para

posterior realização das análises estatísticas adequadas. Entretanto, caso o valor extremo seja, de fato, considerado válido para o experimento que foi realizado, pode-se realizar os testes estatísticos adequadamente selecionados para este cenário, tanto na presença como na ausência da determinação atípica, avaliando-se a influência desta observação nos resultados obtidos.

Cabe destacar que essas avaliações devem ser mencionadas pelo pesquisador no momento de reporte e discussão de seus achados, fornecendo uma interpretação adequada desta ocorrência dentro do contexto de seus estudos.

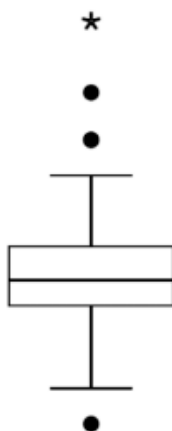


Figura 5: Inspeção gráfica para a detecção de valores extremos

4 | ETAPA PÓS-ANALÍTICA

Também é importante destacar que pesquisas na área de saúde (em especial estudos clínicos) possuem características próprias, requerendo atenção do pesquisador nas etapas que sucedem as análises estatísticas, fazendo-se crucial a contextualização e os limites para a extrapolação dos achados (Motulsky, 1995), no momento de reporte e discussão de seus resultados, tendo-se em conta aspectos tais como:

Ampla variabilidade biológica, observada em cada indivíduo isoladamente (resultado por exemplo, de uma dinâmica heterogênea de um determinado processo patológico em estudo) e também a variabilidade existente entre indivíduos diferentes (como no caso da influência da ancestralidade, para indivíduos que talvez possam ter a mesma idade, o mesmo gênero e estarem no mesmo estágio de uma mesma doença);

Conhecimento e controle de todas as variáveis, muitas das vezes impraticáveis para todas as variáveis relevantes no estudo que está sendo conduzido; dada a extrema complexidade dos sistemas biológicos, com diversas nuances seja em cenários fisiológicos

ou patológicos;

Utilização de amostras de conveniência, ao contrário das amostras aleatórias postuladas pelos fundamentos estatísticos e matemáticos, devendo o pesquisador cuidar para que esta amostragem seja representativa do problema em estudo;

Existência de covariáveis e interações, uma realidade marcante de estudos na área de saúde. Neste cenário, dependendo da pergunta que a pesquisa se propõe a responder, uma análise bivariada simples pode não contemplar fielmente a complexidade dos sistemas biológicos. Para ilustrar, um exemplo simples de um estudo que tem como variável de estudo os níveis de colesterol, que sabemos ser influenciados por diversos fatores (dieta, atividade física, etc). Também pode ocorrer, em um dado estudo, de uma variável independente ser influenciada por outras variáveis (existência de interações) e o conjunto de diversas contribuições de fatores distintos exercerão impacto na resposta da variável dependente. Embora a influência de muitas covariáveis possa ser controlada pelo desenho experimental, vale ressaltar que, dependendo do tipo de estudo e da pergunta da pesquisa, análises estatísticas mais elaboradas poderão ser recomendadas (análises multivariadas);

Significância estatística x relevância prática, dois conceitos que precisam ser ponderados de forma a refletir adequadamente a magnitude do efeito de um determinado evento em uma população de interesse, o que implica em abordagens completamente distintas do ponto de vista de importância clínica (Amrhein, 2019; Schober, 2018; Fritz 2012; Shein 2004).

Sendo assim, por maiores que sejam o rigor e a excelência implementados em todas as etapas do estudo, as características inerentes às pesquisas na área de saúde requerem que o pesquisador utilize sempre sua capacidade de integrar achados no momento de suas conclusões, não restringindo-se aos resultados de apenas um teste estatístico (Motulsky, 1995). Também é importante manter sempre o bom senso e julgamento científico, mapeando e discutindo as limitações do estudo conduzido, visando sempre a otimização dos impactos advindos de sua pesquisa (Amrhein, 2019; Nuzzo, 2014).

5 | CONCLUSÕES

As soluções em informática, atualmente disponíveis em termos de diversos pacotes estatísticos, colaboram de forma substancial no processo de científico. Entretanto, características específicas inerentes às pesquisas em ciências da saúde, exigem cada vez mais um alinhamento e uma integração de diferentes áreas do conhecimento. Nesse contexto, o manejo apropriado de softwares, em conjunto com uma sólida fundamentação teórica em Bioestatística, sempre permeados pela capacidade técnico-analítica do pesquisador perito em sua área de atuação em todas as etapas da pesquisa científica, podem ser fatores decisivos para a produção de conhecimento útil e relevante.

REFERÊNCIAS

AMRHEIN, Valentin; GREENLAND, Sander; MCSHANE, Blake. **Scientists rise up against statistical significance**. 2019.

FIELD, Andy. **Descobrimos a estatística utilizando o SPSS**. 2009.

FRITZ, Catherine O.; MORRIS, Peter E.; RICHLER, Jennifer J. **Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation**. *Journal of experimental psychology: General*, v. 141, n. 1, p. 2, 2012.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, 2009.

KELLEHER, John D.; TIERNEY, Brendan. **Data science**. MIT Press, 2018.

Laerd Statistics (2015). **Statistical tutorials and software guides**. Obtido de: <https://statistics.laerd.com/>. Acesso em 10/09/2020.

MOREIRA, João; DE LEON FERREIRA, André Carlos Ponce; HORVÁTH, Tomáš. **A general introduction to data analytics**. Wiley, 2019.

MOTULSKY, H. **Intuitive Biostatistics**. New York. 1995.

NUZZO, Regina. **Scientific method: statistical errors**. *Nature News*, v. 506, n. 7487, p. 150, 2014.

PEREIRA, JCR. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3ª Edição São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. (Forti) in newly constructed lakes, Queensland, Australia. **Environ. Toxicol**, v. 14, p. 167-177, 1999.

PUPOVAC, Vanja; PETROVECKI, Mladen. **Summarizing and presenting numerical data**. *Biochemia medica: Biochemia medica*, v. 21, n. 2, p. 106-110, 2011.

SCHOBER, Patrick; BOSSERS, Sebastiaan M.; SCHWARTE, Lothar A. **Statistical significance versus clinical importance of observed effect sizes: what do P values and confidence intervals really represent?** *Anesthesia and analgesia*, v. 126, n. 3, p. 1068, 2018.

SHEIN-CHUNG, Chow; JEN-PEI, Liu. **Design and analysis of clinical trials: concepts and methodologies**. 2004.

SELTMAN, H. J. **Experimental Design and Analysis**@ <http://www.stat.cmu.edu/~hseltman/309/> Book. Book. pdf July, 2018.

SKIENA, Steven S. **The data science design manual**. Springer, 2017.

SPIESS, Andrej-Nikolai; NEUMEYER, Natalie. **An evaluation of R² as an inadequate measure for nonlinear models in pharmacological and biochemical research: a Monte Carlo approach**. *BMC pharmacology*, v. 10, n. 1, p. 6, 2010.

Tu, Y. K., & Gilthorpe, M. S. (2012). **Key statistical and analytical issues for evaluating treatment effects in periodontal research.** *Periodontology 2000*, 59(1), 75-88.

VETTER, Thomas R. **Fundamentals of research data and variables: the devil is in the details.** *Anesthesia & Analgesia*, v. 125, n. 4, p. 1375-1380, 2017.

IMPACTOS DA FISIOTERAPIA EM UM PACIENTE INSTITUCIONALIZADO COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA E DEGENERAÇÃO CEREBELAR ALCOÓLICA: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 14/08/2020

João Victor Silveira Machado de Campos

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/2539050201376238>

Gustavo Vilela Alves

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/3200071661169022>

Mara Rúbia Franco Teixeira

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos
Araguari – MG
<http://lattes.cnpq.br/5087630110058253>

RESUMO: O referido estudo de caso busca avaliar, por meio de uma abordagem de investigação metodológica que envolveu a aplicação do teste Timed Up and Go, a mobilidade funcional de um indivíduo portador de demência alcóolica, em reabilitação fisioterapêutica, residente de uma instituição de longa permanência localizada no município de Araguari – MG. Foram realizados dois testes comparativos, com um período de 19 meses entre eles, em que o paciente foi submetido à fisioterapia. O resultado encontrado foi uma diminuição importante de mais de 50% no tempo consumido para realização do segundo teste,

evidenciando melhora na mobilidade funcional e minimizando o risco de quedas.

PALAVRAS - CHAVE: Demência alcóolica; mobilidade funcional; teste Timed Up and Go; risco de queda; fisioterapia.

IMPACTS OF PHYSIOTHERAPY ON AN INSTITUTIONALIZED PATIENT DIAGNOSED WITH DEMENTIA AND ALCOHOLIC CEREBELLAR DEGENERATION: A CASE REPORT

ABSTRACT: This case study seeks to evaluate, through a methodological research approach involving the application of the Timed Up and Go test, the functional mobility of an individual with alcoholic dementia, in physiotherapeutic rehabilitation, resident of a long-stay institution located in the city of Araguari – MG. Two comparative tests were made, with a period of 19 months between them, in which the patient underwent physiotherapy. The result found was a significant decrease of more than 50% in the time taken to perform the second test, showing improvements in functional mobility and minimizing the risk of falling down.

KEYWORDS: alcoholic dementia; functional mobility; Timed Up and Go test; risk of falling down; physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o alcoolismo como uma doença crônica. Além disso, evidências científicas robustas já demonstraram que o consumo

crônico de álcool pode ocasionar uma série de alterações fisiológicas e anatômicas a nível do Sistema Nervoso Central, principalmente no cerebelo, órgão este responsável pela manutenção do equilíbrio, pelo controle do tônus muscular, dos movimentos voluntários, da aprendizagem motora, dentre outras funções.

Para um eficiente equilíbrio postural estático e dinâmico, que permita o deslocamento corporal com segurança, é necessário que haja uma troca rápida e efetiva de informações entre os sistemas aferentes (exterocepção e propriocepção), eferentes (neurônios motores) e sistema nervoso central.

A marcha é essencial para a independência do ser humano, por isso, restaurar e ou melhorar o estado de deambulação do paciente deve ser, sempre, uma preocupação nos protocolos de reabilitação. Neste contexto um adequado tratamento fisioterapêutico deve contemplar exercícios de treino de equilíbrio em diferentes posições, treino de coordenação motora, treino de força e resistência com vistas a estimular e facilitar os ajustes neuromusculares exigidos durante a marcha melhorando assim a mobilidade funcional e minimizando o risco de quedas.

2 | OBJETIVO

Analisar o impacto da fisioterapia na redução do risco de quedas em um paciente institucionalizado portador de repercussões motoras em membros inferiores decorrentes do consumo crônico de álcool.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente J.A.J., homem, 59 anos, residente em instituição de longa permanência no município de Araguari – MG. Apresenta sinais e sintomas neurológicos: déficit de equilíbrio, marcha anormal, alteração do tônus (mais pronunciada nos membros inferiores), confusão mental e disartria.

O teste Timed Up and Go (TUG) foi utilizado como ferramenta para avaliação do risco de quedas e acompanhamento de sua evolução motora e marcha em resposta à fisioterapia. Para tanto, foi realizada uma análise retrospectiva e comparativa entre um teste aplicado antes do início do tratamento fisioterapêutico, em 06 de Setembro de 2017, e outro aplicado em 02 de Abril de 2019.

4 | RESULTADOS

O primeiro teste TUG, aplicado em 06 de setembro de 2017, foi completado pelo paciente em 1'47". Já o segundo teste TUG, aplicado em 02 de abril de 2019, após aproximadamente 19 meses de fisioterapia motora e respiratória, foi finalizado pelo paciente em 54".

5 | CONCLUSÃO

Os resultados encontrados em ambos os testes TUG classificam o paciente com alto risco para quedas. Contudo, percebe-se uma diminuição importante de mais de 50% no tempo consumido pelo paciente para realização do teste após intervenção fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

DE MAIO NASCIMENTO, Marcelo. **Time up and Go Classic, Manual and Cognitive: prediction analysis of the risk of falling physically active elderly**. Journal of Health Sciences, v. 22, n. 1, p. 100-105, 2020.

LUSARDI, Michelle M. et al. **Determining risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis using posttest probability**. Journal of geriatric physical therapy (2001), v. 40, n. 1, p. 1, 2017.

OLIVEIRA, Ana Paula Novais. **Alcoolismo no idoso**. 2016. Dissertação de Mestrado.

CAPÍTULO 25

DENGUE NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 30 ANOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 22/10/2020

Patrick Jesus de Souza

Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Laboratório de Imunologia Viral.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0992472624479951>

RESUMO: A dengue é uma doença febril aguda causada por quatro sorotipos virais, cuja caracterização também se dá por meio de sinais e sintomas de ordem artrítogênica e hemorrágica. O primeiro relato de dengue ocorre na antiga Dinastia Chin, na China. Porém, somente no século XVIII a dengue é decretada como pandemia. Nas Américas, o DENV-2 foi primeiro sorotipo isolado no continente. No norte do Brasil, os primeiros sorotipos de dengue foram identificados simultaneamente em 1981, DENV-1 e DENV-4. Nos últimos 30 anos, o Brasil somou cerca de 13.863.256 casos de dengue, com um total de 7.770 óbitos, e uma taxa de letalidade nacional de 0,06% por cada 100 infectados. Historicamente, a região Sudeste e Nordeste são as regiões brasileiras que mais reportaram casos de dengue, respectivamente. No entanto, recentemente as regiões Centro-Oeste e Sul começam ocupar o ranking de regiões com maior taxa de letalidade de dengue no país. Num panorama de dengue no Brasil entre o período de 2001 a 2019, observa-se que: a) a dengue ocorre com maior frequência no primeiro semestre dos anos; b) mulheres são

as mais acometidas pela doença, ao passo que homens são os que mais morrem; c) indivíduos de 20-59 anos são responsáveis por cerca de 63% das notificações de dengue no país, enquanto que indivíduos ≥ 60 anos e < 1 ano são os que tem maior taxa de letalidade pela doença, respectivamente. Com base na dinâmica da dengue apresentada, é possível observar o crescimento da doença nos últimos anos e a possível mudança epidemiológica nas regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil. Desta forma, este trabalho ressalta a necessidade da contínua vigilância epidemiológica de dengue no país, em especial para as regiões Sul e Centro-Oeste e para os grupos com maior taxa de letalidade por dengue.

PALAVRAS - CHAVE: Dengue; Epidemiologia; Arboviroses;

DENGUE IN BRAZIL: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS ABOUT THE LAST 30 YEARS.

ABSTRACT: Dengue is an acute febrile disease caused by four viral serotypes, which is also characterized by signs and symptoms of arthritogenic and hemorrhagic nature. The first report of dengue has occurred in the ancient Chin Dynasty in China. However, only in the 18th century that dengue was declared a pandemic. In the Americas, DENV-2 was the first isolated serotype in the continent. In northern Brazil, the first dengue serotypes were identified simultaneously in 1981, DENV-1 and DENV-4. In the last 30 years, Brazil has recorded about 13,863,256 dengue cases, with a total of 7,770 deaths, and a national lethality rate of 0.06% for

every 100 infected. Historically, the Southeast and Northeast are the Brazilian regions that have reported most of the dengue cases, respectively. However, recently the Midwest and South regions are starting to occupy the ranking of regions with the highest dengue lethality rate in the country. In a scenario of dengue in Brazil between the period of 2001 to 2019, it is observed that: a) dengue occurs more frequently in the first half of the years; b) women are the most affected by the disease, while men are the ones who most die; c) individuals aged 20-59 years are responsible for approximately 63% of dengue notifications in the country, while individuals ≥ 60 years and < 1 year are the ones with the highest mortality rate due to the disease, respectively. Based on the shown dynamics of dengue, it is possible to observe the growth of the disease in recent years and the possible epidemiological change in the South and Midwest regions of Brazil. In this way, this work highlights the need for continuous epidemiological surveillance of dengue in the country, especially for the South and Midwest regions and for groups with a higher lethality rate due to dengue.

KEYWORDS: Dengue; Epidemiology; Arboviruses;

1 | INTRODUÇÃO

De comum ocorrência em regiões tropicais e subtropicais, a dengue é especialmente transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* no meio urbano, e é uma doença causada por quatro sorotipos virais antígenicamente distintos, DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 (GUBLER, D. J., 2002; ROUNDY, C. M. et al., 2017). Devido a seu ciclo de transmissão, enquadra-se a dengue como uma arbovirose, cuja caracterização clínica se dá por quadros de febre alta e repentina, artralgia, mialgia, exantema, manifestações hemorrágicas e outros sinais sintomas (NOGUEIRA, R. M. R. et al., 1999).

2 | HISTÓRICO E DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL

Os primeiros registros de dengue na história ocorrem na Ásia durante a Dinastia Chin (265-420 d.C.), Dinastia Tang (610 d.C.) e Dinastia Northern Sung (992 d.C.), onde relata-se a ocorrência de doença febril que cursava com mialgia, exantema, artralgia e manifestações hemorrágicas. A doença era denominada “veneno da água” em razão da presença de insetos voadores associados à água e a clínica descrita (GUBLER, D. J., 1998; GUBLER, D. J., 2006).

Após este período, uma doença similar à dengue é relatada sete séculos depois em epidemias nas Antilhas Francesas e Panamá ocorridas em 1635 e 1639, respectivamente. Mais tarde, a dengue é decretada como pandemia causando inúmeros casos entre os anos de 1779 e 1788, período que coincide com o aumento de comércio por embarcações (WEAVER, S. C. & VASILAKIS, N., 2009).

Até o século XIX não havia uma definição sobre o nome da doença que atualmente se conhece por dengue. Antes a doença era intitulada “febre articular”, “febre quebra ossos”, “dinga”, “polka”. Por volta de 1869 a London Royal College of Physicians passou a

denominar a doença como “dengue”, palavra oriunda do termo espanhol “Ka-Dinga pepo” que significava uma cãibra súbita provocada por um espírito maligno (SILER, J. et al., 1926; HALSTEAD, S. B., 1980).

No início do século XX já se suspeitava que a transmissão de dengue se dava através de mosquitos, em especial pela sua similaridade com a febre amarela. Em 1907, Ashburn e Craig descartam a possibilidade de que a infecção por dengue se dava por protozoários ou bactérias, confirmando que de fato a dengue era causada por um micro-organismo ultramicroscópico. No entanto, o isolamento viral da dengue só ocorre em 1944 através de soro de soldados infectados em Calcutá na Índia (revisto por DE SOUZA, P. J., 2019).

Fatores como urbanização, densidade vetorial e transporte de pessoas, desempenharam papel importante na dispersão no cenário pós-segunda guerra mundial. Estima-se que cerca de 3.9 bilhões de pessoas distribuídas por 128 países estejam suscetíveis a contrair a infecção pelos vírus da dengue (BRADY, O. J. et al., 2012), das quais cerca de 390 milhões serão infectadas, com cerca de 96 milhões de pessoas apresentando a doença com algum grau de gravidade (BAHTT, S. et al., 2013).

3 | EPIDEMIOLOGIA DA DENGUE NAS AMÉRICAS

O DENV-2 foi o primeiro sorotipo identificado nas Américas, isolado primariamente em 1953 em Trinidad e Tobago. Dez anos mais tarde, registra-se a presença do DENV-3 em Porto Rico (GUBLER, D. J. & TRENT, D. W., 1993). Em razão dessas introduções, inúmeras epidemias de dengue foram causadas na região pelos sorotipos anteriormente citados.

Em consequência da descontinuidade das políticas de combate ao vetor da febre amarela, o *Aedes aegypti* reinfestou áreas onde já havia sido declarado como erradicado (COSTA, Z. G. A. et al., 2011). Sendo assim, após a década de 1970 inúmeras epidemias de dengue ocorreram nas Américas (GUBLER, D. J., et al., 2011). Em 1977 registra-se a introdução do DENV-1 na Jamaica, e posteriormente a isto, a introdução de DENV-4 nas ilhas orientais do Caribe (DICK, O. B. et al., 2012).

Após as introduções dos quatro sorotipos no continente americano, as décadas de 1980 e 1990 são marcadas por importantes epidemias de casos de Febre Hemorrágica do Dengue e Síndrome do Choque da Dengue em países como Cuba e Venezuela (MALAVIGE, G. N. et al., 2004). Em 1994, o DENV-3 é reintroduzido na Nicarágua e causa uma série de epidemias nas Américas que se estende até o começo dos anos 2000 (RIGAU-PEREZ, J. G. et al., 2002). Num panorama de 1980 a 2020, foram registrados cerca de 29.050.380 casos de dengue nas Américas, com cerca de 13.424 mortes. Atualmente, o continente americano soma cerca de 2.070.656 casos de dengue, dos quais 80% são notificados pelos países do Cone Sul.

4 | EPIDEMIOLOGIA DE DENGUE NO BRASIL

4.1 Breve Histórico Brasileiro

O primeiro registro de dengue no Brasil ocorre durante o ano de 1685 na zona portuária de Recife-PE, com posterior epidemia em Salvador (SALLES, T. S. et al., 2018 *apud* BRASIL, M. S.). Após o período colonial, registram-se também grandes epidemias de dengue no Brasil entre os anos de 1846 e 1923 (FIGUEIREDO, L. T. M., 2000; PINHEIRO, F. & NELSON, M. 1997).

No ano de 1981 ocorre a primeira identificação de sorotipos de dengue no Brasil, DENV-1 e DENV-4, que foram responsáveis por um surto de “doença exantemática” na cidade de Boa Vista-Roraima (OSANAI C. H. et al., 1983). Em 1990 no estado do Rio de Janeiro, ocorre a introdução e identificação de DENV-2 no país, com primeira descrição de casos de Febre Hemorrágica do Dengue (NOGUEIRA, R. M. R. et al., 1993). E por fim, também no estado do Rio de Janeiro ocorre o isolamento do DENV-3, que se dispersou para os demais estados da união e causou a maior epidemia da década em 2002 (DE ARAÚJO, J. M. G. et al., 2012).

4.2 Distribuição de Casos de Dengue e Taxa de Letalidade por Região

Embora os sorotipos de dengue tenham sido identificados em 1981, a doença só se tornou um problema de saúde pública nacional a partir do ano de 1986, quando uma epidemia de DENV-1 infectou mais de 100.000 indivíduos na cidade de Nova Iguaçu-RJ e arredores (SCHATZMAYR, H. G. et al., 1986).

Com base em dados disponíveis na plataforma de saúde TABNET-DATASUS e em outros arquivos do Ministério da Saúde, foi possível traçar um panorama da distribuição de casos de dengue no país ($n=13.863.256$) referente aos últimos 30 anos (BRASIL, M. S., 2020). Na análise dos casos notificados de dengue, é nítido o protagonismo da Sudeste, seguido pela região Nordeste (figura 1). A partir de 2010, a região Centro-Oeste desponta-se como a vice-líder no ranking de regiões que mais reportam casos de dengue no Brasil, chegando inclusive a ocupar o primeiro lugar da já consagrada região Sudeste em 2018. Interessantemente, até a última atualização do boletim epidemiológico de 2020 inserido neste estudo (Nº 38), a região Sul desponta-se pela primeira vez como a segunda região a reportar mais casos de dengue no país ($n=278.276$), superada apenas pela região Sudeste ($n=299.970$).

Em consideração ao panorama apresentado, também possível observar o aumento crescente no número de casos de dengue no país nos últimos anos, cujo pico epidêmico foi registrado no ano de 2015 com cerca de 1.688.688 casos notificados.

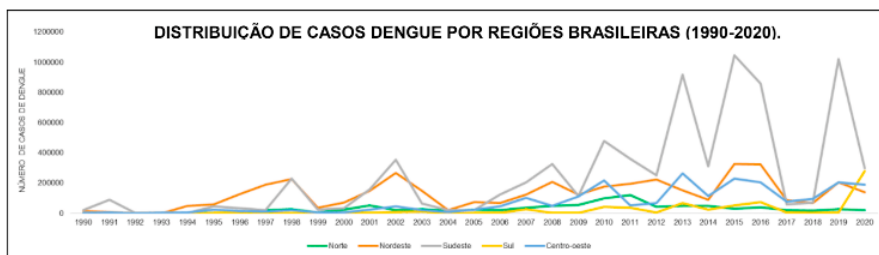


Figura 1: Distribuição de casos notificados de dengue durante o período de 1990 a 2020.
*Os dados referentes ao ano de 2020 correspondem aos números disponíveis até a data de 05/09/2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Entre os anos de 1990 e 2020 no Brasil, a taxa de letalidade nacional variou entre 0,00% a 0,08% em cada 100 infectados por dengue (figura 2). No entanto, levando em consideração o número de infectados e de óbitos dos últimos 30 anos, chega-se à uma taxa de letalidade de 0,6%/100 infectados, valor compatível com o apresentado na região Sul e Nordeste, porém inferior ao visto na região Centro-Oeste (0,07%) e superior ao valor encontrado no Norte e Sudeste (0,05%). De acordo com o período apresentado no gráfico abaixo (Figura 2), os três maiores picos nas taxas de letalidade de dengue no país ocorrem em 2019 na região Sul (0,68%), em 2014 na região Nordeste (0,18%) e em 2008 na região Sul (0,14%), respectivamente.

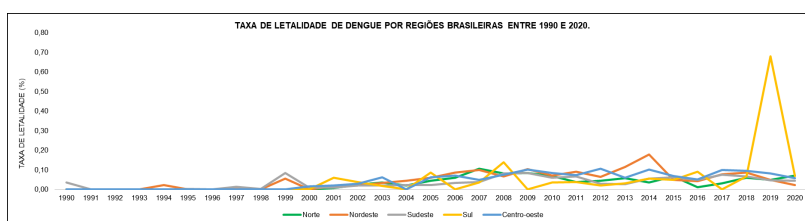


Figura 2: Taxa de letalidade de dengue por região brasileira durante o período de 1990 a 2020.
*Os dados referentes ao ano de 2020 correspondem aos números disponíveis até a data de 05/09/2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Embora não tenha sido realizada análise estatística, destaca-se a região Sul como importante região epidemiológica de dengue no país, em especial pelo número de casos apresentados em 2020, e pela alta taxa de letalidade em 2019.

Em relação ao panorama atual da dengue no Brasil, registra-se que até o dia 19

de outubro de 2020, e conforme o último boletim epidemiológico disponível (nº 38) da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, o Brasil soma cerca de 928.282 casos de dengue, dos quais 8.679 são classificados como Dengue com Sinais de Alarme, 756 como Dengue Grave e com um total 484 óbitos confirmados. Ainda de acordo com informações do Ministério da Saúde, DENV-2 é sorotipo predominante no país (79,2%), e São Paulo é o único estado onde se identificou os quatro sorotipos de dengue no ano de 2020.

4.3 Distribuição Temporal de Casos de Dengue por Região

No que tange a distribuição de dengue no Brasil no período acumulado de 2001 a 2019, observa-se que em todas as regiões da federação a maior incidência de casos de dengue ocorra ainda no primeiro semestre do ano (figura 3). Em âmbito nacional, o mês de março destaque-se como o mês de maior ocorrência de casos de dengue no país, achado que também se repete nas regiões Sul e Centro-Oeste, constata-se que na região Norte o pico de notificações de dengue ocorra no mês de fevereiro, ao passo que para o Nordeste e Sudeste essa realidade se aplique no mês de abril.

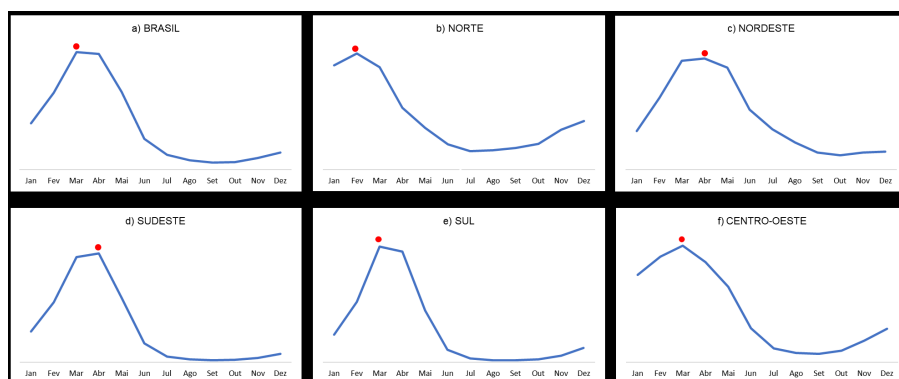


Figura 3: Distribuição temporal de casos de dengue por região brasileira. Pico de notificações dentre o período de 2001-2019: a) Brasil – Março; b) Norte – Fevereiro; c) Nordeste – Abril; d) Sudeste – Abril; e) Sul – Março; f) Centro-Oeste – Março.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

4.4 Distribuição de Casos de Dengue e Taxa de Letalidade por Gênero

Como observado no gráfico abaixo, constata-se que as mulheres são as responsáveis por maior parte das notificações de dengue no Brasil durante o período de 2001 a 2019 (figura 4). No período pesquisado, as mulheres representaram cerca de 55,8% (n=7.174.199/12.849.206) das notificações de dengue, enquanto os homens foram responsáveis por cerca de 44,2% (n=5.675.007/12.849.206) das notificações. Em nenhum

ano do período estudado houve mudança no perfil de distribuição de casos por gênero.

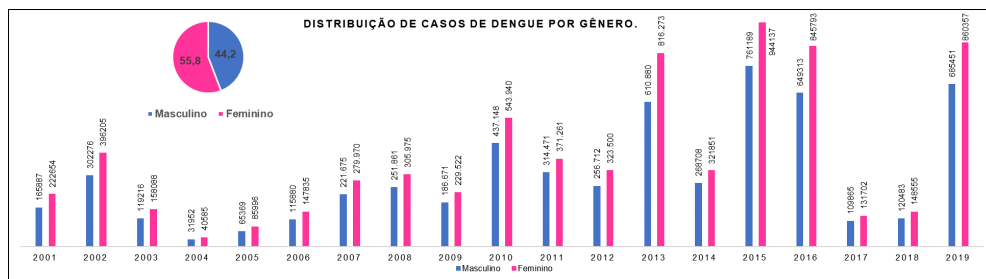


Figura 4: Distribuição de casos de dengue por gênero correspondente ao período de 2001 a 2019.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Dentre os anos de 1990 e 2020, o Brasil somou cerca de 7.770 casos fatais de dengue (BRASIL, M. S., 2020). No entanto, os casos de óbitos por dengue durante o período estudado somaram cerca de 7.285 óbitos. Com exceção do ano de 1990, indivíduos do sexo masculino constituem o grupo com maior taxa de letalidade por dengue, quando comparado com o gênero feminino. A taxa de letalidade em homens variou entre 0,01% em 2001 a 0,10% em 2009 e 2010. Mulheres tiveram variação na taxa de letalidade entre 0,01% em 2001 e 2004 a 0,08% em 2009.

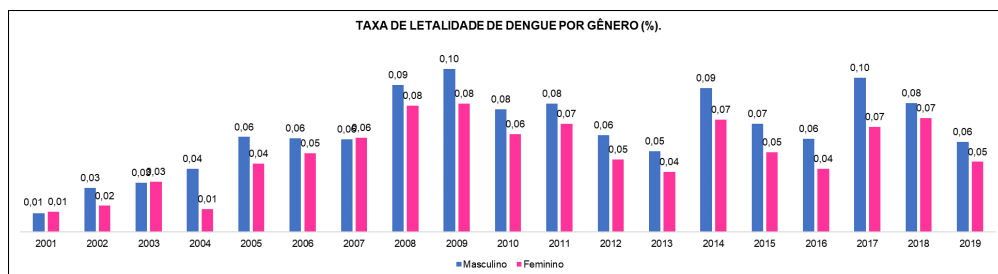


Figura 5: Taxa de letalidade por dengue no Brasil. Gênero masculino: 0,01 – 0,10%; Gênero feminino: 0,1 – 0,08%.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Apesar do conhecimento crescente acerca da doença e seu vetor, a evolução da dengue para quadros clínicos graves e de óbitos não está totalmente esclarecida. Algumas hipóteses são propostas para explicar os desfechos da doença. Dentre elas, a interação entre fatores virais, do hospedeiro e ambientais (ROTHMAN, A. L., 2004). Quanto ao gênero, não

se sabe ao certo o seu papel na imunopatogênese da doença. Em consideração ao exposto aqui, muitos estudos também apontam o sexo feminino como o gênero responsável pela maior parte dos casos de dengue no Brasil (CORDEIRO, M. T. et al., 2007; CRUZ, N. L. N. et al., 2015; GRACIANO, A. R. et al, 2017; HERINGER, M. et al., 2017). Reforçando os dados apresentados neste trabalho, De Araújo e colaboradores também implicam os homens como os indivíduos que mais morrem por dengue (DE ARAÚJO, J. M. G. et al., 2012).

4.5 Distribuição de Casos de Dengue e Taxa de Letalidade por Faixa Etária

Em relação a distribuição de casos de dengue por faixa etária, no panorama de 2001 a 2019 (n=12.830.562), indivíduos de 20-39 anos (n=5.048.704, 39%) e de 40-59 (n=3.110.869, 24%) representaram cerca de 63% (n=8.159.573). Por outro lado, indivíduos <1 ano (n=155.858, 1,2%) e indivíduos acima de 80 anos (n=104.412, 0,8%).

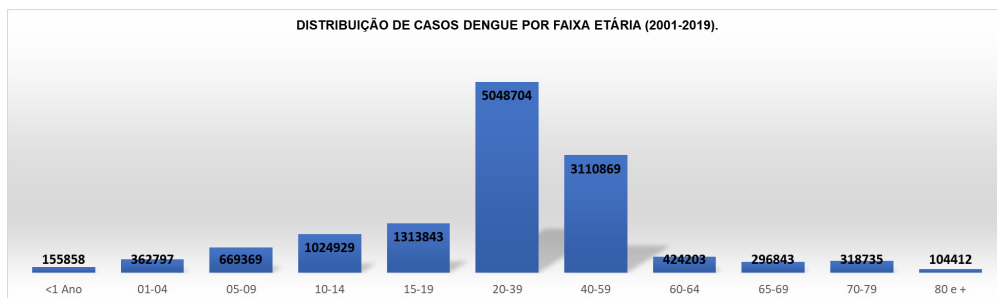


Figura 6: Distribuição de casos de dengue por faixa etária dentre os anos de 2001-20019 no Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Assim como ocorreu na distribuição de casos de dengue por faixa etária (figura 6), na distribuição de casos fatais também é possível constatar que os grupos de 40-49 (n=1.860) e 20-39 (n=1.519) anos são os que mais concentram casos de óbitos (figura 7), respectivamente. No entanto, os grupos <1 ano (n=179) e 01-04 (219) anos despontam-se respectivamente como os grupos com menos mortes, desta vez excluindo o grupo de indivíduos acima de 80 anos.

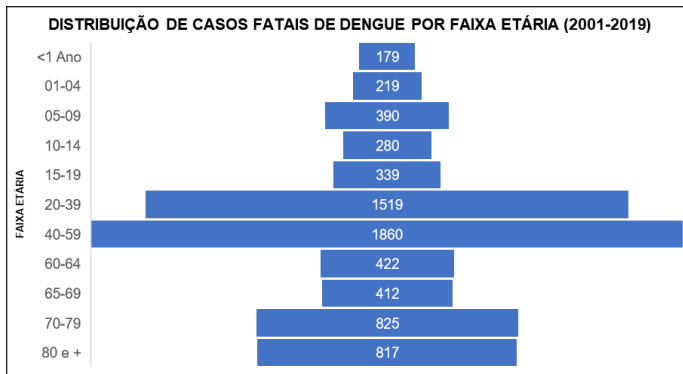


Figura 7: Distribuição de casos fatais de dengue por faixa etária dentre os anos de 2001-20019 no Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Em contraste da distribuição de casos de dengue e de casos fatais de dengue, a taxa de letalidade revela um perfil etário diferenciado dos números previamente distribuídos acima. Enquanto os grupos dentro do intervalo de idade de 20 a 59 anos concentravam os maiores números de casos dengue e de casos fatais de dengue, quando observada a taxa de letalidade contata-se que os grupos de indivíduos acima de 60 anos são os que mais apresentam o óbito como desfecho da dengue. Desta forma, é possível observar que indivíduos acima de 80 anos (0,78%) de idade formam o grupo que mais morre por dengue (figura 8), seguido por indivíduos com 70-79 anos (0,26%), 65-69 (0,14%) e pelo grupo de crianças com menos de 1 ano (0,11%).

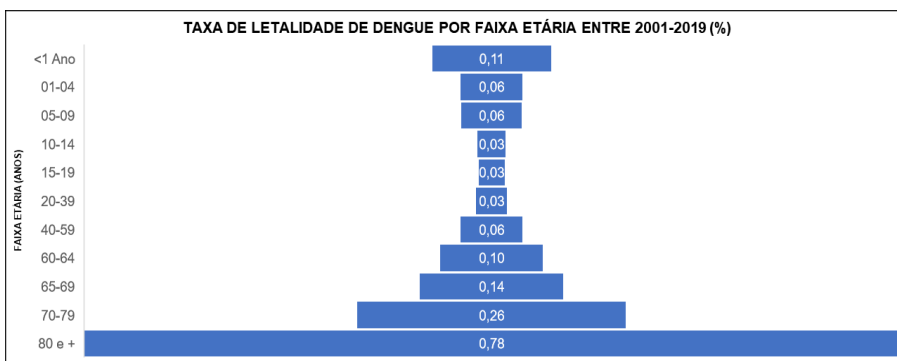


Figura 8: Taxa de dengue por faixa etária dentre os anos de 2001-20019 no Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

No que tange a epidemiologia de dengue no Brasil, o fator idade parece estar associado com os desfechos da doença. Como descrito, indivíduos de 20-59 anos são os mais acometidos pela doença, fato que também é descrito por Nascimento e colaboradores (2015). No entanto, considerando os casos fatais da doença dentre o período de 2001 a 2019, observa-se que idosos e crianças menores de 1 ano constituem os grupos com as maiores taxas de letalidade. Achado corroborado por estudos de Graciano e colaboradores (2017) e de Nunes e colaboradores (2018).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. M. G. DE DE *et al.* Origin and Evolution of Dengue Virus Type 3 in Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 6, n. 9, p. 1–10, 2012.

BHATT, S. *et al.* The global distribution and burden of dengue. **Nature**, v. 496, n. 7446, p. 504–507, 2013.

BRADY, O. J. *et al.* Refining the Global Spatial Limits of Dengue Virus Transmission by Evidence-Based Consensus. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 6, n. 8, 2012.

BRASIL, M. DA S. DO. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>>.

CORDEIRO, M. T. *et al.* Dengue and dengue hemorrhagic fever in the State of Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 6, p. 605–611, 2007.

COSTA, Z. G. A. *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 11–26, 2011.

DICK, O. B. *et al.* Review: The history of dengue outbreaks in the Americas. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 87, n. 4, p. 584–593, 2012.

FIGUEIREDO, L. T. M. The Brazilian flaviviruses. **Microbes and Infection**, v. 2, n. 13, p. 1643–1649, 2000.

GRACIANO, A. R. *et al.* Dengue morbidity and mortality in elderly in Brazil. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 56–65, 2017.

GUBLER, D.J.; TRENT, D. W. Emergence of epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health problem in the Americas. **Infect Agents Dis.**, v. 2 (6), p. 383– 93., 1993.

GUBLER, D. J. The global emergence/resurgence of arboviral diseases as public health problems. **Archives of Medical Research**, v. 33, n. 4, p. 330–342, 2002.

_____. Dengue, Urbanization and Globalization: The Unholy Trinity of the 21st Century. **Tropical Medicine and Health**, v. 39, n. 4SUPPLEMENT, p. S3–S11, 2011.

____. Dengue and dengue hemorrhagic fever. **Handbook of Zoonoses, Second Edition, Section B: Viral Zoonoses**, v. 11, n. 3, p. 89–99, 2017.

HALSTEAD, S. B. Dengue and hemorrhagic fevers of Southeast Asia. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 37, n. 6, p. 434–454, 1965.

HERINGER, M. *et al.* Dengue type 4 in Rio de Janeiro, Brazil: Case characterization following its introduction in an endemic region. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 1, p. 1–9, 2017.

MALAVIGE, G. N. *et al.* Dengue viral infections. **Postgraduate Medical Journal**, v. 80, n. 948, p. 588–601, 2004.

NASCIMENTO, L. B. DO *et al.* Caracterização dos casos suspeitos de dengue internados na capital do estado de Goiás em 2013: período de grande epidemia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 475–484, 2015.

NOGUEIRA, R. M. R. *et al.* Dengue epidemic in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1990–1: Co-circulation of dengue 1 and dengue 2 serotypes. **Epidemiology and Infection**, v. 111, n. 1, p. 163–170, 1993.

NOGUEIRA, R. M. R. *et al.* Dengue in the State of Rio de Janeiro, Brazil, 1986-1998. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 94, n. 3, p. 297–304, 1999.

NUNES, P. C. G. *et al.* 30 years of dengue fatal cases in Brazil: A laboratorial-based investigation of 1047 cases. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, n. 1, p. 1–13, 2018.

OSANAI, C. H. *et al.* Surto De Dengue Em Boa Vista, Roraima. Nota Previa. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo**, v. 25, n. 1, p. 53–54, 1983.

PINHEIRO, F.; NELSON, M. Re-Emergence of Dengue and Emergence of Dengue Haemorrhagic Fever in the Americas. **Dengue Bulletin**, v. 21, p. 16–24, 1997.

RIGAU-PEREZ, J. G. *et al.* The reappearance of dengue-3 and a subsequent dengue-4 and dengue-1 epidemic in Puerto Rico in 1998. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 67, n. 4, p. 355–362, out. 2002.

ROUNDY, C. M. *et al.* Variation in aedes aegypti mosquito competence for zika virus transmission. **Emerging Infectious Diseases**, v. 23, n. 4, p. 625–632, 2017.

SALLES, T. S. *et al.* History, epidemiology and diagnostics of dengue in the American and Brazilian contexts: A review. **Parasites and Vectors**, v. 11, n. 1, p. 1–12, 2018.

SCHATZMAYR, H. G.; NOGUEIRA, R. M.; TRAVASSOS DA ROSA, A. P. **An outbreak of dengue virus at Rio de Janeiro--1986. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 1986.

SILER, J; HAL, M; HITCHENS, A. Dengue: its history, epidemiology, mechanism of transmission, etiology, clinical manifestations, immunity and prevention. **Philippine Journal of Science.**, p. 29:1-302, 1926.

SOUZA, P. J. DE. **CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ,
IMUNOLÓGICOS E VIROLÓGICOS DE CASOS DE DENGUE.** [s.l.] FIOCRUZ, 2019.

WEAVER, S. C. ; NIKOS, V. Molecular Evolution of Dengue Viruses: Contributions of Phylogenetics to Understanding the History and Epidemiology of the Preeminent Arboviral Disease. **Infectious Genetic Evolution**, v. 2009, n. 4, p. 523–540, 2013.

SOBRE O ORGANIZADOR

EDSON DA SILVA - possui graduação em Fisioterapia pela Fundação Educacional de Caratinga (2001). Obteve seu título de Mestre (2007) e o de Doutor em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (2013). É especialista em Educação em Diabetes pela Universidade Paulista (2017), em Tecnologias Digitais e Inovação na Educação pelo Instituto Prominas (2020) e pós-graduando em Games e Gamificação na Educação (2020). Realizou cursos de aperfeiçoamento em Educação em Diabetes pela ADJ Diabetes Brasil, International Diabetes Federation e Sociedade Brasileira de Diabetes (2018). É professor e pesquisador da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), desde 2006, lotado no Departamento de Ciências Básicas (DCB) da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS). Ministra disciplinas de Anatomia Humana para diferentes cursos de graduação. No Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente atua na linha de pesquisa Educação, Saúde e Cultura. É vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, no qual atua nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva. É líder do Grupo de Estudo do Diabetes credenciado pelo CNPq no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Desde 2006 desenvolve ações interdisciplinares de formação em saúde mediada pela extensão universitária, entre elas várias coordenações de projetos locais, além de projetos desenvolvidos em Operações do Projeto Rondon com atuações nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil. É membro da Sociedade Brasileira de Diabetes, membro de corpos editoriais e parecerista ad hoc de revistas científicas nacionais e internacionais da área de ciências biológicas e da saúde. Tem experiência na área da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Anatomia Humana; Diabetes Mellitus; Processos Tecnológicos Digitais e Inovação na Educação em Saúde; Educação, Saúde e Cultura.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem cognitivo-comportamental 57, 58

Adolescente 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 136, 137, 204, 207, 217, 218, 219, 220

Análise de dados experimentais 222, 224

Atenção básica 9, 13, 29, 33, 38, 55, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 102, 111, 112, 114, 127, 138, 149, 156

Atenção primária à saúde 8, 12, 17, 46, 48, 49, 50, 54, 64, 77, 102, 130, 139, 148, 159, 173

Atividade física 171, 232

B

Bioestatística 136, 222, 223, 232

C

Catadores de lixo 184, 186, 192

Circulação 175, 176, 177, 182

Complicações do diabetes 1

D

Depressão pós-parto 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 95, 121

Diabetes 1, 2, 3, 4, 8, 11, 13, 20, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 68, 148, 149, 155, 250

Diabetes Mellitus 1, 2, 4, 8, 11, 13, 33, 35, 38, 155, 250

Doenças Endêmicas 195

E

Educação 6, 7, 15, 28, 31, 34, 35, 36, 45, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 67, 71, 91, 94, 99, 102, 112, 123, 150, 151, 155, 161, 168, 169, 172, 173, 183, 213, 220, 250

Educação em saúde 28, 59, 62, 94, 99, 150, 151, 155, 168, 169, 172, 173

Enfermagem 7, 9, 15, 16, 17, 18, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 42, 43, 46, 50, 51, 54, 55, 64, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 97, 98, 99, 100, 111, 112, 127, 128, 137, 138, 139, 141, 148, 151, 156, 158, 159, 162, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 192, 194, 219, 221

Equipe Multidisciplinar 16, 32, 35, 36, 64, 140

Esquizofrenia 73, 75

Estratégia de Saúde da Família 22, 56, 58, 65, 73, 78, 80, 81, 86, 91, 92, 156, 160, 162

F

Fasceíte necrotizante 9, 10, 11

G

Gestão do conhecimento 51

H

Herbívoros 175, 176, 177, 179, 180, 182

Hipertensão 3, 6, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 121, 140, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Hipertensão arterial sistêmica 29, 30, 37, 168, 170, 173

I

Infecção sexualmente transmissível 204

Integração ensino-serviço 40

L

Leishmaniose Tegumentar Americana 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203

Lesão por pressão 39, 42

Lixo 14, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192

N

Nutrição 15, 168, 170, 173, 250

P

Pé Diabético 1, 3, 6, 7, 8, 36

Perfil de saúde 195

Período Pós-Parto 91, 102, 159, 164, 167

Premissas 222, 223, 224, 227

Pré-natal 72, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 111, 113, 118, 134, 139, 140, 141, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 157, 158, 161, 164, 166

Profissionais de saúde 39, 40, 43, 45, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 86, 97, 98, 103, 121, 131, 140, 146, 150, 160, 161, 219

Psicose 73, 76, 79, 80, 103

Q

Qualidade de vida 7, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 57, 58, 60, 62, 63, 92, 102, 187

R

Raiva 15, 20, 126, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

S

Saúde Coletiva 182, 184, 186

Saúde da família 14, 17, 29, 38, 45, 57, 62, 66, 72, 78, 81, 85, 86, 89, 90, 105, 106, 113, 117, 119, 140, 147, 148, 156, 163, 174

Saúde da mulher 139, 158

Saúde Mental 61, 76, 85, 102, 111, 125, 126, 130, 134, 136, 162

Segurança do paciente 39, 43, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55

Síndrome de Fournier 9, 17, 18

T

Tabagismo 6, 20, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 68, 131, 171

V

Vigilância epidemiológica 175, 177, 195, 202

Vulnerabilidade 123, 127, 131, 150, 191, 204, 205, 206, 207, 218, 219, 220, 221

CONHECIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

CONHECIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 