



Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional

Edson da Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2020



Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional

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

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

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

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

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

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

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

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

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

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

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

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

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

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Saúde coletiva: solução de problemas e qualificação do profissional

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Edson da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T776 Saúde coletiva: solução de problemas e qualificação do profissional / 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 978-65-5706-629-4

DOI 10.22533/at.ed.294200112

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Saúde coletiva. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.

CDD 362.1

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 obra “Saúde Coletiva: Solução de Problemas e Qualificação do Profissional” aborda alguns limites, desafios e potencialidades na formação profissional no âmbito da saúde coletiva. A coletânea reuniu trabalhos de autores de diversas especialidades, foi estruturada com 42 capítulos e organizada em dois volumes.

Com 22 capítulos, o volume 1 reúne trabalhos multiprofissionais que abordam temas variados de pesquisas, relatos de experiências, ensaios teóricos e revisões da literatura. Nesse volume você encontra atualidades em diversas áreas relacionadas à saúde coletiva, destacando-se alguns aspectos sobre saúde da mulher e saúde pública.

Deste modo, a obra Saúde Coletiva: Solução de Problemas e Qualificação do Profissional apresenta trabalhos científicos baseados nos resultados obtidos por pesquisadores, profissionais e acadêmicos de diversos campos de atuação da saúde coletiva. Espero que as vivências compartilhadas nessa coletânea contribuam para o enriquecimento da formação universitária e da atuação profissional nesta área da saúde. Agradeço aos autores que tornaram essa edição possível e desejo uma ótima leitura a todos.

Prof. Dr. Edson da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO ESTADO NO PIAUÍ

Layany Feitosa Pinho
Ywsnara Khysnna da Silva Viveiros
Flávia Danielli Martins Lima
Jaciane Santos Marques
Cecília Natielly da Silva Gomes
Rosilane de Lima Brito Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.2942001121

CAPÍTULO 2..... 14

ESTUDO DE CASO DE UMA IMIGRANTE GRÁVIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: UMA ABORDAGEM DE GÊNERO E CORPORALIDADE

Dora Mariela Salcedo Barrientos
Cintia Magalhães Neia
Priscila Mazza de Faria Braga
José Manuel Peixoto Caldas
Stefanie Sussai
Nathalya Tavares dos Santos
Vitória Gabriela Picolo
Jadson Marques Dantas
Carolina Bezerra Coe
Anacláudia Fontes Capanema

DOI 10.22533/at.ed.2942001122

CAPÍTULO 3..... 25

SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE ATIVIDADES SOBRE CONSCIENTIZAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO

Débora Cristina Modesto Barbosa
Paola Yoshimatsu Izelli
Márcia Isabelle dos Santos
Renata Miyake Almeida Prado
Pedro Martins Faria
Leonardo Salamaia
Ana Gabriela Machado Nascimento
Ana Paula Raizaro
Giovanna Cavalcanti Banov
Sofia Banzatto
Daniela Buchrieser Freire
Camila Arruda Dantas Soares

DOI 10.22533/at.ed.2942001123

CAPÍTULO 4..... 39

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM CATADORAS DE LIXO: UM DESAFIO PARA A

EQUIDADE

Leticia Almeida de Assunção
Angélica Menezes Bessa Oliveira
Ana Caroline Guedes Souza Martins
Luiz Euclides Coelho de Souza Filho
Alzinei Simor
Alzinei Simor Filho
Alexandre Pontes Simor
Flávia Luciana Pinheiro de Souza Pinto Martins
Erika de Cássia Lima Xavier
Adriane de Cássia Monteiro da Rocha
Juliana Rosário de Moraes
Maria Margarida Costa de Carvalho
Alda Lima Lemos

DOI 10.22533/at.ed.2942001124

CAPÍTULO 5..... 50

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Bibione Tercia de Oliveira Silva
Michelle Santana Prata
Derijulie Siqueira de Souza

DOI 10.22533/at.ed.2942001125

CAPÍTULO 6..... 58

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA DE UM AMBULATÓRIO COM GESTANTES DE ALTO RISCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thayná Cunha Bezerra
Leula Campos Silva
Aimê Villeneuve de Paula Guedelha
Karen Dutra Macedo

DOI 10.22533/at.ed.2942001126

CAPÍTULO 7..... 67

ADOLESCENTES GRÁVIDAS RESIDENTES EM ÁREA DE RESSACA: ESTUDO À LUZ DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Katiciane Rufino da Silva
Hiago Rafael Lima da Silva
Kairo Neri dos Santos
Luzilena de Sousa Prudêncio
Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Nely Dayse Santos da Mata

DOI 10.22533/at.ed.2942001127

CAPÍTULO 8..... 83

UTILIZAÇÃO DE ESCALAS NO RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Paula da Silva Oliveira
Zilda Tavares Pereira
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Taís Silva de Oliveira
Alaine Maria da Costa
Elisângela Márcia de Oliveira
Vera Lúcia da Silva Lima
Cyane Fabiele Silva Pinto
Marília Silva Medeiros Fernandes
Maria do Socorro Rego de Amorim
Adriana de Medeiros Santos

DOI 10.22533/at.ed.2942001128

CAPÍTULO 9..... 94

MÃES DE UTI RELATO DE DOR E ESPERANÇA

Maely Terezinha Mendes
Bruna Maria Rossignolli
Danyelle Blanski Zimmer
Jaqueline Felix de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.2942001129

CAPÍTULO 10..... 103

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO EM PERNAMBUCO, 2015-2018

Cintia Michele Gondim de Brito
Lilian Maria Lapa Montenegro
Haiana Charifker Schindler

DOI 10.22533/at.ed.29420011210

CAPÍTULO 11.....115

HOMENS: A RESPEITO DA SAÚDE E DO CUIDADO DE SI MESMOS

Franklin de Oliveira Lima
Cristina Camelo de Azevedo
Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.29420011211

CAPÍTULO 12..... 128

FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE NEONATAL NO PERÍODO DE 2005 A 2015

Liana Caroline Bruno Lobato
Ana Catarina de Melo Araújo
Aline Beatriz dos Santos Silva

Rhaissa Alves Vieira dos Santos
Sara Larissa de Melo Araújo
Simone Lugon da Silva Almeida
Aline Luzia Sampaio Guimarães
DOI 10.22533/at.ed.29420011212

CAPÍTULO 13..... 140

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS
COM FOCO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA JOVENS ESCOLARES**

Antônia Fernanda Sousa de Brito
Jullyet Kherolainy Carneiro da Silva
Ciliane Macena Sousa

DOI 10.22533/at.ed.29420011213

CAPÍTULO 14..... 146

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CITOPATOLÓGICOS DE INFECÇÕES PELO
PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES CEARENSES**

Valéria de Souza Araújo
Antonio Germane Alves Pinto
Raul Roriston Gomes da Silva
Déborah Albuquerque Alves Moreira
Maria Corina Amaral Viana
Cícera Luciele Calixto Alves
Rosemary dos Santos Barbosa
Maria Isabel Caetano da Silva

DOI 10.22533/at.ed.29420011214

CAPÍTULO 15..... 154

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES RESIDENTES DO
MUNICÍPIO DE MACAPÁ –AP/BRASIL**

Jessica Natasha Brandão Silva Bezerra
Francisca Evelen Suelen Silva de Aguiar
Katiciane Rufino da Silva
Ingrid Cleyse Martins Damasceno
Luzilena de Sousa Prudêncio
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Marlucilena Pinheiro da Silva
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Nely Dayse Santos da Mata

DOI 10.22533/at.ed.29420011215

CAPÍTULO 16..... 164

**PREVALÊNCIA DO *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* NOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL**

Francisco José Barbas Rodrigues
Patrícia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho

DOI 10.22533/at.ed.29420011216

CAPÍTULO 17..... 177

DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Elton Filipe Pinheiro de Oliveira
Francisca Maria Pereira da Cruz
Maria Eliane Andrade da Costa
Diana Nogueira Villa Jatobá
Ana Rachel Cavalcante Araújo Fernandes
Fernanda Lorrany Silva
Ana Zilda Rodrigues do Nascimento
Jessica Mykaella Ferreira Feitosa
Jordeilson Luis Araujo Silva
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Thamirys de Carvalho Mota

DOI 10.22533/at.ed.29420011217

CAPÍTULO 18..... 190

O CONHECIMENTO SOBRE HOMEOPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR QUE ATUAM NAS USFs DO MUNICÍPIO DE LAJEDO – PE

José Walter Rodrigues da Silva
Isabela Fernanda da Silva
José Edson de Souza Silva

DOI 10.22533/at.ed.29420011218

CAPÍTULO 19..... 208

APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUERZ NA INTERVENÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE DO RODOLFO TEÓFILO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariadne Freire de Aguiar Martins
Antônia Lívia Silva Holanda
Cicero Cleber Brito Pereira
Francisco Lindomar Gomes Fernandes
Luana Caetano de Medeiros Lima
Cleide Carneiro
Lidia Andrade Lourinho
Heraldo Simões Ferreira
Annatália Meneses de Amorim Gomes
Alice Maria Correia Pequeno

DOI 10.22533/at.ed.29420011219

CAPÍTULO 20..... 220

PRODUÇÃO DO CUIDADO COM A INSERÇÃO DE UMA MÉDICA CUBANA EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rose Manuela Marta Santos
Tatiana Almeida Couto
Sérgio Donha Yarid
Edite Lago da Silva Sena

DOI 10.22533/at.ed.29420011220

CAPÍTULO 21..... 236

**LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: CONHECIMENTO POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REGIÃO SUL DO BRASIL**

Fernanda Massan
Mayara Almeida Martins
Léia Regina de Souza Alcântara
Mariza Fordellone Rosa Cruz
Carolina Fordellone Rosa Cruz

DOI 10.22533/at.ed.29420011221

CAPÍTULO 22..... 250

**PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO NO
PERÍODO DE 2010 A 2019**

Ana Carolina Relíquias Debiazzi
Luana Augusta Santana Lima
Isadora Munaretto Reolon
Nádia Soares Gonçalves Mendes
Nathalia Dias Galvão
Maria Eugênia Caires Santos
Eduardo Cunha Costa
Rodolfo Lima Araújo
Rejanne Lima Arruda

DOI 10.22533/at.ed.29420011222

SOBRE O ORGANIZADOR..... 259

ÍNDICE REMISSIVO..... 260

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO ESTADO DO PIAUÍ

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 07/11/2020

Layany Feitosa Pinho

Faculdade Maurício de Nassau
Teresina- PI

<https://orcid.org/0000-0002-9377-3509>

Ywsnara Khysnna da Silva Viveiros

Faculdade Maurício de Nassau
Teresina- PI

<https://orcid.org/0000-0002-5373-5268>

Flávia Danielli Martins Lima

Faculdade Maurício de Nassau
Teresina- PI

<https://orcid.org/0000-0003-1603-0952>

Jaciane Santos Marques

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0002-3452-5759>

Cecília Natielly da Silva Gomes

Universidade Federal do Piauí
Teresina- PI

<https://orcid.org/0000-0002-9681-2331>

Rosilane de Lima Brito Magalhães

Universidade Federal do Piauí
Teresina- PI

<https://orcid.org/0000-0001-9695-1350>

RESUMO: Introdução: Sífilis é uma doença infecciosa de notificação compulsória que atinge cerca de um milhão de gestantes por ano no

mundo todo, causa entorno de 300 mil mortes fetais e neonatais e coloca em risco de morte mais de 200 mil crianças. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional no estado do Piauí no período de 2012 a 2016. **Método:** Estudo epidemiológico e descritivo, em que os dados foram obtidos por meio de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, dos casos notificados no Estado do Piauí. Para o processamento e análise de dados utilizou-se o software Microsoft Office Excel 2010 e Tabwin 3.2 em vista da análise descritiva dos dados.

Resultados: A caracterização da amostra foi predominantemente constituída por gestantes jovens com média de idade de 20 a 39 anos, baixa escolaridade, residentes em cidades urbanas na sua maioria. O maior número de casos foi verificado no período e de 2015 e 2016 com coeficientes de incidência de 5,63 e 6,10 para cada 1000 Nascidos Vivos, respectivamente. Houve média de 244,4 casos por ano sendo notificados no Estado. **Conclusão:** Houve a alta incidência da doença, bem como fatores de vulnerabilidades para a ocorrência do agravo no estado do Piauí.

PALAVRAS - CHAVE: Sífilis; Gravidez; Epidemiologia.

CHARACTERIZATION OF CASES OF GESTATIONAL SYPHILIS IN THE STATE OF PIAUÍ

ABSTRACT: Introduction: Syphilis is a compulsory notification infectious disease that affects around one million pregnant women a year

worldwide, causes around 300 thousand fetal and neonatal deaths and puts more than 200 thousand children at risk of death. **Objective:** To characterize the epidemiological profile of cases of gestational syphilis in the state of Piauí from 2012 to 2016. **Method:** Epidemiological and descriptive study, in which the data were obtained by consulting the Department of Informatics of the Unified Health System, of the cases notified in the State of Piauí. For data processing and analysis, Microsoft Office Excel 2010 and Tabwin 3.2 software were used in view of the descriptive analysis of the data. **Results:** The characterization of the sample was predominantly made up of young pregnant women with an average age of 20 to 39 years old, with low educational level, mostly residents of urban cities. The highest number of cases was verified in the period and in 2015 and 2016 with incidence coefficients of 5.63 and 6.10 for each 1000 Live Births, respectively. There were an average of 244.4 cases per year being reported in the State. **Conclusion:** There was a high incidence of the disease, as well as vulnerability factors for the occurrence of the disease in the state of Piauí.

KEYWORDS: Syphilis; Pregnancy; Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de notificação compulsória que atinge cerca de um milhão de gestantes por ano no mundo todo, cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais e coloca em risco de morte mais de 200 mil crianças. Além da via sexual, a sífilis pode ser transmitida no momento do parto por via placentária, caso não tratada, a doença evolui para as fases que afetam a pele e órgãos internos, coração, fígado e sistema nervoso. Estima-se que por ano 166.000 a 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita na América Latina e Caribe (OMS, 2015; PAHO, 2017).

No Brasil, nos últimos cinco anos, houve um aumento na incidência de casos de sífilis gestacional, congênitas e adquiridas, devido à ampliação da cobertura de testagem e ao aperfeiçoamento do sistema de vigilância, que resulta na elevação de casos notificados. Entre os anos de 2010 a junho de 2017, notificou-se no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) cerca de 342.531 casos de sífilis adquirida, onde a maioria dessas notificações ocorreu na Região Sudeste. Contudo, as divulgações destas informações devem ser feitas com prudência, pois a recente implementação da notificação do agravo, pode não refletir a situação real da sífilis adquirida no país (BRASIL, 2017).

Considera-se como o período ideal para a detecção e classificação da sífilis gestacional, o pré-natal, parto e pós-parto. Confirma-se a sífilis da seguinte forma: em mulheres que não apresentam sintomas, quando apresenta apenas um teste reagente, mesmo que sem registro de tratamento anterior, ou quando apresentasse dois testes reagentes, independente de tratamento anterior. Em gestantes que apresentam sintomas, confirma-se com apenas um teste, treponêmico ou não treponêmicos (LAFETÁ *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

A mulher pode adquirir a doença durante a gravidez e nos recém-nascidos pode haver infecção assintomática ou sintomática. Indica-se que durante o pré-natal todas as gestantes realizem pelo menos dois exames de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), um na primeira consulta, preferencialmente, e outro na 28ª semana gestacional. Um terceiro teste VDRL deverá realizar-se no momento do parto, visando a garantia de tratamento e a possibilidade de uma intervenção precoce ao recém-nascido, caso a mãe não tenha sido tratada ou tenha reinfectado-se após o tratamento (COOPER *et al.*, 2016; LAFETÁ *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2017).

A sífilis é uma doença com recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo. Todavia, controlá-la na gestação mostra-se como um desafio para profissionais de saúde. Um dos motivos seria o curto intervalo do período gestacional para a realização do seu diagnóstico e tratamento; dificuldade em abordar a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), em especial durante a gravidez e pelo pouco conhecimento por parte da população e dos profissionais de saúde no que se refere à magnitude desse agravo e das consequências que este pode causar à saúde da mulher e a do bebê (FERREIRA *et al.*, 2019).

Diante desta problemática e do desafio para a saúde pública no que se refere ao aumento da cobertura e qualidade da assistência ofertada no pré-natal, diagnóstico e tratamento para as gestantes em tempo hábil (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015), este estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados no estado no Piauí no período de 2012 a 2016.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico e descritivo. Para caracterizar os casos de sífilis em gestantes notificados do Estado do Piauí, necessitou-se da utilização de uma metodologia que abrangesse as características inerentes deste estudo, para isso realizou-se um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa baseado em dados secundários.

Obtiveram-se os dados por meio de consulta ao departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de casos notificados no estado do Piauí, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), com coleta realizada no mês de setembro e outubro de 2018. Utilizou-se o SINAN para acessar o número total de notificações de sífilis na gestação no período e região estudados e o SINASC para obtenção dos dados sobre os casos de nascidos vivos.

Constituiu-se a população do estudo de todos os casos notificados de sífilis gestacional no período de 2012 a 2016, totalizando 1.222 casos. Cumpriram-se o

seguinte caminho metodológico: Informações de saúde (TABNET); epidemiologias e morbidades; demais doenças de notificação; sífilis gestacional; estado do Piauí e tabulação de dados.

Para melhor compreensão da situação epidemiológica da sífilis gestacional no estado do Piauí, os dados foram ponderados por meio das seguintes variáveis: Ano do diagnóstico; escolaridade da mãe; faixa etária da mãe; município de notificação, classificação e testes treponêmicos e não treponêmicos.

Para o processamento e análise de dados utilizou-se o software da Microsoft Office Excel 2010 e Tabwin3.2, empregando-se cálculos de incidência simples, visando a análise descritiva dos dados para construção de tabelas e gráficos.

Nota-se que a taxa de incidência de sífilis em gestantes calculada consistiu na razão entre o número de casos de sífilis detectados em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos, no estado do Piauí, no período 2012 a 2016.

Ressalta-se que não houve necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que utilizaram-se dados secundários de domínio público, não objetivando estudar informações acerca de pessoas ou instituições. Sendo assim, obedeceu aos aspectos éticos e legais conforme determinação da Resolução referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS

Do total de 1222 casos notificados no estado do Piauí, entre anos de 2012 e 2016 disponíveis no SINAN, evidenciou-se que o ano 2016 apresentou a maior taxa de incidência (C.I.= 6,10/ 1000 Nasc. Vivo) e o ano de 2012 com a menor taxa (C.I.= 2,87/ 1000 Nasc. Vivo). Os dois últimos anos de notificação (2015 e 2016) foram os que obtiveram maior número de casos novos de sífilis gestacional, com valores de 5,63 e 6,10 respectivamente, para cada mil nascidos vivos. Houve uma média de 244,4 casos por ano sendo notificados no estado.

Verifica-se que nos municípios de notificação dos casos de sífilis gestacional e levando em consideração o total dos cinco anos observados, houve prevalência do número de casos notificados na cidade de Teresina, capital do estado e totalizando em 639 casos, Picos com 166 casos notificados e Parnaíba com 61 casos informados. Ressalta-se que dentro da variável “outros” foram agrupados 91 municípios que tiveram menos de oito casos cada, notificados no total de cinco anos analisados. É importante observar que dentre a variável município aparece apenas 1220 dos 1222 casos notificados total, podendo este fato estar relacionado a registros de dados incompletos no sistema (Tabela 1).

MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Teresina	77	137	122	157	146	639
Picos	25	38	46	38	19	166
Parnaíba	1	9	16	11	24	61
Piripiri	5	3	5	9	3	25
Uruçuí	-	7	-	8	2	17
Regeneração	5	3	5	1	3	17
Floriano	1	1	2	4	8	16
Baixa Grande do Ribeiro	2	2	-	1	7	12
São Miguel do Tapuio	3	1	1	3	3	11
Oeiras	-	1	1	2	6	10
Buriti dos Lopes	-	3	2	1	2	8
União	1	1	5	1	-	8
OUTROS (91)	25	45	38	56	82	246
TOTAL	144	247	236	290	303	1220

Tabela 1. Caracterização das gestantes com sífilis por município de notificação no estado do Piauí (PI), Brasil (2012-2016).

Tratando-se das variáveis faixas etárias e escolaridade, obteve-se a prevalência de casos na faixa etária de 20 a 39 anos para todos os níveis de escolaridade. O grupo etário de 15 a 19 anos e 10 a 14 anos apresentaram prevalência de mulheres com menos de 9 anos de escolaridade tendo, assim, até a 8ª série incompleta. No grupo etário de 40 a 59 anos obteve-se o menor número de casos de sífilis gestacional registrado com valores variando de 1 a 3 casos notificados para os níveis de escolaridade analisados. Excluiu-se desta caracterização um dado contido na variável escolaridade (médio completo), pois era incompatível com a coluna da idade descrita (10-14 anos), podendo este fato estar relacionado a algum erro de registros de dados no sistema (Tabela 2).

Escolaridade	10- 14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	Total
Ignorado	2	46	98	2	148
Analfabeto	-	-	8	1	9
1ª a 4ª série incompleta	5	17	111	1	134
4ª série completa	-	14	43	3	60
5ª à 8ª série incompleta	13	144	191	3	351
Fundamental completo	1	31	67	-	99

Médio incompleto	-	84	147	1	232
Médio completo	-	29	130	2	162
Superior incompleto	-	1	13	-	14
Superior completo	-	-	12	1	13
Total	21	366	820	14	1221

Tabela 2. Caracterização das gestantes com sífilis Casos confirmados por Faixa Etária e Escolaridade no estado do Piauí (PI), Brasil (2012-2016).

No que tange a caracterização dos casos confirmados por ano de diagnóstico e classificação clínica, apontou-se a fase latente (357 casos) e a fase primária (354 casos) com altos níveis notificáveis para todos os cinco anos analisados. As sífilis secundárias e terciárias foram às classificações identificadas em menor número de casos entre os anos analisados, evidenciando no estado do Piauí um risco maior para as gestantes com sífilis nas fases primária e latente (Gráfico 1).

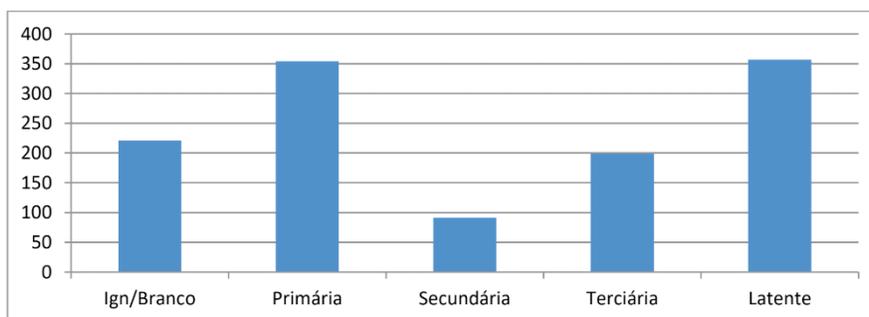


Gráfico 1. Caracterização das gestantes com sífilis casos confirmados por ano de diagnóstico e classificação clínica no estado do Piauí (PI), Brasil (2012-2016).

Relativamente ao diagnóstico com o uso do teste não treponêmico observou-se que houve prevalência dos que obtiveram resultado reagente, totalizando 1085 casos em oposição a 29 não reagentes. No entanto, houve 71 gestantes que não realizaram o referido teste para diagnóstico da sífilis (Tabela 3).

Ano Diagnóstico	Ignorado	Reativo	Não reativo	Não realizado	Total
2012	4	127	5	9	145
2013	9	222	4	12	247
2014	4	218	6	8	236
2015	7	264	9	11	291
2016	13	254	5	31	303
Total	37	1085	29	71	1222

Tabela 3. Caracterização das gestantes com sífilis por casos confirmados segundo ano de diagnóstico e teste não treponêmico no estado do Piauí (PI), Brasil (2012-2016).

Ademais, considerou-se o teste treponêmico, este foi utilizado no diagnóstico de sífilis gestacional em 547 mulheres gestantes, que obtiveram o resultado reagente. Além disso, 52 não foram reagentes, em 539 mulheres ele não foi realizado como método diagnóstico e 84 casos ignorados/brancos (Tabela 4).

Ano de diagnóstico	Ignorado	Reativo	Não reativo	Não realizado	Total
2012	13	31	7	94	145
2013	20	116	15	96	247
2014	10	90	9	127	236
2015	24	136	11	120	291
2016	17	174	10	102	303
Total	84	547	52	539	1222

Tabela 4. Caracterização das gestantes com sífilis por casos confirmados segundo ano de diagnóstico e teste treponêmico no estado do Piauí (PI), Brasil (2012-2016).

4 | DISCUSSÃO

Apesar da eliminação da sífilis congênita ser uma prioridade para todas as nações, ainda existem muitas gestantes infectadas pela referida doença. Países, estados e municípios empenharam-se em desenvolver ações para o cumprimento que não são atendidas conforme as ações sugeridas pelos programas de saúde que são realizados durante o pré-natal e nascimento. Devido a isso, várias metas adaptaram-se às realidades locais, de modo que suas prioridades acatassem as recomendações internacionais e nacionais (OMS, 2015).

Verificou-se que no estado do Piauí o número de gestantes infectadas no ano 2016 apresentou a maior taxa de incidência (C.I.= 6,10/ 1000 Nasc. Vivo) e o ano de 2012 com a menor (C.I.= 2,87/ 1000 Nasc. Vivo). Os dois últimos anos de

notificação (2015 e 2016) foram os que obtiveram maior número de casos novos de sífilis gestacional. Esse resultado mostrou-se crescente de 2014 a 2016, porém ainda menor do que a taxa nacional (C.I.= 12,4/1.000 Nasc.vivo) segundo o último boletim epidemiológico de sífilis de 2016. No ano de 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis na gestação, sendo a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos no país. O aumento gradual das notificações de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos se deu devido ao fortalecimento das ações nos serviços de saúde no pré-natal, por meio dos programas como a rede cegonha, que propiciou um avanço na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2015).

Os resultados desta investigação sugeriram que a sífilis no período gestacional acontece predominantemente em mulheres jovens com média de idade de 20 a 39 anos. Dados semelhantes a esses foram encontrados no estudo realizado em Divinópolis, Minas Gerais, o qual indicou também maior prevalência em mulheres jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e com baixa escolaridade (ANDRADE *et al.*, 2019).

Ressalta-se que essa situação foi ponderada novamente no estudo realizado em Palmas e Tocantins, onde em um período de setes anos foram notificados 171 casos de sífilis gestacional, coeficiente de prevalência de 7,5/1.000 nascidos vivos, evidenciando que houve comportamento crescente durante os sete anos estudados, além do mais comprovou mais uma vez que o maior grupo de vulnerabilidade está em mulheres gestantes jovens na faixa etária de 20-34 anos (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

No entanto, na pesquisa realizada no sul do Brasil, apesar de apresentar o índice (12,79 casos/mil nascidos vivos) no que diz respeito à detecção de sífilis gestacional, obteve-se que, em relação às características sócio demográficas, 67,41% das gestantes não infectadas estavam na faixa etária de 20 a 34 anos e 22,59% eram adolescentes (≤ 19 anos), sendo esta a faixa etária a que apresentou maior prevalência da infecção no período gestacional, quando comparadas com outras idades (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Destaca-se a importância e seriedade da realização do pré-natal durante todo o período gestacional, para a concretização da prevenção da transmissão vertical. Pois o aumento dos casos de sífilis congênita aponta as deficiências dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença (NUNES *et al.*, 2017; VASCONCELOS *et al.*, 2017; COOPER, 2018).

A atuação qualificada de enfermagem tem a função de garantir atenção integral à mulher no período gestacional, pré e pós- parto, com objetivo de prevenir,

interromper a sífilis gestacional, além do mais garantir que não ocorra reinfecção adotando a inserção do parceiro como estratégia no tratamento da sífilis no tempo oportuno, realização de visitas e busca das gestantes que faltam as consultas pré-natal, a fim de evitar a transmissão no momento do parto (VASCONCELOS *et al.*, 2017; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Apesar dos achados evidenciarem que a idade relacionada à escolaridade ser fator a ser considerado no que diz respeito à preocupação quanto às doenças e acesso aos serviços de saúde, e ainda serem contribuintes para as altas prevalências de sífilis gestacional nessa população, cita-se ainda que essa condição ocorre nas populações mais vulneráveis, mas não pode tão somente ser atribuídas apenas a elas, pois independente da condição qualquer um pode adquirir a infecção (RUFINO *et al.*, 2016).

A educação em saúde em analogia a doenças sexualmente transmissíveis mostra-se como um importante meio de abordagem como forma de sensibilização da população para esse problema de saúde, uma vez que se aumenta o conhecimento a cerca da patologia, aparecimento dos primeiros sintomas, a prevenção, diagnóstico e tratamento, esta gestante passa a ser um sujeito envolvido que poderá atuar como disseminadora dessas informações através do envolvimento na comunidade em que reside bem como facilitando a coparticipação do parceiro no tratamento, evitando a reinfecção, e conseqüentemente impede que o agravo evolua para a sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2013).

Com relação às zonas desta caracterização, os municípios de maiores notificação foram Teresina, Picos e Parnaíba que juntas tiveram 866 casos notificados entre os anos coletados. Considera-se a zona urbana, o local de maior notificação encontrado, também em concordância ao estudo realizado no Município de Sobral- CE, o qual identificou que 95% dos casos notificados residiam também nas zonas urbanas e esse aumento foi atribuído tanto às melhores ações de vigilância epidemiológica quanto à identificação dos casos da doença no município (LIMA *et al.*, 2017).

Fato anterior admitido também nos resultados do estudo realizado em cinco estados em mesma base de dados, onde encontrou que os estados do Amazonas, Rio de Janeiro e o Ceará, apresentam grandes extensões de casos residentes na capital. Sugere-se que essa centralização nas cidades urbanas de determinados estados se dá por conta de apresentarem uma rede de saúde mais organizada, com maior estrutura e por haverem profissionais mais vigilantes quanto ao diagnóstico e notificação do agravo (SARACENI *et al.*, 2017).

É importante que todos esses aspectos que envolvem as características sócias econômicas demográficas, além do acesso aos serviços de saúde e inserção do parceiro no pré-natal ser levadas em consideração no momento do

desenvolvimento das ações, e estabeleçam atuações positivas ao enfrentamento da sífilis gestacional, garantindo que ações sejam efetivas (ARNESSEN; SERRUYA; DURAN 2015; REIS *et al.*, 2018).

No que se refere à caracterização das gestantes com sífilis confirmadas por ano de diagnóstico e classificação clínica no estado do Piauí apontou-se que a fase latente e a fase primária foram às classes clínicas mais detectadas e confirmadas entres os anos de 2012 a 2016, com 357 e 354, respectivamente. Dado também encontrado em um estudo, que segundo a classificação clínica da sífilis estava no primeiro estágio clínico da doença (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Nesta investigação houve prevalência dos testes não Treponêmico como forma de diagnóstico dos que obtiveram resultado reagente, totalizando 1085 casos em oposição a 29 não reagentes. No mesmo intervalo de ano o teste treponêmico esteve reagente e utilizado como meio diagnóstico em 547 mulheres, 52 não reagentes e em 539 gestantes ele não foi realizado, 84 casos foram ignorados/brancos. Dados esses são confirmados quando comparados a um estudo onde grande parcela das gestantes (83,33%) apresentou teste não treponêmico VDRL reagente e 62,59% foram confirmados por meio do teste não treponêmico *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTAABS) (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

O Ministério da Saúde considera ser um caso suspeito quando a gestante durante o pré-natal apresente qualquer achado clínico de sífilis, ou teste não treponêmico reagente em qualquer titulação. E confirma-se quando a grávida ao apresentar teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis durante o pré-natal, gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de terapêutica prévia (BRASIL, 2017).

Observa-se que a constatação da sífilis gestacional acontece em testes laboratoriais e comprova que a interpretação apropriada tem resultados efetivos para as da sorologia de sífilis realizada nas gestantes, pois a maioria das mulheres não apresentam sintomas. Envolvendo um teste não treponêmico (VDRL), o teste rápido associado a testes treponêmicos; teste de absorvimento de anticorpos treponêmico fluorescente, pois testes não treponêmicos, como é o caso do VDRL, porém podem identificar resultado falso positivo e, portanto, precisam ser comprovados por meio de testes treponêmicos, por serem mais específicos. Os testes sorológicos são subdivididos em treponêmicos e os não treponêmicos, estes são mais os recomendados para identificação precoce da SG devido a serem mais acessíveis e demandarem menor emprego de infraestrutura e recursos humanos (COOPER *et al.*, 2016; MILANEZ, 2016; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Reflete-se que a atenção do profissional de saúde é essencial em todas as ações desde o diagnóstico até a completa eliminação da Sífilis. Esse deve

atuar arduamente na conscientização do problema com a população, de modo que se trabalhe a prevenção, diagnóstico e tratamento de Infecções sexualmente transmissíveis, principalmente nos grupos de maior vulnerabilidade que foram evidenciados em vários estudos e assim garanta a integralidade do cuidado (GUERRA *et al.*, 2017).

5 | CONCLUSÃO

Constituiu-se nesse estudo, a caracterização das gestantes predominantemente por adultas jovens com média de idade de 20 a 39 anos, com baixa escolaridade, residentes em grandes cidades urbanas. Evidenciou-se uma crescente incidência de notificações por ano, sendo as classificações primária e latente as fases mais diagnosticadas através dos testes treponêmicos.

Destaca-se a importância da temática, pois a sífilis gestacional quando não tratada pode trazer grande impacto e consequências afetando a qualidade de vida da gestante, sendo assim conveniente a criação e investimento em novas abordagens de políticas públicas que possam alcançar principalmente a população alvo e possa evitar a evolução para a sífilis congênita. Acrescenta-se que seja indispensável o planejamento e a administração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação para reduzir a prevalência de um agravo de saúde em uma população.

As bases de dados utilizadas apesar de terem algumas limitações, atenderam ao objetivo proposto, pois são consideradas de confiança e com boa qualidade, proporcionaram um levantamento da caracterização e avaliação dos casos de sífilis gestacional no período proposto e ficou evidente a alta incidência da doença, bem como fatores de vulnerabilidades para a ocorrência do agravo no estado do Piauí.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. S. *et al.* **Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres.** *Ciência & Saúde*, v. 12, n. 1, p. e32124-e32124, 2019.

ARNESEN, L.; SERRUYA, S.; DURAN, P. **Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 37, p. 422-429, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, v. 150, n. 112, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 36, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**, 2015.

CAVALCANTE, P. A.M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. **Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 255-264, 2017.

COOPER S. **Congenital syphilis**. *Seminars in perinatology*, v. 42, p: 176 –184, 2018.

COOPER, J. M. *et al.* **Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil–Mais avanços são necessários!**. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

FERREIRA, J.D. *et al.* **Gestational syphilis: associated factors, risk behavior and neonatal repercussions**. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 87, n. 25, 2019.

GUERRA, H. S. *et al.* **Sífilis congênita: repercussões e desafios**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 46, n. 3, p. 194-202, 2017.

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. **Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2867-2878, 2015.

LAFETÁ, K.R.G. *et al.* **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 63-74, 2016.

LIMA, G. K. *et al.* **Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem**. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 12, n. 2, 2013.

LIMA, V. C. *et al.* **Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro**. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

MILANEZ, H. **Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem?**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 9, p. 425-427, 2016.

MOREIRA, K. F. A. *et al.* **Perfil dos casos notificados de sífilis congênita**. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, 2017.

NUNES, J.T. *et al.* **Syphilis in gestation: perspectives and nurse conduct**. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, v. 11, n. 12, 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis**. Ginebra: OMS, 2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. **Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

REIS, G. J. *et al.* **Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00105517, 2018.

RUFINO, E. C. *et al.* **Women's knowledge about sti/aids: working with health education**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 2, p. 304-311, 2016.

SARACENI, V. *et al.* **Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, p. e44, 2017.

VASCONCELOS, M.I. O. *et al.* **Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 29, p. 85-92, 2017.

CAPÍTULO 2

ESTUDO DE CASO DE UMA IMIGRANTE GRÁVIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: UMA ABORDAGEM DE GÊNERO E CORPORALIDADE

Data de aceite: 01/12/2020

Dora Mariela Salcedo Barrientos

Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (ISPUP)
“Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/0943356873866523>

Cintia Magalhães Neia

Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/9362800901520733>

Priscila Mazza de Faria Braga

Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/8735375673477646>

José Manuel Peixoto Caldas

UFPB
Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (ISPUP)
Portugal
<http://lattes.cnpq.br/7612322297457083>

Stefanie Sussai

Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (FMVZ-USP)
“Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/0554636283683744>

Nathalya Tavares dos Santos

Universidade São Paulo (USP)
Bolsista PUB

Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/2750880023727298>

Vitória Gabriela Picolo

Universidade São Paulo (USP)
Bolsista PUB

Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6410164960665794>

Jadson Marques Dantas

Universidade São Paulo (USP)
Bolsista PUB

Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/8311374247498920>

Carolina Bezerra Coe

Universidade São Paulo (USP)
Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP).
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/0175356909217845>

Anacláudia Fontes Capanema

Universidade São Paulo (USP)
Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal (EACH-USP)
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/2017650712223736>

RESUMO: A cidade de São Paulo é um dos principais destinos de imigração no país e muitos são os desafios que os imigrantes podem enfrentar, dentre eles está a violência doméstica. Esse estudo tem como objetivo compreender, acolher e instrumentalizar uma imigrante e sua família, fortalecendo suas habilidades e potencialidades para construir novos caminhos de superação do fenômeno da violência doméstica e/ou preveni-lo nas próximas gerações. Sustenta-se na TIPESC e a categoria gênero foi utilizada como analítica central. A coleta de dados ocorreu por entrevistas com a imigrante durante a gestação e puerpério, na instituição Missão Paz, guiadas por instrumentos orientadores, tendo seus áudios gravados e, posteriormente, transcritos. A amostragem se deu por conveniência e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para a interpretação dos dados. Dentre os principais resultados, constataram-se momentos em que a gestante foi exposta a situações de violência por parceiro íntimo e outros atores ao longo de sua vida, tal fenômeno fica explícito por determinantes sociais nas dimensões singular, particular e estrutural. Além disso, foram identificados processos protetores e destrutivos e sugeridas propostas de ações. Considerou-se importante esta intervenção realizada, uma vez que ficou evidente a omissão no atendimento do pré-natal nas UBS, onde a imigrante cumpriu o número de consultas mínimas estabelecidas para o pré-natal pelo Ministério da Saúde, no entanto, suas demandas provenientes das situações de violência não foram abordadas durante o acompanhamento, fato este que vai na contramão da legislação vigente.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica, imigrantes, gestantes, saúde coletiva, família.

CASE STUDY OF A PREGNANT IMMIGRANT IN SITUATION OF VIOLENCE: A GENDER AND CORPORALITY APPROACH

ABSTRACT: The city of São Paulo is one of the main immigration destinations in the country and there are many challenges that immigrants may face, including domestic violence. This study aims to understand, welcome, and equip an immigrant and her family, strengthening their skills and potentialities to build new ways to overcome the phenomenon of domestic violence and/or prevent it for the next generations. It is supported by TIPESC and the gender category was used as a central analytic. Data collection was through interviews with the immigrant during pregnancy and the puerperium, at the Missão Paz institution, guided by guiding instruments, with their audios recorded and later transcribed. Sampling was done for convenience and the technique of content analysis was used for data interpretation. Among the main results, there were moments in which the pregnant woman was exposed to situations of violence by an intimate partner and other actors throughout her life, such a phenomenon is made explicit by social determinants in the singular, particular and structural dimensions. Besides that, protective and destructive processes were identified, and action proposals were suggested. This intervention was considered important, since it was evident the omission in prenatal care in the UBS, where the immigrant fulfilled the number of minimum consultations established for prenatal care by the Ministry of Health, however, her demands arose from situations of violence were not addressed during the follow-up care, a fact that goes against the current legislation.

KEYWORDS: Domestic violence, immigrants, pregnant women, collective health, family.

1 | INTRODUÇÃO

A proposta deste projeto faz parte de um projeto maior intitulado: “Saúde perinatal em imigrantes grávidas: compreendendo e intervindo no contexto familiar”, componente do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto da Universidade do Porto e cabe ressaltar que nesta pesquisa serão entrevistadas 15 gestantes imigrantes em situação de violência doméstica (SALCEDO-BARRIENTOS, 2018).

O presente estudo refere-se especificamente ao estudo de caso Glória (G.). O ponto de partida desta pesquisa consiste na imigração, uma vez que se tem verificado a intensificação dos fluxos migratórios, tendência essa que vem se modificando nos últimos anos a partir da verificação da tendência migratória dos povos dos países ao sul do globo terrestre entre outras nações do sul, o que anteriormente era observado para os países do norte. Diante dessa nova rota migratória, o Brasil desponta como um dos destinos dos povos migrantes, bem como de nação de refúgio (CALDAS, 2019). A mudança nas características migratórias tem como um dos seus impulsionadores a dificuldade em migrar para países ao norte do globo, devido suas políticas migratórias restritivas, o que motiva os imigrantes na busca por países em desenvolvimento que propõem melhor qualidade de vida, principalmente relacionada ao acesso ao serviço público gratuito, como é o caso do Brasil (ZANELLA, 2015).

Percebendo-se a situação da mulher imigrante, em maior potencial de vulnerabilidade pela condição de gênero, ao vivenciar uma gravidez longe de sua nação está suscetível a outras experiências negativas, seja devido à dificuldade de comunicação, à ausência de rede de apoio ou à atenção ineficiente ao pré-natal. A deficiência no atendimento de saúde à esta população é evidenciada pelos índices de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e depressão pós parto, que têm prevalência maior aos índices apresentados pelas nativas (CALDAS, 2019).

Atrelando a condição de imigrante gestante à condição de vítima de violência, percebe-se que esta tem maiores vulnerabilidades em relação à mulheres nativas, onde os prejuízos devido às duas condições são potencializados, fragilizando ainda mais sua condição de vida e a experiência gravídica puerperal, expondo-se a um risco elevado de morte o binômio mãe e filho (ARAÚJO et al., 2020; CALDAS, 2019; PROCENTESE et al., 2019).

A imigrante aqui estudada é da América do Sul, de país de língua espanhola,

característica cada vez mais comum dentre os imigrantes residentes no Brasil, justificando a importância de estudos como esse, que abordam o processo saúde-doença em uma ótica ampliada com especial atenção à situação de vulnerabilidade e violência social.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo compreender a vivência de uma grávida imigrante e sua família, fortalecendo suas habilidades e potencialidades para construir novos caminhos de superação do fenômeno da violência doméstica.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo foi descritivo, prospectivo e com abordagem quantitativa e qualitativa; trata-se de estudo de caso segundo as recomendações de Yin (2001) para a compreensão e sistematização dessa modalidade de pesquisa. De acordo com o autor, o estudo de caso visa compreender um fenômeno em seu contexto da vida real, sem a intenção de manipular quaisquer variáveis ou comportamentos, e para isso, são utilizadas várias fontes de evidências, analisadas a partir de um aporte teórico previamente definido (YIN, 2001). Com isso, foi elaborado segundo as fases previstas por Yin (2001): (a) Definição e planejamento; (b) Preparação, coleta e análise; (c) Análise e conclusão. Os dados foram coletados através da realização de entrevistas, da consulta a documentos (Caderno a Gestante e carteira de vacinação), da aplicação do Formulário para caracterização da produção e reprodução social nas grávidas vítimas de violência, e do emprego da versão em português da Escala de Estresse Percebido.

A pesquisa sustenta-se na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC, que de acordo com Egry (1996), é a sistematização dinâmica da captação e interpretação de um fenômeno, articulado aos processos de produção e reprodução social, referentes à saúde-doença de uma dada coletividade, em um contexto social e historicamente determinado. A categoria gênero foi utilizada como categoria analítica central, a qual perpassa todas as outras categorias e visa compreender, acolher e intervir terapêuticamente junto às grávidas imigrantes vítimas de violência e seus familiares. Cabe aqui destacar que de acordo com Scott (1990), gênero é a percepção dualística das diferenças sexuais, hierarquizando dentro de uma perspectiva de pensar engessada. Como categoria analítica nos ajuda a entender as relações de poder, permitindo entender melhor as representações sociais configuradas para as identidades de gênero e como os sujeitos constituem no cotidiano essas representações.

Esta pesquisa foi realizada nas instalações da Missão Paz, em paralelo ao pré-natal (que estava sendo cumprido na Unidade Básica de Saúde - UBS - de referência da gestante), onde foi tomada uma amostragem desta população

que compareceu na instituição, com ou sem agendamento, de segunda a sexta-feira. Portanto, trata-se de uma amostragem aleatória e por conveniência. A imigrante e seus familiares convidados a participar desta proposta de intervenção receberam orientações individuais e/ou coletivas relacionadas com as necessidades identificadas naquele momento.

A pesquisa foi aprovada conforme parecer do Comitê de Ensino e Pesquisa-CEP número 3.251.296 de 2019.

3 | RESULTADOS DOS DADOS

No ano de 2018, foram realizadas oito entrevistas com a imigrante objeto deste estudo, compreendendo desde o período gravídico até o período puerperal de G. A partir das entrevistas, desenhou-se o estudo de caso aqui apresentado à luz da teoria TIPESC e dos perfis de produção e reprodução social, analisando o impacto no processo de saúde doença.

Aqui, faz-se necessário explorar o conceito de reprodução social. Este se apresenta como eixo ordenador da exposição, que engloba e integra diferentes faces da realidade. De acordo com Oliveira (1991), os processos de reprodução abrangem tanto elementos biológicos quanto sociais, dentro dos aspectos materiais e simbólicos; desde as esferas econômicas, demográficas quanto a esfera política. O perfil de produção e reprodução social demonstra a complexidade do processo de constituição social e suas articulações em diferentes âmbitos analíticos como instituições, rotina, estruturas e práticas sociais. Além disso, exige um olhar mais amplo e integral para desenvolver a problemática das mediações.

3.1 Resumo da história de vida

Glória, 35 anos, nasceu no Peru, cresceu na Bolívia a partir dos 8 anos e reside no Brasil desde 2011 na região central de São Paulo, onde mora com seu marido e seus quatro filhos. Não conheceu seus pais, foi criada por um casal que não pertencia a sua família, aos quais chama de tio e tia. Relata ter passado por problemas financeiros na infância e afirma que também sofreram violência territorial, pois não eram de origem boliviana.

Durante a adolescência, na Bolívia, esteve em um relacionamento amoroso no qual sofreu diversas formas de violência do seu namorado e familiares, relata, principalmente, vários conflitos com a sogra. Como resultado desses momentos de tensão familiar, aos 19 anos tentou suicídio, sem saber que estava grávida de sua primeira filha. Ela relata que o suicídio foi a forma que encontrou para lidar com os problemas familiares. Ainda na Bolívia, como estopim à situação violenta que vivenciava com a família do marido, descobriu que sua primogênita havia sido violentada sexualmente por seu cunhado, irmão de seu ex-marido, o que a motivou

a buscar mudança em sua vida, saindo de sua casa e migrando para o Brasil.

Atualmente, vive em união estável no Brasil, numa casa onde reside com os 4 filhos, e sofre muito com a perda de seu filho que morreu há poucos anos aos nove meses. Segundo Glória, isso deixou sequelas psicológicas que a fizeram não desejar a gravidez de seu outro filho, pois fazia ela lembrar do bebê falecido.

É costureira, trabalha em jornadas superiores a 8 horas diárias, não possui carteira assinada, tal como seu companheiro, a renda mensal média mensal do casal está por volta de R\$1.400,00, seus filhos estão matriculados em escolas públicas que frequentam assiduamente.

As duas filhas mais velhas são fruto do relacionamento com o ex-marido, com o atual companheiro teve três filhos. Toda a família utiliza o SUS para os atendimentos de saúde.

Quanto ao relacionamento atual, G relata que seu atual parceiro é “torpe, violento, agressivo” e apresenta problemas de temperamento. Afirma ainda, que já sofreu agressão física antes da gravidez do seu filho R nascer (agora falecido), inclusive na frente de suas filhas. Apesar da relação conflituosa com o marido, ela culpabiliza as condições que viveu em sua infância, dizendo que foi sofrida, para assim justificar a maneira como ele a trata. Em relação à gestação atual, apesar dos conflitos com o marido, transcorreu de forma esperada. Uma das maiores preocupações de G durante a gestação foi devido ao momento do parto, que o assombrava pela necessidade de deixar as filhas em casa com o atual companheiro, medo este que carregava desde que a mais velha havia sofrido o abuso sexual. No entanto, a cesariana foi sem intercorrências e G contou com o auxílio de toda a família no puerpério, auxiliando-a e ajudando nos cuidados com o bebê.

4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

À luz da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva proposta por Egry (1996), pode-se identificar em G. e em sua constituição familiar, na dimensão particular na análise situacional atual, como fatores protetivos a experiência gestacional pregressa, a realização do acompanhamento pré-natal na rede de saúde e a presença de um companheiro, por outro lado, a falta do domínio da língua e o fato de ser vítima de violência doméstica, configuram-se como fatores destrutivos em sua dimensão particular onde identificamos a necessidade de intervenção, propondo o empoderamento para fortalecê-la no enfrentamento à violência, que pode ser permeado pela participação em grupos onde ela tenha apoio para expressar suas dificuldades e compartilhar com iguais as possibilidades de mudança.

Ao analisar a dimensão particular, pode-se estabelecer fatores protetivos na

história de G., como o apoio do marido e filhos no período gravídico-puerperal, a atenção dispendida para os filhos apesar da ausência da figura materna, contrapondo a sua própria história de abandono parental. Por outro lado, o fato da gestação atual ser indesejada, os momentos conflituosos com o companheiro, a falta de uma rede de apoio consolidada no Brasil, de forma a ampará-la e oferecer auxílio à família, denotam a necessidade de instrumentalizar a imigrante no que tange aos seus direitos, apresentar a legislação que a ampara seja como imigrante seja por seu gênero, tal como a sua família, abordando desta forma os aspectos da violência e o impacto que esta pode gerar na família, de forma a minimizar a possibilidade de que este fenômeno perpetue nas próximas gerações.

Do ponto de vista estrutural, é gritante a ausência da garantia de direitos trabalhistas, exemplificadas pela falta de contrato de trabalho respeitando as normativas vigentes, remuneração inferior à mínima permitida no país, jornadas de trabalho extensas sem respeito ao repouso mínimo entre jornadas. Apesar da existência da legislação específica para o trabalhador, não se vislumbra uma investigação criteriosa em todos os campos de trabalho a fim de assegurar os direitos adquiridos pelos empregados, o que nos reflete a necessidade de orientar o trabalhador quanto a necessidade pela luta por garantia de direitos, bem como encontrar estratégias que minimizem o impacto da ausência do Estado na vida das pessoas.

4.1 Análise das necessidades identificadas

No quadro a seguir fica exposta a análise das necessidades identificadas nesse caso a partir da classificação de Heller (1983), que divide as necessidades humanas em necessidades naturais, necessárias, ambas socialmente determinadas, e necessidades próprias do capitalismo, as alienadas, como dinheiro, poder e posse de objetos. As naturais são alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação. Já as necessárias incluem a liberdade, a autonomia, a autorrealização, a autodeterminação, a atividade moral, a reflexão.

Necessidades naturais	Necessidades necessárias	Necessidades Alienadas
Apesar da casa possuir saneamento básico, relata ventilação inadequada e presença de mofo.	Falta de contato social, não possui rede de apoio.	Falta de dinheiro para entretenimento.
Não conta com rede de apoio e nem com cooperação do parceiro na rotina doméstica	Falta de vínculo familiar.	Ausência do cumprimento das leis trabalhistas.
Falta de afeto, vínculo e intimidade com o parceiro, relação violenta.	Não demonstra ter sonhos nem perspectivas, fala sobre frustração e vazio por ter sido abandonada e não conhecer seus pais.	
Filha abusada na infância	Relata episódios de agressão física.	
Tentativa de suicídio na adolescência	Se sente sobrecarregada com as tarefas doméstica	
	Frustrada, principalmente após a morte do seu filho.	

Quadro 1: Necessidades identificadas.

Considerando-se as privações às quais foi submetida desde tenra idade, evidencia-se a necessidade de ação dos profissionais de saúde, de forma direta, com o intuito de identificar os principais fatores de risco para a imigrante e sua família, visando estratégias que possibilitem a promoção da qualidade de vida dos membros da família, prevenindo assim maiores danos.

4.2 Experiência vivenciada diante a violência durante o período gravídico-puerperal

A partir da análise da transcrição das entrevistas, extraiu-se o conteúdo de maior impacto e que melhor permite a análise das situações de violência. Dentro das análises realizadas, há destaque para os discursos de situações violentas, perpassando algumas categorias definidas de acordo com o Ministério da Saúde (2001), porém há de se destacar as situações de violência intrafamiliar. De acordo com Acnur (2011), as mulheres imigrantes estão mais expostas à violência doméstica e intrafamiliar, principalmente por se encontrarem diante de uma situação de falta de conhecimento dos seus direitos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Por sua vez, a violência oriunda do universo familiar pode estar intimamente relacionada à violência de gênero, a partir da cultura patriarcal, estabelecendo relações hierárquicas desiguais de gênero, associando o feminino à fragilidade e submissão (BANDEIRA, 2014).

Compreende-se que as situações descritas acima indicam um dos tipos de violência intrafamiliar perpetrada pelo marido. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2001), a violência pode ser classificada em subtipos: violência física; violência sexual; violência psicológica; violência econômica ou financeira e/

ou violência institucional.

A violência psicológica muitas vezes não é identificada sequer pelo autor ou vítima, sendo um dos tipos de violência de maior dificuldade para a percepção dos profissionais de saúde, seus efeitos são tão prejudiciais quanto aos outros tipos de violência, podendo desencadear distúrbios graves na vítima (BRASIL, 2001).

“Está bem, estamos felizes. Estávamos discutindo, por conta da minha cunhada que estava morando na mesma casa. (...) Tivemos uma discussão muito forte (ela estava grávida)”(G.)

“Eu tenho medo, porque ele é um pouco assim, torpe? violento. agressivo.” (G.)

“o dia que minha pequena deu um soco na boca dele, brincando, isso é porque você bateu na minha mãe. Deu um soco eu não sei com que força, mas deixou saindo sangue dele” (G.)

A violência contra mulheres é aprendida no desenvolvimento social, e praticada na vida adulta, sendo caracterizada como uma expressão socialmente aceita no universo masculino. Tal naturalização contribui para a dificuldade em romper a relação violenta, manifestada, dentre outros motivos, na esperança de mudança de comportamento do agressor, dependência afetiva e econômica (BANDEIRA, 2014).

“Ele pegou no meu cabelo..puxou na primeira vez, não fiz nada, na segunda continuou, me deu um puxão de cabelo me bateu e na terceira eu fui embora” porque na terceira eu não consegui me aguentar e peguei uma vassoura, aí quebrei a vassoura nas costas dele. Aí minhas filhas ficaram assustadas...Ele pediu desculpas.” (G.)

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da possibilidade da oferta de um espaço de acolhimento e escuta para esta imigrante no período gravídico-puerperal, foi possível identificar o perfil de produção e reprodução social com a mulher objeto deste estudo, e estendendo-se o diagnóstico para sua família, possibilitando a proposta de intervenções contribuindo para minimizar as vulnerabilidades já implícitas devido o processo de aculturação, falta de domínio da língua, distanciamento da família, bem como as situações de violência sofridas.

Percebeu-se a necessidade de informá-la sobre os seus direitos como imigrante no que tange o acesso à saúde, pois muitas não sabem que o SUS é um sistema universal e independente da situação de legalidade de sua permanência no país elas têm direito de utilizar o sistema de saúde, ressaltando os seus princípios

e o dever de atendimento integral, com a abordagem dos problemas que permeiam o seio familiar.

A violência contra as imigrantes produz impactos culturais, econômicos, trabalhistas e na estruturação familiar. Ademais, percebe-se que essa violência está diretamente ligada ao âmbito estrutural, configurando uma expressão da violência de gênero. Nesse contexto, apresenta-se um grande desafio: instrumentalizar e sensibilizar profissionais da saúde que fazem parte desse contexto, inseridos em uma sociedade que perpetua e normatiza este tipo de violência. No caso deste estudo, a família em questão também faz parte de um grupo marginalizado diante dos direitos sociais desencadeado pela migração. É importante salientar que a violência de gênero sofrida pela mulher independe da cultura, se agrava em locais marcados por construção patriarcal, a imigrante, que já enfrenta várias barreiras como a língua, a dependência financeira e a falta de rede de apoio, fica ainda mais exposta à violência doméstica.

Destaca-se que nesse cenário, os profissionais da saúde tornam-se figuras importantes para a segurança e possibilidade de melhora da qualidade de vida dessas mulheres, pois promovem acolhimento, segurança e cuidado. Portanto, é preciso sensibilizar esses profissionais para que, através de uma atenção humanizado e crítica, ultrapassem as barreiras da assistência voltada para o modelo fisiopatológico e explorem o enredo social que compõe a história de vida dessas mulheres, culminando no incremento da assistência prestada, de forma a quebrar o ciclo de naturalização da violência doméstica.

REFERÊNCIAS

ACNUR. (2011). **Ação contra a violência sexual e de gênero: uma estratégia atualizada**. Disponível em: http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2012/Acao_contra_a_violencia_sexual_e_de_genero. Acesso em: 05 nov. 2020.

ARAÚJO, D. L. et al. **Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto**. Rev. Cient. da Esc. Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”, v. 6, n. 1, p. 74–76, 2020.

BANDEIRA, L.M. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação**. Sociedade e Estado, 29(2), 449-469, 2014. doi: 10.1590/S0102-69922014000200008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CALDAS, J.M.P., **SAÚDE PERINATAL EM IMIGRANTES: ACESSIBILIDADE, OBSTÁCULOS E RESULTADOS** - Relatório Final fevereiro de 2019. Processo FAPESP 2017/21917-0

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone; 1996

HELLER, A. **A filosofia radical**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

OLIVEIRA, O., SALLES, V. **Reprodução social e reprodução da força de trabalho: reflexões teóricas para o estudo do tema**. Mercado e Reprodução Social Cidadania Operária e Ação Sindical, Caderno crh, 4 (14): 7-30, jan.-jun, 1991.

PROCENTESE, F. et al. **Healthcare professionals' perceptions and concerns towards domestic violence during pregnancy in southern Italy**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 16, n. 17, 2019.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. **Saúde perinatal em imigrantes grávidas: compreendendo e intervindo no contexto familiar**. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2018.

SCOTT, R. P. **O homem na matrifocalidade: Gênero, percepção e experiências do domínio doméstico**. Cadernos de Pesquisa, 73, 38-47, 1990.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANELLA, V. G. **Imigrantes Bolivianas em São Paulo: Condições de vida e trabalho**. Revista de Estudos Jurídicos UNESP, v. 19, n. 29, p. 1-20, 2015.

CAPÍTULO 3

SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE ATIVIDADES SOBRE CONSCIENTIZAÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Débora Cristina Modesto Barbosa

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5358434107422288>

Paola Yoshimatsu Izelli

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9724284968500024>

Márcia Isabelle dos Santos

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/3969840026853731>

Renata Miyake Almeida Prado

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1811592341883251>

Pedro Martins Faria

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9719648023238921>

Leonardo Salamaia

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9174712001059211>

Ana Gabriela Machado Nascimento

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4593801298510225>

Ana Paula Raizaro

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão
Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6902337106900691>

Giovanna Cavalcanti Banov

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2726848575142696>

Sofia Banzatto

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9622479549598139>

Daniela Buchrieser Freire

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7137037661993541>

Camila Arruda Dantas Soares

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4866308336279562>

RESUMO: O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. O objetivo foi de contribuir para o aumento da prática de aleitamento materno, através de ações produzidas na Semana Mundial de Aleitamento Materno. Em agosto (agosto dourado), as Unidades de Saúde, Banco de Leite, Maternidades e Instituições de Ensino Superior de Ribeirão Preto, implementam

e desenvolvem ações voltadas à promoção e estímulo ao Aleitamento materno, através de encontros, palestras, capacitações, orientações, divulgação de material educativo. Em 2018, a parceria já consolidada entre Secretaria Municipal de Saúde (Programa de Aleitamento Materno) e universidade (curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto), proporcionaram a atuação mais presente de alunos do curso de medicina (Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade) em ações como: Caminhada, Orientações no espaço do Novo Shopping e USF Jardim Zara. As ações contemplaram: estímulo ao aleitamento materno, orientações, desmistificações, apoio e incentivo ao movimento pró-amamentação. Para isso utilizaram como estratégia: faixas durante a caminhada, placas de mitos e verdades para interação com a população, e frame de apoio a amamentação para fotos. A adesão foi positiva, assim como a avaliação geral da parceria. A implementação de ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Leite Humano. Conscientização. Consórcio de Saúde. Promoção da Saúde.

WORLD BREASTFEEDING WEEK: SUCCESSFUL EXPERIENCES OF ACTIVITIES ON BREASTFEEDING AWARENESS

ABSTRACT: Breastfeeding is the wisest natural strategy of bonding, affection, protection and nutrition for the child and constitutes the most sensitive, economical and effective intervention to reduce child morbidity and mortality. The objective was to contribute to the increase in breastfeeding practice, through actions produced during the World Breastfeeding Week. In August (golden August), the Health Units, Milk Bank, Maternities and Higher Education Institutions of Ribeirão Preto, implement and develop actions aimed at promoting and encouraging breastfeeding, through meetings, lectures, training, guidelines, dissemination educational material. In 2018, the already consolidated partnership between the Municipal Health Secretariat (Breastfeeding Program) and the university (medical course at the University of Ribeirão Preto), provided the most present performance of medical students (Academic League of Primary Care for the Family) and Community) in actions such as: Walking, Orientations in the Novo Shopping space and USF Jardim Zara. The actions included: encouraging breastfeeding, guidance, demystification, support and encouragement for the pro-breastfeeding movement. For this they used as a strategy: banners during the walk, signs of myths and truths for interaction with the population, and support frame for breastfeeding for photos. Adherence was positive, as was the general assessment of the partnership. The implementation of actions to protect and promote breastfeeding and adequate complementary feeding depends on collective intersectoral efforts and constitutes an enormous challenge for the health system, in a perspective of a comprehensive and humanized approach.

KEYWORDS: Breast Feeding. Milk, Human. Awareness. Health Consortia. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é o único método natural de alimentação dos lactentes, além de ser a estratégia que mais previne mortes infantis. A prática do AM está diretamente relacionada à promoção da saúde psicológica, social e física, sendo de fundamental importância as ações dos profissionais de saúde envolvidos neste processo (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno também marca o início de uma alimentação saudável e, isoladamente, é capaz de nutrir, de modo adequado, a criança nos primeiros seis meses de vida. Quando se inicia a introdução de alimentos complementares, a manutenção do aleitamento materno deve permanecer, de forma complementar, pelo menos até os dois anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

São inúmeros os benefícios do AM, assim com suas vantagens, não apenas à saúde da criança, mas também a saúde da mulher, da família, da sociedade e dos serviços de saúde (Quadro 1). O AM favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho, contribui para a economia das famílias, instituições de saúde e sociedade, além de apresentar benefícios nutricionais e imunológicos.

Para a mulher	
<ul style="list-style-type: none">• Menor sangramento pós-parto e, menor incidência de anemias;• Efeito contraceptivo por seis meses (aleitamento materno exclusivo + amenorrea) e, maior intervalo interpartal;	<ul style="list-style-type: none">• Menor prevalência de câncer de mama, ovário e endométrio;• Menos fraturas ósseas por osteoporose;• Recuperação mais rápida do peso pré-gestacional.
Para a criança – crianças amamentadas ao peito apresentam menores índices de:	
<ul style="list-style-type: none">• Mortalidade infantil;• Desnutrição;• Doenças respiratórias;• Necessidade de hospitalização por doenças respiratórias;• Otites;• Diabetes mellitus;• Alergias em geral;• Asma brônquica;• Dermatite atópica;• Rinite alérgica;• Leucemias e linfomas;• Neuroblastomas;	<ul style="list-style-type: none">• Tumores de crescimento;• Parasitoses intestinais;• Diarreias;• Enterocolite necrotizante;• Doença celíaca;• Doença de Crohn;• Colite ulcerativa;• Gastrite / úlcera gástrica;• Doenças crônicas;• Osteoporose;• Aterosclerose e doenças cardiovasculares;• Obesidade;• Síndrome da morte súbita infantil.
Crianças amamentadas ao peito apresentam melhores índices	
<ul style="list-style-type: none">• Acuidade visual;• Desenvolvimento neuromotor;• Desenvolvimento cognitivo;	<ul style="list-style-type: none">• Quociente intelectual;• Desenvolvimento social.

Para família, a instituição e a sociedade	
<ul style="list-style-type: none"> • Economia com alimentação do recém-nascido e em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança; • Redução dos gastos institucionais com aquisição de fórmulas, frascos, bicos artificiais e medicamentos (ocitocina); 	<ul style="list-style-type: none"> • Otimização da equipe de profissionais de saúde com a promoção do alojamento conjunto e eliminação do berçário de recém-nascidos normais; • Redução da poluição ambiental: menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e mamadeiras e menor poluentes..

Quadro 1. Benefícios do Aleitamento Materno para mulher, criança, família, instituição e sociedade (FEBRASGO, 2006, p. 20).

Mas para que todos esses benefícios e vantagens sejam alcançados, é fundamental que as mães recebam informações de como buscar suporte para a prática de amamentar, seja através de grupos, procura de profissionais de saúde ou práticas educativas.

Para elevar as taxas de aleitamento materno, a partir de 1981, foi implantado no Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com o intuito de melhorar os indicadores relativos à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, sobretudo os que estão em UTI neonatal. Este programa reforçava a amamentação como algo natural, biológico, instintivo e inato (MONTEIRO, GOMES, NAKARO, 2006).

Indaga-se os motivos pelos quais os índices no Brasil em relação ao Aleitamento Materno até os seis meses de idade são considerados baixos. No âmbito da formação profissional, a necessidade de reformulação nos currículos no nível de graduação e técnico é imprescindível para uma formação mais crítico-reflexiva (VENANCIO, MARTINS, GIUGLIANI, 2010).

A história da Semana Mundial da Amamentação (SMAM) teve início em 1992 atendendo as necessidades de se otimizar os princípios e metas da Declaração de Innocenti. Desde 1992 a SMAM é comemorada no mundo representando um esforço a mais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento. A Semana Mundial é uma iniciativa da Aliança Internacional de Ação para o Aleitamento (WABA) e desde sua criação, a cada ano vem trabalhando com ênfase em um tema relacionado ao aleitamento materno (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Neste período também são criadas também portarias tornando obrigatório o Alojamento Conjunto em todas as maternidades públicas, criação de Bancos de Leite Humano no Brasil, como um importante elemento do incentivo à amamentação no país. Ao final dos anos 80, lançaram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro), no qual contribuiu para a elaboração da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2017).

1º passo	Ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2º passo	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política.
3º passo	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4º passo	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário.
5º passo	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
6º passo	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista.
7º passo	Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos horas por dia.
8º passo	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9º passo	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes.
10º passo	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

Quadro 2. Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (BRASIL, 2017)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implantada no Brasil em 1992 pelo Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, apoiado pela UNICEF e a OPAS, deram os primeiros passos. A IHAC é resultado dos esforços do PNIAM do MS para informar os profissionais da saúde e público em geral sobre todo o ciclo gravídico-puerperal, apoiar os serviços que promovam o aleitamento materno, trabalhar para adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando e combater a propaganda dos leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (UNICEF, 2013).

A IHAC ganhou novos incentivos financeiros para os hospitais credenciados e inclusão de outros critérios como comprovação de cumprimento à NBCAL (Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes), ter profissional capacitado para a assistência ao binômio mãe-filho no ato do parto, presença de acompanhante no Alojamento Conjunto e apresentar taxa de cesáreas conforme o preconizado (SOUZA, 2013).

Em 1995, o Ministério da Saúde lança a publicação “O aleitamento materno e os municípios”, propondo aos municípios participarem de atividades a favor da amamentação desenvolvidas nos níveis federal e estadual. E no ano 2000, preconiza o Método Canguru, permitindo a humanização do atendimento, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida, tanto da mãe quanto do bebê, diminuindo os índices

de abandono, tão frequentes nos casos de prematuridade (SOUZA, 2013)

E outra criação, por iniciativa nacional foi a implantação em 2008, da Rede Amamenta Brasil, na qual propõe um conjunto de ações visando o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, tendo como base a Educação Permanente em Saúde, voltadas à uma prática integral do Aleitamento Materno (BRASIL, 2009).

Para a realização das atividades da SMAM, os aliados da WABA Brasil, contam com o apoio e parceria do Ministério da Saúde, IBFAN, Secretaria Estadual e Municipal da Saúde, instituições de ensino, maternidades, etc.

A cada ano, há um tema indicado pela WABA diferente, sempre relacionado a proteção da amamentação, sendo em 2018 o tema Amamentação: é a base da vida.

Sendo assim, faz-se necessário, o acolhimento pelos profissionais de saúde à estas mulheres, respeitando suas opiniões e desejos, para apoiá-las durante as decisões referentes ao processo de amamentação.

Desde 1992 a Semana Mundial da Amamentação é comemorada no mundo representando um esforço a mais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento, que contam com o apoio e parceria do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal da Saúde, instituições de ensino e maternidades. As ações de Aleitamento Materno foram implantadas na Secretaria Municipal da Saúde desde 1988, em parceria com o NALMA (Núcleo de Aleitamento Materno) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e hoje abrangem ações diversas, sendo a semana Mundial da Amamentação, uma dessas ações.

O objetivo deste estudo é descrever práticas exitosas produzidas durante a Semana Municipal Aleitamento Materno, em Ribeirão Preto, em 2018. Práticas essas realizadas pela Secretaria Municipal de Ribeirão Preto e Programa de Aleitamento Materno em parceria com os integrantes da Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade do curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto.

2 I ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

Em agosto de 2018, as Unidades de Saúde, Banco de Leite Humano, Maternidades e Instituições de Ensino Superior de Ribeirão Preto, implementaram e desenvolveram ações voltadas à promoção e estímulo ao Aleitamento materno, através de encontros, palestras, capacitações, orientações, divulgação de material educativo.

Todos esses eventos foram desenvolvidos no mês de agosto, seguindo o previsto na Lei 13.435, de 12 de abril de 2017 (BRASIL, 2017), que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno. A proposta é que, no decorrer

do mês de agosto, sejam intensificadas ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, como:

- I. realização de palestras e eventos;
- II. divulgação nas diversas mídias;
- III. reuniões com a comunidade;
- IV. ações de divulgação em espaços públicos;
- V. iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada (BRASIL, 2017, parágrafo único)

A cor dourada faz alusão à definição da Organização Mundial de Saúde - OMS para o leite materno: alimento padrão ouro para a saúde dos bebês.

A programação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em 2018, contou com a colaboração de Instituições de Ensino Superior, sendo que as ações que foram desenvolvidas em parceria com os alunos e docentes vinculados a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade do curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto foram:

- Atividades de aleitamento Materno no Espaço Novo Shopping;
- Aleitamento materno no parque curupira (caminhada);
- Agosto Dourado na USF do Jardim Zara.

Todas as ações seguiram o tema: Amamentação, a base da vida. Esse foi o tema da 27ª Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM-2018). Ao escolher o tema, a ideia é chamar a atenção para a importância vital da amamentação na construção de uma saúde com uma base sólida.

Como base sólida entende-se oferecer à criança no início de sua vida a melhor alimentação possível, que é o leite materno, proporcionando melhor saúde física e mental ao longo da vida, e, assim, contribuir para uma estrutura inicial (base) fortalecida.

Segundo a WABA (Figura 1), o tema é muito pertinente e ressalta: “em um mundo repleto de desigualdades, crises e pobreza, a amamentação é o alicerce da boa saúde ao longo da vida para crianças e mães”.



Figura 1. Objetivos da Semana Mundial da Amamentação em 2018.

2.1 Aleitamento materno no parque Curupira

As atividades realizadas no parque municipal Curupira dão abertura a Semana Municipal da Amamentação.

A caminhada com a participação da população, tem o propósito de mobilizar a população em prol da amamentação.

Com o intuito de estimular essa participação da população, os alunos do curso de medicina da UNAERP, pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, elaboraram e imprimiram uma faixa com o tema da Semana Mundial da Amamentação, datas e objetivos, além da frase: “nós acreditamos, defendemos e estimulamos”.

Eles ficaram responsáveis pela abertura da caminhada (Figura 2), que contou com aproximadamente 200 pessoas.

Foram realizadas duas voltas pelo trajeto do parque, onde os alunos levaram a faixa dando abertura a caminhada e depois fizeram o encerramento da área central do parque, para dar andamento as demais atividades previstas. Foram realizadas diversas atividades pela Secretaria Municipal de Saúde: palestras, apresentação de coral e grupo de teatro.



Figura 2. Alunos do curso de Medicina da UNAERP e pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, abrindo a caminhada da XXVII Semana Municipal de Aleitamento Materno no Parque Curupira, 2018. Ribeirão Preto/SP.

Além da caminhada foi também realizada abordagem de todas as pessoas presentes, com o intuito de entender quais os mitos e verdades sobre aleitamento materno, ainda presente na população. Para tanto foram confeccionados dez cartazes e estimulado as pessoas presentes a escolher um número, ler o que estava escrito e pronunciar se era mito ou verdade e justificar.

A abordagem tinha por objetivo entender melhor os aspectos referentes a importância do aleitamento materno e seu impacto a curto, médio e longo prazo para as crianças, segundo a visão dos pais, responsáveis e pessoas presentes no parque.

No total foram confeccionados cinco mitos e cinco verdades sobre o aleitamento materno, e solicitado que as pessoas se manifestassem e justificassem porque acreditavam ser mito ou verdade. Essa estratégia favoreceu muito a aproximação entre os alunos e os participantes dos eventos, facilitando a abordagem para desmistificação de mitos e fortalecimento de prática exitosas.

Dentre os mitos foram abordados: uso de bebidas alcoólicas para aumentar o leite, leite fraco, desprezar o colostro, amamentação com hora marcada, e cessar amamentação ao voltar a trabalhar e dentre as verdades: amamentação livre demanda, aleitamento materno exclusivo até seis meses e completar até dois anos ou mais, cuidados com a mama, ordenha, revezamento das mamas.

Todas as participantes puderam relatar suas experiências, dúvidas e preocupações.

Essa dinâmica foi muito produtiva, pois proporcionou grande aproximação das pessoas presentes, ajudou a transpor a vergonha e desinteresse das pessoas, e ajudou a ter maior clareza sobre mitos que ainda estão presentes na população, assim como verdades que ainda não são tão entendidas ou já estão bem consolidada. Essa abordagem foi importante para que as orientações fossem mais direcionadas, sem ser repetitivas ou descontextualizadas.



Figura 3. Alunos do curso de Medicina da UNAERP e pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, com os cartazes de mitos e verdade na XXVII Semana Municipal de Aleitamento Materno no Parque Curupira, 2018. Ribeirão Preto/SP.

Graças a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e o Programa de Aleitamento Materno (PALMA), entes organizadores da Semana Municipal do Aleitamento Materno, os integrantes da liga puderam realizar todas as atividades descritas e também receberam camisetas, ficando assim melhor a identificação junto a população presente e sendo mais uma forma de divulgar a Semana Municipal do Aleitamento Materno.



Figura 4. Alunos do curso de Medicina da UNAERP e pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, com camisetas da XXVII Semana Municipal de Aleitamento Materno no Parque Curupira, 2018. Ribeirão Preto/SP

Outra atividade realizada foi foto no quadro eu apoio a amamentação (Figura 5).



Figura 5. Alunos do curso de Medicina da UNAERP e pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, com camisetas da XXVII Semana Municipal de Aleitamento Materno no Parque Curupira, 2018. Ribeirão Preto/SP.

A ideia foi estimular as pessoas realizarem uma foto com esse quadro, postar nas redes sociais e usar a hashtag #euapoiouamamentação. Todas as pessoas eram convidadas a realizar a foto, compartilhar em sua rede social e tê-la divulgada na página da liga, após autorização de divulgação de imagem.

2.2 Atividades de aleitamento Materno no Espaço Novo Shopping

Foi cedido uma sala no novo shopping Ribeirão Preto para abordagem do aleitamento materno. Nessa sala, foi montado um espaço com várias histórias sobre aleitamento materno, utilizado os cartazes de mitos e verdades e o quadro eu apoio a amamentação. As pessoas que passavam pelo local recebiam informações sobre aleitamento materno, assim como podiam simular situações referentes a pega e posicionamento do bebê (Figura 6).



Figura 6. Alunos e docente do curso de Medicina da UNAERP e pertencentes a Liga Acadêmica de Atenção Básica à Família e Comunidade, na XXVII Semana Municipal de Aleitamento Materno no espaço do Novo Shopping Ribeirão Preto, 2018. Ribeirão Preto/SP

2.3 Agosto Dourado na USF do Jardim Zara

As gestantes e puérperas cadastradas na USF Jardim Zara foram convidadas a participar da roda de conversa sobre Aleitamento Materno. Foram utilizados os mesmos recursos das atividades descritas anteriormente, mas para essa população específica. Compareceram 10 gestantes e puérperas.

Os alunos conseguiram junto aos comerciantes kits (roupas, produtos de higiene) que foram sorteados após a discussão. Participaram também os Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras e gerente da unidade de saúde.

3 | RESULTADOS

As ações produzidas pelo município proporcionaram a participação da comunidade e universidades, favorecendo a formação de alunos mais coerentes com a realidade apresentada, e a aproximação das pessoas da comunidade a esses eventos.

A caminhada favoreceu o envolvimento com as pessoas e a universidade, proporcionando a promoção da amamentação como parte da nutrição e da segurança alimentar, de uma forma ativa e dinâmica, onde todos os presentes participaram da caminhada, e levantaram a bandeira pró- amamentação.

A ação no novo shopping, proporcionou informar as pessoas sobre como a amamentação está ligada à nutrição, segurança alimentar e redução da pobreza, consolidando conceitos certos e desmistificando dúvidas e inverdades ainda presentes na população, incentivando o movimento pró-amamentação.

A atividade realizada na USF do Jardim Zara reforçou a ideia de que ações integradas e intersetoriais podem surtir mais efeito na população.

Esses resultados mostram que as parcerias são fundamentais para alcance dos resultados esperados, e que tanto município quanto universidade estão engajados em proporcionar melhoria nos indicadores de aleitamento materno, principalmente o exclusivo, ancorando a amamentação dentro da agenda de ações e seguindo os objetivos da semana mundial de amamentação 2018. A população aderiu, gostou e parabenizou todas as atividades realizadas, tanto que todos aceitaram tirar as fotos em prol da amamentação. O mesmo ocorreu com os profissionais da unidade de saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A campanha contribui significativamente para ampliação de acesso ao exame a pessoas que nunca tinha realizado, assim como sensibilização de alunos e colaboradores sobre a importância do exame.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília. Ministério da Saúde; 2009.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Texto contexto-enferm.** 2006; 15(1): 146-50.

RIBEIRÃO PRETO. Encontro municipal de Aleitamento Materno de Ribeirão Preto. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação:** alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo; 2006.

SOUZA, A. I. J. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [Internet]. Brasil. 2013.

VENANCIO, S.I.; MARTINS, M.C.F.N.; GIUGLIANI, E.R.J. Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização. **RevEletronTempus.** 2010; 4(4): 129-41.

CAPÍTULO 4

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM CATADORAS DE LIXO: UM DESAFIO PARA A EQUIDADE

Data de aceite: 01/12/2020

Leticia Almeida de Assunção

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 2567448347944023

Angélica Menezes Bessa Oliveira

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 9239313776523929

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 3704858969449077

Luiz Euclides Coelho de Souza Filho

Universidade da Amazônia (UNAMA)
Belém- PA
ID Lattes: 4528716552599754

Alzinei Simor

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 3796398968280123

Alzinei Simor Filho

Faculdade Integrada da Amazônia (FIBRA)
Belém- PA

Alexandre Pontes Simor

Faculdade Integrada da Amazônia (FIBRA)
Belém- PA

Flávia Luciana Pinheiro de Souza Pinto Martins

Universidade da Amazônia (UNAMA)
Belém- PA

Erika de Cássia Lima Xavier

Universidade da Amazônia (UNAMA)
Belém- PA
ID Lattes: 5848075892003696

Adrienne de Cássia Monteiro da Rocha

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 2971429525383260

Juliana Rosário de Moraes

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 1587142347050773

Maria Margarida Costa de Carvalho

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém- PA
ID Lattes: 0099807168553607

Alda Lima Lemos

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém- PA
ID Lattes: 5400015733386803

RESUMO: O câncer do colo do útero é o terceiro câncer mais frequente na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama e o colorretal, e é a quarta causa de morte de mulheres no Brasil (INCA, 2019) Neste contexto, a equidade é um desafio, visto que os aspectos que envolvem grupos em vulnerabilidade, influenciam diretamente na saúde e qualidade de vida de algumas comunidades. Este estudo teve como objetivo orientar um grupo de mulheres catadoras de lixo quanto à prevenção do câncer de colo uterino, bem como conhecer as

principais dificuldades quanto ao acesso a este exame, a fim de promover a equidade ao acesso deste grupo aos serviços de saúde. Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência de uma equipe multidisciplinar que atua na atenção básica em uma comunidade da região metropolitana de Belém, Pará, cujo público-alvo foram vinte e cinco mulheres catadoras de lixo. Utilizou-se de tecnologias ativas através de roda de conversa para tratar sobre a importância da realização do exame Papanicolau. Os resultados apontam a falta de informações acerca do exame preventivo; a busca de informações em fontes não seguras; a falta de discrição por parte dos profissionais que realizam o exame; a dificuldade de acesso ao exame Papanicolau. A saúde e a doença constituem um processo determinado por fatores sociais, econômicos e culturais, portanto, para a integralidade das ações faz-se necessário a adoção de novas estratégias e métodos, para que o acesso a informações e a consolidação de boas práticas de saúde sejam garantidas na saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Exame Papanicolau; Grupos vulneráveis; Saúde da mulher; Equidade em Saúde.

HEALTH EDUCATION AS A TOOL FOR THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN WASTE COLLECTORS: A CHALLENGE FOR EQUITY

ABSTRACT: Cervical cancer is the third most common cancer in the female population, second only to breast and colorectal cancer, and is the fourth leading cause of death in women in Brazil (INCA, 2019) In this context, equity is a challenge, since the aspects that involve groups in vulnerability, directly influence the health and quality of life of some communities. This study aimed to guide a group of women waste pickers regarding the prevention of cervical cancer, as well as to know the main difficulties regarding access to this exam, in order to promote equity in the access of this group to health services. It is an experience report about the experience of a multidisciplinary team that works in primary care in a community in the metropolitan region of Belém, Pará, whose target audience was twenty-five women waste pickers. Active technologies were used through a conversation wheel to address the importance of performing the Pap smear. The results indicate the lack of information about the preventive exam; the search for information from insecure sources; the lack of discretion on the part of the professionals who perform the exam; difficulty accessing the Pap smear. Health and disease are a process determined by social, economic and cultural factors, therefore, for the integrality of actions, it is necessary to adopt new strategies and methods, so that access to information and the consolidation of good health practices guaranteed in women's health.

KEYWORDS: Pap smear; Vulnerable groups; Women's health; Health Equity.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é causado por uma infecção persistente por alguns tipos de papiloma vírus (HPV), em alguns casos podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Este é o terceiro câncer mais frequente na

população feminina perdendo apenas, para o câncer de mama e o colorretal, e é a quarta causa de morte de mulheres no Brasil (INCA, 2019)

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Este tipo de câncer tem uma longa história desde seu início, até seu estágio mais avançado e se diagnosticado precocemente pode ter a chance de cura de até 100%. (INCA, 2019)

A cada ano, mais de meio milhão de mulheres são diagnosticadas com câncer do colo do útero e a doença resulta em mais de 300.000 mortes em todo o mundo. A doença é amplamente evitável, aproximadamente 90% dos cânceres do colo do útero ocorrem em países de baixa e média renda que não possuem programas organizados de triagem e vacinação contra o HPV. O tratamento depende da extensão da doença no diagnóstico e dos recursos disponíveis localmente, e pode envolver histerectomia radical ou quimiorradiação, ou uma combinação de ambos (COHEN, *et.al* 2019)

De acordo com Stoessié (2015), as populações vulneráveis são aquelas que têm mais risco a desenvolver doenças, devido às condições de moradias, exposições à riscos, estilos de vida e trabalho, dentre outros. A relação entre fatores que influenciam a saúde e a vulnerabilidade nas populações carece de atenção das equipes de saúde, pois é importante reconhecer os aspectos de vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade a fim de criar oportunidades de intervenção e mudança. (RICHARD *et.al* 2016)

Dentro desse contexto, em um cenário de vulnerabilidade e exclusão social, faz-se necessário investigar as necessidades das catadoras de lixo, grupo populacional ainda muito negligenciado por autoridades públicas. As condições de trabalho deste grupo envolvem a condição de pobreza extrema e exclusão social, que são fatores que afetam a qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Nessas circunstâncias é necessário pensar em ações e estratégias de saúde que envolvam este grupo, de acordo com as suas necessidades particulares, e um desafio para os profissionais oferecer não apenas cuidados técnicos, mais assistência integral que possibilite a promoção da saúde⁴.

Segundo Lopes e Ribeiro (2019) diante do cenário brasileiro com o número considerável de casos de câncer de colo de útero, é necessário além da humanização e acolhimento às mulheres, especialmente as que estão em situação de risco, que haja ações de prevenção e promoção à saúde, e aproximação da equipe de saúde a esses grupos, para que possibilite a prevenção, detecção precoce do câncer e integralidade nos serviços de saúde.

Walsh *et.al* (2010) afirma que a equidade é um desafio, visto que os aspectos que envolvem grupos em vulnerabilidade como a falta de informações, dificuldade

nos acessos aos serviços, acesso aos mecanismos de prevenção, influenciam na saúde e qualidade de vida de algumas comunidades. Outro fato é a dificuldade no acesso ao serviço de saúde, seja por uma questão geográfica, por uma postura antiética por partes dos profissionais de saúde ou pela indisponibilidade do serviço, sendo estes os principais fatores que dificultam a detecção e prevenção do câncer cervical.

Todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso aos serviços de saúde, contudo de acordo com o princípio da equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), grupos diferentes têm necessidades diferentes, e com isso os esforços devem ser voltados de acordo com a necessidade e contexto de cada grupo (GADELHA, 2018)

A região metropolitana de Belém, Pará, pertencente a região amazônica, apresenta vários depósitos de lixo a céu aberto, denominado lixão, sendo portanto, áreas que apresentam diversas situações de risco à saúde da população que ali trabalha e reside e que carecem de atenção diferenciada.

Assim, este estudo teve como objetivo orientar um grupo de mulheres catadoras de lixo quanto à prevenção do câncer de colo uterino através da realização do exame Papanicolau, bem como conhecer as principais dificuldades quanto ao acesso a este exame, a fim de promover a equidade ao acesso deste grupo aos serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência de uma equipe de saúde multidisciplinar de uma unidade básica de saúde, ocorrida no mês de março de 2019, em uma comunidade da região metropolitana de Belém, Pará, onde está situado um grande depósito de lixo à céu aberto. O público-alvo foram vinte e cinco mulheres que trabalham direta ou indiretamente com a coleta de lixo.

O método foi desenvolvido através das tecnologias ativas, que selecionou a roda de conversa para tratar sobre a importância da realização do exame Papanicolau, em que foram utilizados materiais audiovisuais com imagens ilustrativas que explicavam sobre a importância da prevenção, quando se deve fazer o exame, técnicas de realização do exame e sinais e sintomas do câncer de colo uterino. Logo após, foi feita uma roda de conversa sobre quais as dificuldades ao acesso ao exame preventivo e esclarecimento de dúvidas das participantes sobre o tema.

O local onde ocorreu a ação foi em uma escola municipal de ensino fundamental, em que uma vez ao mês ocorrem reuniões apenas com as mulheres da comunidade que trabalham com a coleta de lixo, pois são integrantes de uma Organização Não Governamental (ONG) voltadas aos catadores de lixo. Aproveitou-

se esse momento para abordar as mulheres quanto esta temática. A abordagem foi feita pelas acadêmicas de enfermagem do sétimo semestre, orientadas por uma docente do componente curricular Saúde da Mulher na Atenção Primária.

Houve uma boa aceitação pelo público-alvo, pois nesse sentido, mostraram-se bastante participativas e demonstraram curiosidades sobre o tema e relataram as situações que vivenciaram no seu dia-a-dia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontam os principais pontos levantados a partir das falas na roda de conversa:

Motivo
1- Falta de informação suficiente sobre o exame preventivo.
2- Busca de informações em fontes não seguras
3- Falha na discricção no momento da realização do exame
4- Dificuldade de acesso ao serviço

TABELA 1: Principais motivos que dificultam o acesso ao serviço

Fonte: Fonte Própria

A CATEGORIA 1: INFORMAÇÕES ACERCA DO HPV E DO EXAME PAPANICOLAU

A falta de informações acerca do exame preventivo ficou evidente durante a roda de conversa, devido a vários questionamentos e receios em relaizar o exame preventivo ou até mesmo em relação a vacinação de HPV, o que pode estar diretamente relacionado a baixa escolaridade, visto que, das vinte e cinco mulheres participantes, constatou-se que vinte eram analfabetas, dezessete concluíram os estudos até o ensino fundamental.

A baixa adesão ao exame Papanicolau na rede pública de saúde no Brasil, vem corroborar com este estudo que expõe as muitas dificuldades enfrentadas pelas mulheres catadoras de lixo da região amazônica, o que exige um maior investimento em ações de prevenção e promoção à saúde, que são estratégias fundamentais, reforçando sinais e sintomas de alerta que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos, é fundamental que os

processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. (AGUILAR & SOARES, 2015)

O primeiro item ou motivo que ficou evidenciado foi a falta de informações suficientes por parte das mulheres, foi constatado através das principais perguntas que foram realizadas por elas durante a roda de conversa com perguntas como: como era feito o exame, se pagariam algum valor para realizar o exame, se sentiriam dor ao realizar o exame, qual era a real importância de realizar o exame periodicamente, se através do exame ela pudesse ter a sua intimidade exposta, através de falhas éticas cometidas pelos profissionais.

Segundo Zoboli; Fracolli & Granja (2010) o princípio da equidade norteia as políticas de saúde pública brasileira, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças. No Sistema Único de Saúde (SUS) a equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade.

A CATEGORIA 2: BUSCA DE INFORMAÇÕES EM FONTES NÃO SEGURAS

Com relação ao segundo item, a busca de informações em fontes não seguras, as mulheres relataram que procuram como fonte de informações sobre o tema em questão, os relatos de outras mulheres, principalmente as de suas famílias, sendo predominantemente estes conhecimentos passados de geração em geração.

Segundo Ginsburg *et.al* (2017), o câncer do colo do útero afeta as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, traçando perfis de morbimortalidade evitáveis e que conjecturam a iniquidade em saúde; O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada território deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis.

Diante de um público em que a maioria não sabe ler e escrever, muitas são as dificuldades na abordagem a esta clientela, visto que as informações devem ser as mais claras possíveis, havendo a necessidade da utilização das metodologias ativas, visando tornar o cliente o protagonista do seu próprio processo de autocuidado, a partir de um diálogo entre profissional e paciente afim de potencializar as práticas educativas (SIMOM *et.al* 2015)

Barclay e Bowers (2017) afirmam que o fator social também é um determinante

na saúde, sendo que os grupos de analfabetos, possuem grande barreira que é a de comunicação, o analfabetismo dentro da saúde se mostra uma barreira a ser rompida pela enfermagem, e através da educação em saúde, é possível planejar estratégias e métodos facilitadores para a compreensão das mensagens, e conseqüentemente a mudança de hábitos. Apesar disso, a maioria dos recursos eletrônicos de saúde depende não apenas do texto, mas também de complexas leituras e manipulações de texto que podem resultar em piores resultados e menor uso por pacientes com alfabetização reduzida.

A saúde e a doença estão intimamente ligados e constituem um processo determinado por fatores sociais, econômicos e culturais, portanto, a integralidade da atenção é um conjunto de ações e serviços de saúde capazes de garantir a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. É importante que os profissionais de saúde devam ir até essas pessoas afim de levar informações, serviços e tratamento, através de uma abordagem de acolhimento e humanização (CATALYST, 2017)

A CATEGORIA 3: FALHAS ÉTICAS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DURANTE O EXAME

Com relação ao item 3, a falta de discrição por parte dos profissionais de saúde, elas relataram sentir medo de que os profissionais de saúde da unidade de saúde do bairro exponham sua intimidade, visto que a maioria das pessoas se conhecem.

A realidade mostra que menos de 2% das mulheres conseguem ter acesso aos serviços de saúde no que diz respeito à coleta, mesmo sendo uma tecnologia que proporciona baixos custos ao Sistema de Saúde. Para que esse quadro se modifique, é preciso que haja profissional capacitado para atender a população feminina, envolvendo os vários setores que compõem a promoção à saúde, fazendo com que a mulher se mobilize, seja envolvida e participe dessa promoção. Portanto, é possível diagnosticar o Câncer de colo de útero precocemente, ainda em sua fase inicial evitando-se assim que ele invada de maneira abrupta o colo uterino e seus tecidos adjacentes, podendo provocar, por exemplo, o sangramento no ato sexual.

Ferreira (2019) corrobora que a vergonha também foi um sentimento revelado sobre o exame preventivo, com associação desta à sexualidade. A forma como algumas mulheres se manifestaram ao terem que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas.

A CATEGORIA 4: BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com relação ao item 4, a dificuldade de acesso ao exame Papanicolau, as mulheres relataram que demoram nos agendamentos dos exames (em torno de dois a três meses para conseguirem ser atendidas) e a demora na entrega dos resultados (em torno de um a dois meses), o que causava desânimo em procurar realizar o exame.

As organizacionais se relacionam à falta de planejamento e gestão, a características regionais e culturais da população, e as barreiras pessoais se referem à ausência de incentivo e dificuldades para trabalhar com evidências científicas e à falta de capacitação e qualificação profissional. Como recomendação desse estudo, os gestores apontam a necessidade de capacitar a equipe de trabalho, envolvendo profissionais administrativos e os que estão mais próximos da população, como a equipe multiprofissional e agentes de saúde (BECKER; LOCH; REIS, 2018).

Durante a roda de conversa foi incentivado que, apesar da dificuldade e demora do serviço, elas insistissem em procurar fazer o exame, já que ele deve ser realizado uma vez ao ano, tendo em vista todos os benefícios que a prevenção oferece. Após o debate, as mulheres relataram se sentir mais esclarecidas e interessadas em realizar o exame, além de se sentirem mais seguras.

A partir da metodologia aplicada, as participantes tiveram esclarecimento sobre o assunto, e também foram sanadas várias dúvidas, que antes as impedia de realizar o exame. O envolvimento da equipe multidisciplinar da atenção básica como mediadores da atividade de educação em saúde proporcionou o exercício da aplicação dos conhecimentos teóricos ao contexto real, trazendo benefícios a todos os envolvidos, intensificando assim a integração entre ensino-serviço-comunidade.

Com a constatação de que as informações sobre saúde chegam até as mulheres de forma fragmentada ou incompreensível, elas procuram como fonte o relato de outras mulheres, principalmente as de suas famílias. A comunicação entre profissionais e clientela se torna uma barreira, até mesmo para o entendimento, por isso através da metodologia utilizada, com a escuta qualificada e o uso de imagens ilustrativas, conseguiu-se atingir o objetivo deste estudo (BARCLAY & BOWERS; 2017)

As participantes mostraram entendimento sobre o assunto e interagiram bastante com a roda de conversa, expondo suas dúvidas, questionamentos e até mesmo colocando seu ponto de vista sobre as falhas do sistema de saúde no atendimento à população feminina. Para o controle do câncer do colo do útero, o acesso à informação e a redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde são questões centrais, a serem garantidas mediante ações intersetoriais que

elevem o nível de escolaridade e a renda da população, bem como qualifiquem o SUS (TEIXEIRA; PORTO & HABIB, 2012)

Em relação à cobertura em saúde no cenário brasileiro nos deparamos, com um território amplo e diversificado, grupos diferentes e com peculiaridades. Todas essas características devem ser levadas em consideração, no momento em que são prestados os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades. A universalidade se baseia em possibilitar acesso a saúde, de forma igualitária a todos os brasileiros, porém esse objetivo pode falhar no momento em que não são levados em consideração as características e necessidades de cada grupo.

CONCLUSÃO

Na construção de um sistema de saúde que visa como uma de suas diretrizes a universalidade e tem a concepção de que todos os cidadãos tem direito a saúde, é importante que medidas estratégicas sejam tomadas de acordo com a necessidade de cada grupo, a fim de alcançar o objetivo maior de que haja cobertura em saúde por toda população. Mediante a isto, novas estratégias e métodos devem ser pensados, para que o acesso a informações, a consolidação de boas práticas de saúde seja garantida na saúde da mulher.

A equidade visa estabelecer uma igualdade de oportunidades de acesso e cuidado integral entre os vários grupos sociais. Em relação às mulheres catadoras de lixo, é notório vários fatores que contribuem para que haja dificuldade no acesso aos serviços de saúde, como a rotina de trabalho desgastante, a indisponibilidade do serviço em alguns momentos, a exclusão social, a falta de informações, o nível socioeconômico, dentre outros, que são pontos que levam a reflexão se os serviços de saúde tem alcançado todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

RICHARD , L *et al.* Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. **International Journal for equity in health** , [s. l.], 12 abr. 2016. DOI 10.1186/s12939-016-0351-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27068028>. Acesso em: 1 jan. 2020.

AGUILAR , Rebeca Pinheiro; SOARES , Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuários e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Revista Saúde Coletiva** , [s. l.], v. 25, n. 2, p. 359-379, 23 fev. 2015. DOI DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00359.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

CATALYST, N. Social Determinants of Health. **Innovations in care delivery** , [s. l.], 1 dez. 2017. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312>. Acesso em: 26 jan. 2020.

LOPES , Viviane Aparecida Siqueira; RIBEIRO , José Mendes. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** , [s. l.], v. 24, n. 9, Sep 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903431. Acesso em: 1 jan. 2020.

GADELHA , Maria Inez Pordeus. A Assistência Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia** , Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 237-245, Sep 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/13-artigo-de-opinioa-a-assistencia-oncologica-e-os-30-anos-do-sistema-unico-de-saude.pdf. Acesso em: 3 jan. 2020.

INCA , Instituto do Câncer. Câncer do colo do útero. **INCA tipos de Câncer**, [S. l.], p. 1-5, 24 jul. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 9 fev. 2020.

VIEGAS , Anna Paula Bise; CARMO , Rose Ferraz; LUZ , Zélia Maria Profeta. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Revista Saúde e Sociedade** , Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 100-112, Jan Mar 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100. Acesso em: 29 dez. 2019.

FERREIRA , Maria de Lourdes da Silva Marques. MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A NÃO-REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE MULHERES. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem** , São Paulo, v. 13, n. 2, p. 378-84, Abr/Jun 2009. DOI [10.1590/S1414-81452009000200020](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SANTOS , Renata Oliveira Maciel dos; RAMOS , Danielle Nogueira; MIGOWSKI , ARN. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. **Revista Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 25 nov. 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290402>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312019000400600&script=sci_arttext. Acesso em: 30 dez. 2019.

HEENA , Humariya. Knowledge, Attitudes, and Practices towards Cervical Cancer and Screening amongst Female Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. **Journal of Oncology** , [s. l.], 17 out. 2019. DOI <https://doi.org/10.1155/2019/5423130>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jo/2019/5423130/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

GINSBURG , Ophina *et al.* The global burden of women's cancers: an unmet grand challenge in global health. **Lancet** , [s. l.], 25 fev. 2017. DOI [https://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(16\)31392-7](https://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736(16)31392-7). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6191029/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SIMOM, Eduardo *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface-Comunicado, Saúde e Educação** , [s. l.], v. 18, n. 2, p. 1355-1364, 2014. DOI [10.1590/1807-57622013.0477](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601355&script=sci_abstract&lng=pt). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601355&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 31 dez. 2019.

BARCLAY , Paul; BOWERS , Clint. Design for the Illiterate: A Scoping Review of Tools for Improving the Health Literacy of Electronic Health Resources. **SAGE Journal** , [s. l.], 28 out. 2017. DOI <https://doi.org/10.1177%2F1541931213601620>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1541931213601620>. Acesso em: 30 dez. 2019.

STOESSIÉ , Phillippe *et al.* Risk Factors and Current Health-Seeking Patterns of Migrants in Northeastern Mexico: Healthcare Needs for a Socially Vulnerable Population. **Frontiers in Public Health** , [s. l.], v. 3, 6 ago. 2015. DOI <https://dx.doi.org/10.3389%2Fpubh.2015.00191>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526788/>. Acesso em: 1 jan. 2020.

TEIXEIRA , Luiz Antonio; PORTO , Marco; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cadernos de Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-80, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf. Acesso em: 8 fev. 2020.

ZOBOLI , Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI , Lislaine Aparecida; GRANJA , Gabriella Ferreira. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. **Revista Bioethikos** , [s. l.], v. 4, n. 2, p. 180-188, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/180a188.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

WALSH, J *et al.* What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. **BMC Health Services Research** , [s. l.], 20 maio 2010. DOI 10.1186/1472-6963-10-132. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482884>. Acesso em: 30 dez. 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 28/10/2020

Bibione Tercia de Oliveira Silva

Universidade Tiradentes
Junqueiro - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/4234812697136718>

Michelle Santana Prata

Universidade Tiradentes
Aracajú - Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/6533867462952088>

Derijulie Siqueira de Souza

Universidade Tiradentes
Aracajú - Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/6877745925746690>

RESUMO: O Recém Nascido (RN) é considerado com até 28 dias de vida. O RN a termo possui Idade Gestacional (IG) entre 37 e 41 semanas e 6 dias, com boa vitalidade, capacidade de sucção, controle térmico, peso superior a 2000g, ápgar maior que seis no quinto minuto de vida está apto para o Sistema de Alojamento Conjunto (SAC). O Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar no qual o RN sadio, após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia até a alta hospitalar, onde são prestados os devidos cuidados de enfermagem e orientação à genitora sobre a saúde do binômio mãe-filho. Objetivou-se com esse trabalho analisar e incluir as evidências relacionadas à assistência prestada ao Recém Nascido, assim como a puérpera, no Alojamento Conjunto. Esse

estudo trata-se de uma revisão integrativa de materiais produzidos e sistematizados, no qual foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, BIREME, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde; MEDLINE, BDNF, publicações do Ministério da Saúde, Periódicos da Capes e Acervo da Biblioteca Central Jacinto Uchôa. A partir dos estudos foi possível analisar que os cuidados mais prevalentes foram: higiene do Recém Nascido, promoção do aleitamento materno, termorregulação, troca de fraldas e cuidado com o coto umbilical, educação em saúde, promoção de vínculos, lavagem das roupas e produtos utilizados, promoção das ações multiprofissionais, prevenção de eventuais problemas, exame físico, avaliação do estado geral do RN, higiene oral pós-mamada, imunização, puericultura e o banho de ofurô. Dessa forma, os estudos que possuem cuidados propriamente ditos, não são detalhados e exclusivos, têm mínimos ou apenas um cuidado e não há evidências científicas que tratem dos cuidados gerais no Alojamento Conjunto, e diante da relevância da temática, nota-se a carência de pesquisas atuais sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Recém Nascido. Alojamento Conjunto.

NURSING ASSISTANCE IN ACCOMMODATION

ABSTRACT: The Newborn (RN) is considered to be up to 28 days old. The term NB has a Gestational Age (GA) between 37 and 41 weeks and 6 days, with good vitality, suction capacity, thermal control, weight greater than 2000g, agar greater than six in the fifth minute of life is fit for

the Joint Accommodation (SAC). Joint Accommodation (AC) is a hospital system in which the healthy NB, after birth, remains with the mother 24 hours a day until hospital discharge, where proper nursing care and guidance to the mother are provided on the health of the child. binomial mother and son. The objective of this work was to analyze and include the evidence related to the assistance provided to the Newborn, as well as the puerperal woman, in the Joint Accommodation. This study is an integrative review of materials produced and systematized, in which the following databases were used: Scielo, BIREME, LILACS, Virtual Health Library; MEDLINE, BDNF, Ministry of Health publications, Capes journals and Central Library Collection Jacinto Uchôa. From the studies it was possible to analyze that the most prevalent care was: hygiene of the newborn, promotion of breastfeeding, thermoregulation, diaper change and care for the umbilical stump, health education, promotion of bonds, washing of clothes and products used, promotion of multiprofessional actions, prevention of possible problems, physical examination, assessment of the newborn's general condition, oral hygiene after breastfeeding, immunization, childcare and the hot tub. Thus, studies that have proper care, are not detailed and exclusive, have minimum or only one care and there is no scientific evidence that deals with general care in the Joint Accommodation, and given the relevance of the theme, there is a lack of current research on the topic.

KEYWORDS: Nursing Care, Newborn, Rooming-in.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme a Portaria Nº 1.016, de 26 de agosto de 1993 do Ministério da Saúde, o termo Alojamento Conjunto (AC), caracteriza-se como um sistema hospitalar em que o Recém Nascido (RN) sadio, após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. No qual é prestada toda assistência necessária, como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho.

A assistência de enfermagem ao RN no Alojamento Conjunto precisa ter: administração da vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) e vitamina K1 (Kanakion), profilaxia com o nitrato de prata a 1%, banho, curativo do cordão umbilical e orientações às puérperas no que diz respeito à amamentação, cuidados de higiene do binômio, lóquiação, repouso relativo e abstinência sexual de trinta a quarenta dias, reconhecimento dos sinais e sintomas de mastite e/ou infecção hospitalar, restrição ao uso de química no cabelo durante a amamentação, atualização permanente do esquema vacinal, entre outros (MS, 2012; BUENO, 2009).

Assim sendo, verificou-se que existem poucas pesquisas a cerca dessa temática específica, a qual trate da assistência de enfermagem em um mesmo artigo. E o objetivo foi analisar e incluir as evidências relacionadas à assistência prestada ao Recém Nascido, assim como a puérpera, no Alojamento Conjunto.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de materiais produzidos, seguindo os critérios da Colaboração *Cochrane e Prisma-Statement*. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro de 2016. Foi realizada a busca de artigos científicos no período de 2008 a 2016, nas seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online); BIREME (Biblioteca Regional de Medicina); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), podendo ser acessado pela Biblioteca Virtual em Saúde; MEDLINE (National Library of Medicine); BDENF (Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem), publicações do Ministério da Saúde, Periódicos da Capes e Acervo da Biblioteca Central Jacinto Uchôa.

Foram incluídos na pesquisa textos disponíveis por completo nas bases de dados e sem restrição de idiomas. Sendo empregados como estratégia de busca para pesquisa os seguintes descritores: Nursing Care infant (Cuidados de Enfermagem), Newborn (Recém Nascido), Rooming-in Care (Alojamento Conjunto). Os operadores booleanos utilizados foram o AND e OR. Excluíram-se os artigos que não estavam na íntegra, àqueles encontrados em mais de uma base de dados ou que não atenderam aos demais critérios de inclusão delineados.

Nas bases de dados foram encontrados 334 artigos, publicados nos últimos dez anos, nos quais, 120 trabalhos estavam duplicados e foram automaticamente excluídos. Dos 214, somente 20 artigos se enquadravam nos critérios de inclusão e de acordo com o tema proposto. Dos 20 resumos selecionados, 13 artigos lidam diretamente com o objeto do trabalho.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para esta revisão integrativa foram selecionados 13 (treze) artigos, os quais tratam, além dos cuidados com o RN no Alojamento Conjunto (AC), de diagnósticos predominantes de enfermagem relacionados à amamentação em AC, intervenções de enfermagem, necessidades das puérperas, satisfação destas quanto à qualidade da assistência prestada, percepções de puérperas adolescentes quanto à assistência de enfermagem, cuidado à puérpera soropositiva no AC, cuidados com o RN no que diz respeito à realização de massagem para alívio de cólicas e gases, e o banho de ofurô.

Foi possível analisar que os cuidados mais prevalentes nos estudos foram em relação à higiene do Recém Nascido (71,42%), a promoção do aleitamento materno, a termorregulação, troca de fraldas e cuidado com o coto umbilical (42,85%), educação em saúde, promoção de vínculos, da saúde, lavagem das

roupas e produtos utilizados (28,57%) a promoção das ações multiprofissionais, prevenção de eventuais problemas, exame físico, avaliação do estado geral do RN, higiene oral após a mamada, imunização, puericultura e o banho de ofurô (14,28%).

Ressalta-se que os 9 (nove) artigos foram elaborados por Enfermeiros (69,23%), 3 (três) artigos elaborados por Enfermeiros e Acadêmicos de Enfermagem (23,07%) e 1 (um) artigo fora elaborado por Médico e Enfermeiro (7,69%). A maior parte dos autores é da área de Enfermagem, demonstrando maior interesse destes profissionais no Sistema de Alojamento Conjunto, considerando-se a participação direta dessa equipe no AC.

Rayner *et al.* (2010), tratam das semelhanças e diferenças na organização e prestação de cuidados pós-natal em hospitais privados comparando com hospitais públicos. As principais diferenças se relacionam com a organização e aspectos estéticos da prestação de serviços. É necessário rever e monitorar a adequação dos níveis de pessoal e desenvolver abordagens alternativas aos cuidados pós-natal. Os autores afirmam essa necessidade e a adequação dos níveis de pessoal a fim de desenvolver abordagens alternativas aos cuidados pós-natal.

Silva *et al.* (2013), abordam os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes relacionados à amamentação em uma unidade de Alojamento Conjunto. O diagnóstico de enfermagem predominante foi Amamentação eficaz, identificado em 65 (78,3%) dos casos, seguidos de Amamentação ineficaz 11 (13,3%) e Amamentação interrompida com 7 (8,4%) dos casos. Concluindo os autores que, os diagnósticos de enfermagem relacionados à Amamentação podem contribuir para que os cuidados de enfermagem possam ser mais direcionados, de modo a promover uma assistência mais qualificada, humanizada e eficaz ao RN e à genitora. No que tange os cuidados ao RN no AC se destaca a promoção e incentivo do aleitamento materno.

Os autores Pasqual *et al.* (2010) afirmam que os grupos de apoio à amamentação, no AC imprimiram grandes mudanças nas políticas fundamentais na assistência ao binômio mãe-filho. Conferi uma série de vantagens para o binômio uma vez que o contato constante torna-se um passo importante para o êxito na amamentação.

Figueiredo *et al.* (2015) apresentam em seu estudo a satisfação das puérperas quanto à qualidade da assistência prestada no AC. Das 351 mulheres entrevistadas, 66% não expressaram reclamação, mas 34% afirmaram. Notou-se satisfação quanto ao acolhimento, equipe multiprofissional, orientações, horários de visitas e insatisfação para os indicadores: estrutura física, privacidade, conforto e ventilação. Visto que, a opinião das puérperas é importante e reflete nas ações, as 16 quais são desenvolvidas no setor saúde, direcionando um planejamento que ofereça serviço de qualidade.

O estudo realizado por Araújo; Signes & Zampier (2012) sobre o cuidado à puérpera com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) /Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), afirmam que a equipe de enfermagem não tem uma abordagem adequada, sendo necessária uma melhor qualificação da Equipe de Enfermagem do AC, principalmente no que se refere à prevenção da transmissão vertical do HIV.

A pesquisa de Ramos *et al.* (2014) alegam a massagem para o alívio de cólicas e gases em Recém Nascidos. O conhecimento das mães acerca de métodos em prol de aliviar cólica e gases foi diversificado. A utilização de medicamentos e chás medicinais demonstrou a forte cultura com relação ao uso de métodos farmacológicos, alopáticos ou fitoterápicos, geralmente, sem a orientação adequada do profissional de saúde. Percebeu-se que algumas mães já conheciam a massagem, mas nem sempre a utilizavam. Diante disso, os Enfermeiros que atuam nos cuidados das mães no AC podem inserir durante suas ações educativas a instrução da massagem, de modo a contribuir para a redução do uso indiscriminado de fármacos e permitir às puérperas que desenvolvam um toque acolhedor, resolutivo e acalentador necessário a criança em situações de dor, além de fortalecer o vínculo mãe/filho.

Em um relato de experiência publicado por Perini *et al.* (2014) sobre o banho de ofurô no AC como uma nova técnica de relaxamento para o RN, o qual após 10 a 15 minutos de imersão no balde de ofurô com água morna de 35 e 37° Celsius e envolvidos por um cueiro, os Recém Nascidos apresentaram-se mais tranquilos. Isso mostra a relevância desse método uma vez que, pode-se observar a cessação do choro o adormecer ao decorrer do banho e encontravam-se mais relaxados após a utilização da técnica.

Um estudo realizado por Almeida *et al.* (2012) a cerca do conhecimento das puérperas sobre os cuidados de higiene prestados ao Recém Nascido no AC em uma maternidade, verificou-se maior conhecimento em relação a frequência do banho e da temperatura da água, sequência de execução do banho, material para higiene íntima, fixação da fralda, frequência da limpeza do coto umbilical e necessidade de higienização oral. Esses cuidados integram-se nas atividades educativas do enfermeiro, o que reforça a relevância da promoção do mesmo.

Dulfe *et al.* (2015) corroboram para os cuidados de enfermagem realizados no AC durante a admissão, permanência e transferência intra-hospitalar. Pode-se observar a realização do exame físico, avaliação do estado geral do RN, aquecimento e ainda orientação às mães para iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. São realizados também temperatura axilar, promoção de aquecimento quando necessário, peso, padrão de eliminações vesico-intestinais, aspiração e as descrições da aparência do coto umbilical. O 18 que

reforça a relevância do enfermeiro nas orientações e informações às mulheres sobre o cuidado de si mesmo e do RN e a supervisão de cuidado.

Costa *et al.* (2013), analisaram os cuidados com RN realizados por puérperas no AC. A maioria das puérperas referiu trocar fraldas após cada evacuação (94,9%) e a cada micção (81,1%). Em relação ao sono dos RNs, 42 (44,8%) puérperas citaram que eles dormiam duas horas seguidas. Em relação à posição no berço, 121 (62,4%) relataram colocá-los em decúbito lateral. Em virtude disso o profissional de enfermagem torna-se fundamental a cerca das orientações prestada as puérperas que devem estar atentos a qualquer alteração com os recém nascidos, além de auxiliá-las e orientá-las em suas necessidades, dúvidas e medos.

Conforme leitura e análise dos artigos observou-se a carência de pesquisas descritivas sobre o tema. Diante disso, o presente estudo propõe a elaboração de Protocolos Operacionais Padrão (POPS), os quais sintetizem e simplifiquem o trabalho da equipe de enfermagem, sobre os cuidados mais prevalentes nos estudos assim definidos: exame físico do RN, avaliação dos reflexos neuropsicomotores do RN, banho e higiene, troca de fraldas, cuidados com coto umbilical, Imunizações e aleitamento materno, promovendo a qualidade e a segurança ao RN e à puérpera no AC. Já que, segundo TOSO *et al.* (2015), os POPS constituem a descrição ordenada do procedimento, permitindo a sequência das ações a serem executadas.

Nota-se que, os estudos que possuem cuidados propriamente ditos, não são detalhados e exclusivos, têm mínimos ou apenas um cuidado e não há evidências científicas que tratem dos cuidados gerais no AC em um mesmo artigo científico. Assim sendo, há carências de pesquisas descritivas sobre esse importante e peculiar tema.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se através da revisão integrativa que o Alojamento Conjunto se caracteriza como um relevante sistema hospitalar. Pois, ocorre o desenvolvimento de diversos cuidados ao binômio mãe-filho o que torna a necessidade de implementação de protocolos numa maternidade pública para padronizar o cuidado ao RN em Alojamento Conjunto de forma integral.

Os cuidados predominantes nos estudos foram: higiene do recém nascido, promoção do aleitamento materno, termorregulação, troca de fraldas e o cuidado com o coto umbilical.

Assim, é relevante que sejam elaborados protocolos (Protocolos Operacionais Padrão) em prol do atendimento padrão ao binômio mãe-filho no Alojamento Conjunto referentes ao: exame físico do RN, avaliação dos reflexos neuropsicomotores do mesmo, banho e higiene, troca de fraldas, cuidados com coto umbilical, Imunizações

e aleitamento materno, a fim de promover, assegurar a qualidade na assistência e padronizar os cuidados ao RN.

Dessa forma, os estudos que possuem cuidados propriamente ditos, não são detalhados e exclusivos, têm mínimos ou apenas um cuidado e não há evidências científicas que tratem dos cuidados gerais no AC. Diante da relevância da temática, nota-se a carência de pesquisas atuais sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mariza Silva; SILVA, Isília Aparecida. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil**. Rev Esc Enferm USP, v. 42, n. 2, 2008, p. 347-354.
- ARAÚJO, Carla Luzia França; SIGNES, Aline Faria; ZAMPIER, Vanderleia Soéli de Barros. **O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no Alojamento Conjunto: a visão da equipe de enfermagem**. Esc Anna Nery, v. 16, n. 1, 2012, p. 49- 56.
- BRASIL. Ministério da saúde. Norma Básica para implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Portaria N° 1.065, de 26 de agosto de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do Recém Nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2012.
- BUENO, M.; BELLI, M. A. J.; KIMURA, A. F. **Manual de Assistência a Enfermagem Neonatal**. São Caetano do Sul, SP, Difusão Editora, v. 2, 2009.
- COSTA N. S. *et al.* **Cuidados com Recém Nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto**. Cienc. Cuid. Saúde. v. 4, n. 12, p. 633-639 2013.
- DULFE, Paolla Amorim Malheiros *et al.* **O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do Recém Nascido no alojamento conjunto na transferência intra-hospitalar**. J. res.: fundam. care. Online, v. 7, n.4, 2015, p.2287-2297.
- FIGUEIREDO, Mariana da Silva de *et al.* **Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública**. Journal of Research Fundamental Care Online, v. 7, n. 3, 2015, p. 2697-2706.
- PASQUAL, Kelly Karine; DORETTO, Luzmarina Aparecida braccialli; VOLPONI, Mirela. **Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional**. Cogitare Enferm, v. 15, n. 2, p. 334-339, 2010.
- PERINI, Camila *et al.* **Ofuro bath in newborns in the rooming-in center: An experience report**. Journal of Research Fundamental Care Online, v. 6, n. 2, 2014, p.785.
- RAMOS, Elizia Moraes *et al.* **O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em Recém Nascidos**. Rev enferm UERJ, v. 22, n. 2, 2014, p. 245-250.

RAYNER, Jo-Anne *et al.* **A statewide review of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia.** BMC Pregnancy and Childbirth, 2010.

SILVA, Evilene Pinto *et al.* **Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de Alojamento Conjunto.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, n. 66, v. 2, 2013, p. 190-5.

STRIGHT, Barbara R.; HARRISON, Lee-Olive. **Enfermagem Materna e Neonatal.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* **Validação de protocolo de posicionamento de recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Bras. Enferm., 2015.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA DE UM AMBULATÓRIO COM GESTANTES DE ALTO RISCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/10/2020

Thayná Cunha Bezerra

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/4977204629932044>

Leula Campos Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/9698233671828914>

Aimê Villeneuve de Paula Guedelha

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/0836224944118462>

Karen Dutra Macedo

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/4350833896517242>

RESUMO: Durante o pré-natal, a sala de espera representa espaço potencial para a educação em saúde por ser um espaço dinâmico onde, enquanto se aguarda a consulta, o tempo ocioso é ocupado com informações de interesse para mulher e seu acompanhante a respeito da saúde materno-infantil. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de duas enfermeiras residentes

durante atividades de educação em saúde na sala de espera de um ambulatório com gestantes de alto risco. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, resultado da vivência de duas enfermeiras residentes em Saúde da Mulher, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil, entre os dias 01 e 16 de Julho de 2020. Não foi submetido à avaliação de Comitê de Ética, entretanto, durante seu desenvolvimento, foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução 466/12. Na primeira semana, as enfermeiras lançaram mão de bonecos, mesa de apoio, lençóis e fraldas para auxiliar as demonstrações de “Cuidados com o Recém-Nascido”. Como a temática da segunda semana foi “Importância do Pré-Natal”, as profissionais desenvolveram a atividade educativa através de perguntas pré-estabelecidas anotadas em pedaços de papel dobrados e colocados dentro de uma caixa, na qual as gestantes puderam interagir sorteando uma pergunta e lendo-a em voz alta. Tais atividades permitiram aproximação e interação entre as enfermeiras e o público, reforçando a importância do pré-natal como oportunidade de esclarecer dúvidas. Percebeu-se a necessidade de utilização de linguagem clara e objetiva para fácil entendimento do público, e que a Sala de Espera é ambiente propício para diálogo e promoção de saúde. A experiência proporcionou às profissionais aperfeiçoar um olhar atento à carência de informação das mulheres no período gravídico-puerperal e que podem ser supridas por meio da atuação nas atividades educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Gravidez de Alto Risco. Cuidado Pré-Natal.

HEALTH EDUCATION IN THE WAITING ROOM OF AN OUTPATIENT CLINIC WITH HIGH-RISK PREGNANT WOMEN: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: During prenatal care, the waiting room represents a potential space for health education because it is a dynamic space where, while waiting for the appointment, idle time is occupied with information of interest to women and their companions regarding maternal and child health. The aim of this study was to report the experience of two resident nurses during health education activities at the waiting room of an outpatient clinic with high-risk pregnant women. This is a qualitative, descriptive, experience report study, the result of the experience of two nurses residing in Women's Health, linked to the Multiprofessional Residency Program in Health at the University Hospital of the Federal University of Maranhão - Maternal and Child Unit, among the 1st and 16th of July 2020. It was not submitted to the evaluation of the Research Ethics Committee, however, during its development, the ethical principles present in Resolution 466/12 were considered. In the first week, the nurses used dolls, a support table, sheets and diapers to assist the demonstrations of "Care for the Newborn". As the theme of the second week was "Importance of Prenatal Care", the professionals developed the educational activity through pre-established questions noted on folded pieces of paper and placed inside a box, in which the pregnant women could interact by drawing a question and reading it out loud. Such activities allowed nurses to approach and interact with the public, reinforcing the importance of prenatal care as an opportunity to clarify doubts. It was noticed the need to use clear and objective language for easy understanding by the public, and that the Waiting Room is a favorable environment for dialogue and health promotion. The experience provided the professionals with perfecting an attentive look at the lack of information of women in the pregnancy-puerperal period and that can be supplied through the performance in educational activities.

KEYWORDS: Health Education, Pregnancy, High-Risk, Prenatal Care.

1 | INTRODUÇÃO

Educação em saúde é compreendida como um processo educativo capaz de gerar e construir saberes em saúde. Seu objetivo é a aquisição do conteúdo pela população, envolvendo práticas que auxiliam no aumento do nível de autonomia das pessoas em relação ao autocuidado (MALTA *et al.*, 2014).

Em sua essência, a educação em saúde foi e é utilizada para o ensino de ações promotoras de saúde, bem como de prevenção. Destaca-se que a Organização Mundial de Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde preconizam a promoção da saúde com foco na educação e saúde dos sujeitos (BRASIL, 2010 a).

Além disso, configura uma importante ferramenta na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, pois a gravidez se trata de um período delicado e gerador de potenciais dúvidas e ansiedade para a futura mãe, pai e familiares de ambos (GUERREIRO *et al.*, 2014).

Durante o pré-natal, a sala de espera representa espaço potencial para a educação em saúde por ser um espaço dinâmico no qual, enquanto se aguarda a consulta, o tempo ocioso é ocupado com informações de interesse para mulher e seu acompanhante a respeito da saúde materno-infantil (SANTOS *et al.*, 2012).

A sala de espera pode ser utilizada para desenvolver ações de promoção de saúde. Apesar de representar um local desagradável na maioria das vezes, podendo gerar angústia, tensão, ansiedade, revolta e comentários negativos sobre o atendimento, as ações de sala de espera objetivam educar os usuários dos serviços de saúde, diminuir o estresse, apoiar, orientar sobre os mitos, amenizar o desgaste emocional e físico da espera por atendimento e detectar problema de saúde (REIS *et al.*, 2014; SATO; AYRES, 2015).

Nesse momento, os usuários encontram oportunidade para conversar, trocar experiências entre si, observar, emocionar-se e se expressar, por meio de um processo interativo de comunicação, além de reforçar troca de conhecimentos e de experiências em grupo (FRIZON *et al.*, 2011; PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011; TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

O Ministério da Saúde prevê como uma das atribuições do enfermeiro a realização de atividades de educação em saúde, seja de forma individual ou coletiva, podendo ser realizada na sala de espera, por exemplo. Cabe, portanto, ao enfermeiro orientar gestantes e suas famílias sobre o ciclo gravídico-puerperal durante o pré-natal. A educação em saúde é um processo pedagógico de transferência em saúde do profissional para o indivíduo, sendo um componente dos cuidados do enfermeiro como educador (BRASIL, 2012 a; DARÓS *et al.*, 2010).

Como a sala de espera propicia maior aproximação entre a população e os serviços, nesse local os profissionais, em especial o enfermeiro, têm espaço privilegiado para desenvolver atividades de educação em saúde com a finalidade de prevenir agravos e promover o bem-estar da população. Tais ações contribuem para um atendimento de maior qualidade, mais acolhedor, garantindo assim atendimento mais humanizado (RODRIGUES *et al.*, 2008).

As práticas educacionais na sala de espera são relevantes para o vínculo entre a equipe de saúde e usuários, promovendo aproximação da comunidade com os serviços de saúde. Esse é um espaço de diálogo e debate que ajuda no estreitamento das relações, sendo um importante alicerce no cuidado humanizado (REIS *et al.*, 2014).

Dada a relevância do tema, a maioria dos serviços de pré-natal de atenção

básica e ambulatorial tem promovido programas de atividades de educação em saúde em sala de espera para encaminhar um atendimento humanizado momentos antes da consulta (MAZZETTO *et al.*, 2020). Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de duas enfermeiras residentes durante atividades de educação em saúde na sala de espera de um ambulatório com gestantes de alto risco.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência. A pesquisa de campo qualitativa propõe a exploração do universo de significados e sentidos, de valores, atitudes, crenças, ou seja, da realidade social. O trabalho de campo permite o vínculo entre o pesquisador e realidade sobre a qual se propôs a estudar, e o estabelecimento de interação com os “atores” que conformam a realidade, construindo um conhecimento empírico importante para quem faz a pesquisa social (MINAYO, 2016 *apud* MAZZETTO *et al.*, 2020).

Este trabalho é resultado da vivência de duas enfermeiras residentes em Saúde da Mulher, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil (HUUMI), entre os dias 01 e 16 de Julho do ano de 2020.

Por se tratar de uma maternidade de alta complexidade, o HUUMI é referência para gestantes de alto risco dos distritos Centro, Bequimão, Itaqui-Bacanga e Coroadinho, além dos municípios de Alcântara e Raposa, da Grande São Luís (MA).

As gestantes de alto risco são atendidas no ambulatório do Pré-Natal Especializado (PNE), que conta atualmente com uma sala de recepção, duas salas de espera e cinco consultórios, sendo um deles destinado às consultas de enfermagem. O funcionamento do ambulatório é de segunda a sexta-feira, das 7h às 12h e das 13h às 19h.

Com base no manual técnico “Gestação de Alto Risco”, do Ministério de Saúde (BRASIL, 2010 b), o HUUMI estabeleceu um protocolo de acesso ao PNE da instituição. Este material direciona as consultas de triagem com as gestantes encaminhadas das unidades básicas de saúde de referência que possuem potencial fator de risco. São atribuições do enfermeiro do PNE: realizar as consultas de triagem, consultas do terceiro trimestre de gestação e ministrar ações educativas, como o “Curso Bebê-a-bá” e as palestras nas salas de espera.

O momento da Sala de Espera acontece durante todos os dias de funcionamento do setor, de 8h às 8h30 da manhã, e das 13h às 13h30 durante as tardes. A cada mês é estabelecido um cronograma com um tema a ser abordado por semana. São grandes temas abordados durante a Sala de Espera: Sinais de

Alerta e Cuidados na Gestaçã, Sinais de Trabalho de Parto, Orientações sobre Alimentaçã, Orientações sobre Amamentaçã, Cuidados com Recém-Nascido (RN), Planejamento Reprodutivo e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Pelo fato de este estudo se constituir num relato de experiênci, não foi submetido à avaliaçã de Comitê de Ética. Entretanto, durante seu desenvolvimento, foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012 b).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de experiênci desempenhando as ações educativas na Sala de Espera, foram abordados os seguintes assuntos: “Manobra de desengargos em RN”, “Posiçã para o RN dormir após as mamadas” e “Ninho para RN” (de 01 a 10 de Julho) e “Importância do Pré-Natal” (de 13 a 17 de Julho), com um total de 128 gestantes, além de alguns acompanhantes.

Enquanto prática durante o pré-natal, a educaçã em saúde pode ser representada por diversas formas, sendo as mais comuns: palestras, grupos de gestantes e ações educativas individuais durante as consultas. A sala de espera é um local propício para o desenvolvimento desse tipo de educaçã por se tratar de um ambiente que favorece as discussões sobre as vivênci dos indivíduos, gerando reflexões e posicionamentos críticos frente às ações de cada pessoa (GUERREIRO *et al.*, 2014; ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

Na primeira semana, as enfermeiras lançaram mão de bonecos, mesa de apoio, lençõis e fraldas para auxiliar as demonstrações de manobra de desengargo no RN, posiçã para o RN dormir e ninho para RN. Inicialmente houve um momento de apresentaçã das profissionais e explicaçã sobre a atividade que seria ministrada. Em seguida, as demonstrações e orientações propriamente ditas, sempre estimulando e incentivando a participaçã do público.

Demonstrou-se disponibilidade e interesse em aprender por parte das gestantes, apesar da timidez inicial. Também houve bastante interaçã entre usuárias e profissionais em alguns momentos, através da entrega de um boneco para que as gestantes reproduzissem a manobra de desengargo após demonstraçã das enfermeiras, bem como ao solicitar ajuda para torcer o lençol usado para fazer o ninho, por exemplo.

Como a temática da segunda semana foi “Importância do Pré-Natal”, as enfermeiras pensaram em realizar a atividade educativa através da dinâmica “caixinha de surpresas”, constituída de perguntas pré-estabelecidas anotadas em pedaços de papel dobrados e colocados dentro de uma caixa, na qual as gestantes puderam interagir sorteando uma pergunta e lendo-a em voz alta. Dessa forma, a

enfermeira que conduzia a atividade repetia a pergunta para que todas ouvissem e dava a chance de resposta inicialmente para as usuárias, respondendo e esclarecendo dúvidas em seguida.

As perguntas presentes na caixa eram: “Qual a finalidade do pré-natal?”, “Qual a diferença entre pré-natal de risco habitual e pré-natal de alto risco?”, “Qual o número ideal de consultas?”, “O que deve ser abordado nas consultas de pré-natal?”, “Quais as áreas de referência para pré-natal do HUUMI?”.

Moura e colaboradores (2014) compreendem a educação em saúde como um processo capaz de manter e elevar o nível de saúde da população e reforça a manutenção de hábitos positivos. Por isso, entende-se que deve estimular o indivíduo a participar do processo educativo.

Esta dinâmica foi um momento muito interessante e rico pois permitiu aproximação e interação entre as enfermeiras e o público, reforçar a importância do comparecimento das gestantes a cada consulta agendada, além de orientá-las a perceber o pré-natal também como uma oportunidade de esclarecer dúvidas e tornarem-se protagonistas deste momento ímpar que é a gestação.

Por permitirem a troca de conhecimento entre o indivíduo e o profissional de saúde sobre o ciclo gravídico-puerperal, as atividades de educação em saúde realizadas durante o período relatado foram de grande relevância. Podem ser realizadas por meio de apresentação verbal ou por meio de instrumentos, como a caixa de perguntas, bonecos, cartilhas e cartazes com figuras autoexplicativas, álbuns seriados, dentre outros (NEVES; MENDES; SILVA, 2015).

Cabe ressaltar que, no decorrer das atividades educativas, as usuárias assinam uma lista de frequência com alguns dados, como nome completo, número do prontuário e idade gestacional. A partir disso, as enfermeiras encaminham para “consulta de enfermagem no terceiro trimestre de gestação” aquelas pacientes com idade gestacional a partir de 28 semanas, e para “consulta pediátrica pré-natal” aquelas com idade gestacional a partir de 34 semanas. Desta forma, a Sala de Espera também é entendida como espaço favorável para captação de usuários para os atendimentos ofertados nos serviços de saúde.

Algumas usuárias aproveitaram a presença das enfermeiras e oportunidade de escuta por um profissional de saúde para ir além da discussão do tema proposto. Expuseram o estresse relacionado ao atraso de alguns profissionais, visto que as gestantes chegavam cedo para as consultas; outras questionavam sobre tratamento de determinada IST; sobre planejamento reprodutivo, trabalho de parto, violência obstétrica, entre outros.

Sob a luz do exposto, o profissional que se propõe a realizar educação em saúde deve ter em mente que a clientela alvo da ação deve ser colocado em primeiro lugar, assim como seus anseios, seus medos, suas necessidades e também

sua realidade. Além disso, deve-se saber olhar, com atenção, para os interesses pessoais de cada um e tentar trabalhar, de forma geral, suas particularidades, por meio de um profissional qualificado, para que toda e qualquer orientação seja efetiva no processo de educação em saúde (SOUZA; BASSLER; TAVEIRA, 2019).

A educação em saúde demonstrou ser uma importante ferramenta para promoção de saúde, durante a qual deve-se estimular o compartilhamento de saberes e a interação entre os usuários. Especificamente no pré-natal, é uma decisão acertada visto que, segundo Souza, Bassler e Taveira (2019), uma mãe bem orientada evita diversos problemas durante a gestação e agravos futuros, como a morte da criança nos primeiros meses de vida.

4 | CONCLUSÃO

A experiência proporcionou às enfermeiras residentes um olhar atento à carência de informação das mulheres no período gravídico-puerperal e que podem ser supridas por meio da atuação nas atividades educativas. Além disso, permitiu às profissionais desenvolver habilidades, aprimorar as competências, e fortalecer o desempenho durante os atendimentos individuais.

Percebeu-se a necessidade por parte das residentes de enfermagem em utilizarem sempre linguagem clara e objetiva para fácil entendimento do público, e que a Sala de Espera de fato é um ambiente receptivo e propício para diálogo e promoção de saúde.

Entretanto, algumas fragilidades, como infraestrutura do ambulatório, interferência de ruídos do setor, pouca interação nos momentos iniciais das atividades educativas e dispersão de algumas usuárias ao serem chamadas para suas consultas evidenciam que as atividades de educação em saúde merecem atenção para o planejamento de ações futuras elaboradas neste sentido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 1996, versão 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. a. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. b. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. a.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, ed. 64, p. 77-86, 2018. DOI 10.1590/1807-57622016.0672. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

DARÓS, D. Z. *et al.* **Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, 2010. DOI 10.5216/ree.v12i2.10355. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a12.htm. Acesso em: 17 jul. 2020.

FRIZON, G. *et al.* **FAMILIARES NA SALA DE ESPERA DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: sentimentos revelados**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, p. 72-78, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a09v32n1.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GUERREIRO, E. M. *et al.* **Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 67, ed. 1, p. 13-21, 2014. DOI 10.5935/0034-7167.20140001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* **A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, ed. 11, p. 4301-4311, nov. 2014. DOI 10.1590/1413-812320141911.07732014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MAZZETTO, F. M. C. *et al.* **Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco**. Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 13, n. 1, p. 93-104, 2020. DOI 10.17765/2176-9206.2020v13n1p93-104. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7433>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MOURA, T. N. B. *de et al.* **Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v. 5, ed. 4, p. 2343-2352, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5558848>. Acesso em: 17 jul. 2020.

NEVES, A. M.; MENDES, L. C.; DA SILVA, S. R. **Práticas educativas com gestantes adolescentes visando a promoção, proteção e prevenção em saúde**. Revista mineira de enfermagem, Belo Horizonte, p. 241-244, 2015. DOI 10.5935/1415-2762.20150019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n1a19.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. **Music therapy in the waiting room in a primary healthcare unit: care, autonomy and protagonism**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 38, p.741-54, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/10.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

REIS, F. V. *et al.* **Educação em saúde na sala de espera - relato de experiência.** Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 24, ed. 1, 2014. DOI 10.5935/2238-3182.2014S004. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/549>. Acesso em: 17 jul. 2020.

RODRIGUES, A. D. *et al.* **Sala de espera: um ambiente de educação em saúde.** Revista de Enfermagem, Frederico Westphalen, v. 4, ed. 4, p. 61-73, 2008. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1135/1609>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. **A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde.** REVISTA PERSPECTIVA, Erechim, v. 35, ed. 129, p. 121-130, 2011. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

SANTOS, D. S. *et al.* **The prenatal care waiting room as a setting for health education.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 36, ed. 1, p. 62-67, 2012. DOI 10.1590/S0100-55022012000300010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a10v36n1s2.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. M. **Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, ed. 55, p. 1027-1038, 2015. DOI 10.1590/1807-57622014.0408. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140408.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SOUZA, E. V. A. de; BASSLER, T. C.; TAVEIRA, A. G. **Educação em saúde no empoderamento da gestante.** Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 13, ed. 5, p. 1527-1531, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238437/32817>. Acesso em: 17 jul. 2020.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, p. 320-325, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

CAPÍTULO 7

ADOLESCENTES GRÁVIDAS RESIDENTES EM ÁREA DE RESSACA: ESTUDO À LUZ DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Data de aceite: 01/12/2020

Katiciane Rufino da Silva

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9031173608075404>

Hiago Rafael Lima da Silva

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4378317750957482>

Kairo Neri dos Santos

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6502617542514718>

Luzilena de Sousa Prudêncio

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9530554407871026>

Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5754933755242793>

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9193622763928241>

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7080095883066477>

Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0995257431964701>

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9646872750954617>

Nely Dayse Santos da Mata

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0529429570261510>

RESUMO: Este artigo analisou, sob a ótica das adolescentes grávidas, a relação entre morar em áreas úmidas, ou seja, áreas de ressaca, e os impactos à saúde destas adolescentes no período gravídico, à luz da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. A amostra foi composta por nove adolescentes grávidas. Os dados foram coletados por meio de um formulário semiestruturado. Analisou-se os dados por meio da Técnica Temático-Categorial de Bardin. Emergiram três categorias: (1) Processo saúde-doença: o contexto de significados relacionado à vivência de uma adolescente grávida residente em área de ressaca; (2) Adolescente residente em área de ressaca: influência do ambiente para a saúde e a gravidez; (3) Fatores ambientais que interferem na saúde da adolescente grávida, com base na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: condições sanitárias das moradias, ruídos, arejamento e aquecimento. Revelou-se que a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, neste contexto, é influenciadora no bem-estar das pessoas, de acordo com o ambiente em que habitam. Na percepção

das adolescentes que moram em área de ressaca, as condições ambientais são desfavoráveis no período gravídico. Com isso, existe a necessidade de intervenções com foco nesse tipo de habitação para promover a saúde das adolescentes gestantes. **PALAVRAS-CHAVE:** Adolescentes; Grávidas; Ressaca; Teoria de Enfermagem.

PREGNANT ADOLESCENTS WHO LIVE IN A ROUGH SEA AREA: STUDY IN THE LIGHT OF FLORENCE NIGHTINGALE'S ENVIRONMENTAL THEORY

ABSTRACT: This article analyzed, from the perspective of pregnant teenagers, the relationship between living in humid areas, that is, rough sea areas, and the health impacts on these adolescents during pregnancy, in the light of Florence Nightingale's environmental theory. This is a qualitative, descriptive study. The sample consisted of nine pregnant adolescents. Data was collected using a semi-structured form. Data was analyzed using Bardin's Thematic-Categorical Technique. Three categories emerged: (1) Health-disease process: the context of meanings related to the experience of a pregnant teenager living in a rough sea area; (2) Adolescent living in a rough sea area: influence of the environment on health and pregnancy; (3) Environmental factors that interfere with the health of pregnant adolescents, based on Florence Nightingale's Environmental Theory: sanitary conditions of the houses, noise, ventilation and heating. It was revealed that Florence Nightingale's Environmental Theory, in this context, influences people's well-being, according to the environment in which they live. In the perception of adolescents who live in a rough sea area, environmental conditions are unfavorable during pregnancy. Thus, there is a need for interventions focused on this type of housing to promote the health of pregnant adolescents.

KEYWORDS: Adolescents; Pregnant women; Rough Sea; Nursing theory.

1 | INTRODUÇÃO

A urbanização e a migração para as cidades levaram a um crescimento demográfico não politicamente planejado, ocasionando aumento de problemas sociais, degradação ambiental, aumento da pobreza urbana, habitações precárias e carência de saneamento básico. Nesse contexto, é possível observar as ocupações ilegais, que, na região Amazônica, também são uma realidade retratada pelas construções em áreas úmidas, conhecidas como "áreas de ressaca". As áreas de ressaca formam as bacias hidrográficas, que recebem as águas pluviais e são lançadas aos rios (TOSTES; DIAS, 2016). Nestas áreas, são construídas moradias em lugares alagados, considerados impróprios para habitação, por contribuírem para a degradação ambiental, resultando, assim, em uma problemática que envolve fatores ambientais, sociais e urbanos (COSTA; SACRAMENTO, 2016).

A construção de habitações em áreas de ressaca é uma prática irregular evidente na cidade de Macapá – AP, sendo um problema social de difícil resolução,

pois a população residente nestes locais apresenta poucas condições financeiras e as áreas apresentam maior facilidade de acesso, ocorrendo a ocupação em locais considerados subnormais para habitação (VALLE; ALVES, COSTA, 2016).

A população que reside nessas áreas de ressaca está exposta a vulnerabilidades, pois tais ambientes apresentam urbanização desordenada. Inseridas neste contexto, estão as adolescentes grávidas, foco deste estudo, que habitam este território por não disporem de outras opções de moradia. Diante do exposto, destaca-se a importância de conhecer o ambiente em que essa população está inserida e qual sua relação com o processo da gravidez na vida dessas adolescentes.

A garantia do direito à saúde da gestante também está relacionada ao ambiente em que ela está inserida. A poluição ambiental e o saneamento inadequado vêm ocasionando grandes danos ao bem-estar da população que se expõe, gradativamente, a riscos de adoecimento associados a modificações na qualidade dos recursos naturais existentes. Nesse contexto, a poluição é uma das principais adversidades que influenciam no processo de saúde e doença de uma pessoa, além de estar intimamente relacionada à privação de boas condições de saúde; em particular, nos grupos mais vulneráveis e carentes (PAIVA; SOUZA, 2018).

As concepções de saúde e doença variam de acordo com a cultura. A sociedade passou por várias evoluções históricas (fisiológica, ontológica) e contemporâneas, com destaque para a década de 70, quando havia uma concepção ecológica, ou seja, para se ter saúde, era preciso mudar o estilo de vida para aquele considerado o mais saudável (BELTRÃO; AGUIAR, 2019). Em 1986, na VIII Conferência de Saúde, houve a ampliação do conceito de saúde, incluindo o ambiente e as condições de moradia neste conceito (SANTOS, 2014; PASTERNAK, 2016).

A busca pela promoção da saúde teve início com Florence Nightingale e sua Teoria Ambientalista, que visava à implementação de meios para a recuperação da saúde de seus pacientes no ambiente em que estavam inseridos, contribuindo para a melhoria e o progresso da saúde destes indivíduos, de acordo com as circunstâncias ambientais (SOUZA *et al.*, 2017).

A preocupação com o meio ambiente relacionada ao cuidado em saúde é uma prática que permeia as ações do profissional enfermeiro, tendo início em meados do século XIX. É pautada na assistência humanizada e apresenta fundamentos sobre as medidas de acompanhamento e controle do ambiente do paciente, inserido neste meio de relações e interações que podem gerar reflexos na saúde e no processo de cura (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Estes pressupostos despertaram inquietações, que conduziram à formulação da seguinte questão norteadora: qual a percepção de adolescentes grávidas sobre o entendimento de sua moradia em área de ressaca e os possíveis impactos à

sua saúde no período gravídico? Diante de tal contexto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção das adolescentes sobre a relação entre morar em área de ressaca e os impactos à sua saúde no período gravídico, baseado na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, subsidiado pela Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. A teoria de Florence, criada no século XIX, na Inglaterra, e explanada no livro *Notas Sobre Enfermagem*, de sua autoria, aponta como foco principal o meio ambiente, que é apresentado com todas as condições e influências externas que podem afetar a vida e o desenvolvimento de um indivíduo, sendo capaz de prevenir, eliminar ou cooperar para a doença e a morte deste indivíduo (NIGHTINGALE, 1989). Nesta mesma obra, a autora apresenta capítulos que abordam a temática de saúde e ambiente, que foram a base na discussão e na realização deste estudo, sendo eles: arejamento e aquecimento, condições sanitárias das moradias, ruídos e iluminação.

A pesquisa foi realizada na Policlínica de uma Universidade Pública Federal do estado do Amapá e nas residências das participantes, localizadas em áreas de ressaca da zona sul de Macapá, que se localiza no extremo Norte do Brasil e faz parte da Amazônia Legal. A pesquisa foi realizada com nove adolescentes gestantes moradoras de área de ressaca (áreas úmidas). Os critérios de inclusão foram: ser adolescente e gestante, residir em área de ressaca em um bairro da zona sul da capital do estado do Amapá, ter idade entre 12 e 18 anos, realizar acompanhamento pré-natal na Policlínica da Universidade Pública Federal, aceitar a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Assentimento, e seu responsável estar de acordo em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes menores de 18 anos. Foram excluídas as adolescentes grávidas que não moravam em área de ressaca.

A coleta de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2018. Foi utilizado um formulário, com entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas e fechadas, gravadas por meio digital, com duração média de 30 minutos. As perguntas fechadas direcionaram-se ao perfil sociodemográfico, e as perguntas abertas foram voltadas para o fenômeno estudado. Utilizou-se o critério de saturação dos dados, pois não emergiram novos elementos nos dados coletados. Em pesquisas qualitativas, a saturação é decisiva para a cessação da coleta de dados e a definição do tamanho da amostra (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A análise dos dados partiu das entrevistas inicialmente transcritas e, em seguida, foram realizadas a organização e a exploração do material, a categorização

do material, o tratamento e a interpretação, utilizando a técnica temático-categorial proposta por Laurence Bardin. A análise de conteúdo descreve-se por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que tem por fim superar incertezas e enaltecer a leitura que, na função investigativa, possibilita explorar e aumentar descobertas (BARDIN, 2013). Portanto, as respostas das gestantes foram agrupadas de acordo com sua similaridade. A partir disso, foram discutidas a partir da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale e de pesquisadores com estudos relacionados à área.

O estudo foi aprovado sob o número 2.865.676. As participantes aceitaram cooperar com a pesquisa e assinaram o Termo de Assentimento, para aquelas menores de 18 anos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para as participantes que tinham idade até 18 anos e para os responsáveis das participantes com idade inferior a esta. Os aspectos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) foram respeitados, mantendo a confidencialidade da coleta de dados e o anonimato das participantes; logo, as falas destas foram identificadas com código alfanumérico que caracteriza a sua faixa etária (A, de Adolescente) e a ordem das entrevistas.

3 | RESULTADOS

A idade das entrevistadas variou entre 14 e 18 anos, e o grau de escolaridade de todas foi o ensino fundamental incompleto. Quanto à situação conjugal, seis relataram união estável (66,6%) e três eram solteiras (33,3%). Quanto à cor, sete se autodeclararam pardas (77,8%) e duas se autodeclararam pretas (22,2%). Em relação à renda familiar, cinco relataram renda menor que um salário mínimo (55,6%) e quatro declararam receber de um a três salários mínimos (44,4%). Todas residiam em casas de madeira, sendo que quatro (44,4%) possuíam casas quatro cômodos e cinco (55,5%), com menos de quatro cômodos. Quanto ao destino final dos dejetos, nove (100%) relataram que estes eram despejados diretamente nas áreas de ressaca e todas tinham acesso à coleta de lixo público.

A partir dos depoimentos das participantes, emergiram três categorias de análises: (1) Processo saúde-doença: o contexto de significados relacionado à vivência de ser uma adolescente grávida residente em área de ressaca; (2) Adolescente residente em área de ressaca: influência do ambiente para a saúde e a gravidez; (3) Fatores ambientais que interferem na saúde da adolescente grávida à luz da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: condições sanitárias das moradias, ruídos, arejamento e aquecimento. Segue a apresentação de cada categoria.

Processo saúde-doença: o contexto de significados relacionado à vivência de ser uma adolescente grávida residente em área de ressaca

Esta categoria analítica objetivou averiguar o entendimento das participantes sobre o significado de saúde e doença, considerando o seu local de moradia. As falas das participantes revelaram que a compreensão sobre o processo de saúde e doença estava voltada para o bem-estar físico, enaltecendo a hegemonia do modelo biomédico, que defende a saúde como uma ação mecanicista que necessita de reparos.

Ter saúde é uma pessoa que é disposta a fazer tudo, [...] se alimentar direito, praticar Educação Física, tudo isso. É uma pessoa não obesa, e nem aquela que está a abaixo do peso, que não fuma, que não bebe, não use drogas também. (A3)

Estar doente é você não estar bem naquele momento, é sentir uma dor que te incomoda, eu acho que é isso [...] é muita dor de garganta, dor de urina [...]. (A6)

É um mal-estar que te leva a não ter disposição para nada, tu não podes fazer nada, não estar disposta, sem energia, não conseguir fazer coisas básicas, com os afazeres de casa. (A8)

É possível reconhecer que há uma conexão complexa quando se versa sobre saúde e doença de um indivíduo, pois é preciso compreender esse acontecimento de uma forma mais oportuna e abrangente. Compreender a subjetividade das grávidas adolescentes residentes em áreas de ressaca é importante para o planejamento de ações que possam minimizar riscos nesse período gravídico.

Adolescente residente em área de ressaca: influência do ambiente para a saúde e a gravidez

Esta segunda categoria analisou de que forma o ambiente habitado pelas participantes tem influência sobre a saúde durante o período gestacional. As narrativas revelaram que o ambiente não é favorável à saúde por expor o binômio mãe e filho a danos. Entretanto, manifestaram o conformismo.

Eu gosto de morar aqui; o que me incomoda é o barulho (caixas de som), o calor insuportável também; quanto ao lixo, me incomoda o mau cheiro, o mau cheiro é muito ruim. E tendo água parada e lixo, há muita produção de mosquitos; isso me incomoda. (A3)

Os sentimentos de insegurança, medo e a preocupação com a contaminação do ambiente, que favorece o surgimento de doenças transmissíveis, também surgiram nas narrativas.

Ao morar aqui, me sinto um pouco mal; eu fico com medo de passar na ponte (passarela) às vezes, eu tenho medo de escorregar na ponte, é muito sujo. Tenho medo de cair e ficar doente, de adquirir uma doença grave; tenho medo de pegar malária, o lago é muito sujo, os carapanãs (mosquitos), a água parada, sacolas plásticas, colabora com aumento dos carapanãs. Tenho medo de pegar uma, adoecer e não dê tempo de tratar direito. (A5)

Eu tenho muito medo de dengue. A gente joga muito lixo no chão e no lago; as pessoas jogam de tudo, como: máquina de lavar roupas velha, baldes, garrafas pet, e é isso que provoca águas paradas e os carapanãs vão deixar lá os ovinhos deles, então, eu fico com muito medo. É muito triste. (A1)

Para um melhor entendimento dos fatores que influenciam na saúde da adolescente grávida, faz-se necessário compreender os princípios que englobam as condições das moradias em que estão inseridas, para a elaboração de medidas que visem à redução dos riscos à sua saúde.

Fatores ambientais que interferem na saúde da adolescente grávida à luz da Teoria Ambientalista de Florence: condições sanitárias das moradias, ruídos, arejamento e aquecimento

A terceira categoria analisou a influência dos fatores ambientais na saúde da adolescente grávida, tendo como referência a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, que é precursora da enfermagem moderna, e tem como legado o princípio de que o ambiente é parte fundamental no processo saúde-doença, e, mesmo depois de tanto tempo da criação de sua teoria, esta ainda se faz muito presente na atualidade, sendo referência para o trabalho da Enfermagem.

A compreensão que se tem sobre o ambiente, enquanto parte fundamental do processo saúde e doença, fez-se marcante no cotidiano das participantes deste estudo, ao relatarem que algumas de suas necessidades humanas básicas são interrompidas, quais sejam: alimentação, sono e repouso, devido ao odor proveniente do lixo depositado a céu aberto, bem como pela contaminação do ar pela queima de lixo e por vizinhos tabagistas. Adicionalmente, percebeu-se que, durante o dia, o ambiente não é tão arejado e o barulho tem sido contínuo, causando desconforto nos momentos de descanso das adolescentes. Tais episódios puderam ser evidenciados nas falas abaixo:

Para eu repousar no estado de gravidez que estou, é muito desconfortável por causa do calor. É muito quente, não bate muito vento. [...]para dormir é muito desconfortável, e a fumaça do cigarro do vizinho incomoda muito. (A3)

É quente, bastante quente, e me incomoda muito o mau cheiro proveniente do lixo que as pessoas jogam no lago, mesmo quando está em época de seca, como agora (refere-se ao ambiente em que mora), eles jogam lá. (A4)

Às vezes, eu não consigo, me aflijo um pouco. Saio para casa da mamãe, volto, fico agoniada, saindo toda hora. Me agonia quando eu como e vou tentar dormir; aí fico com enjoo, vômito, passo mal. É quente, me incomoda muito o calor, o cheiro do lixo me enjoa, de vez em quando o som alto (músicas) que vem dos vizinhos me dá dor de cabeça, aí eu passo mal e fico deitada. (A5)

Para Nightingale (1989), a regra considerada primordial para prestar uma boa assistência parte da premissa de que o ar interno que o indivíduo respira deve ser conservado, tanto quanto o ar externo. Ainda que o ar ambiente se conserve arejado, as pessoas não se preocupam em saber a origem da ventilação. Em algumas residências, as janelas são mantidas fechadas, impossibilitando o arejamento e a circulação de ar, podendo deixar o ar estagnado, mofado e contaminado (NIGHTINGALE, 1989). Questionadas se já adoeceram no período da gravidez, uma participante relatou:

A temperatura é muito elevada, horrível. À tarde tu não consegues deitar para descansar a mente e o corpo, não bate vento. [...] algumas casas o banheiro tem uma encanação que transporta os dejetos para o terreno ao lado, onde é aterrado, e aí, quando chove ou quando está muito quente, exala um odor insuportável; piora quando bate o vento, todos sentem. Estou com medo de adoecer, ainda mais grávida. (A1)

Segundo o depoimento da participante supracitada, a alta temperatura, o pouco arejamento e a grande quantidade de resíduos despejados na água, aglomerando em meio às residências, tornam-se um importante problema, não só pela intensificação de odores fétidos, mas pela contaminação da água, que passa a ser imprópria para o consumo e uma considerável propagadora de doenças. Em muitas regiões do país, a água de poço era de má qualidade e utilizada para fins domésticos; porém, não tinha qualidade e era causadora significativa de doenças contagiosas (NIGHTINGALE, 1989).

A água é um elemento essencial para a vida, e, para que seja possível usufruir de seus benefícios, é necessário que ela seja tratada, tornando-se ideal para o consumo; caso contrário, torna-se um importante disseminador de doenças (SAUCHA; SILVA; AMORIM, 2015). Na fala da participante seguinte, pode-se observar a dificuldade que se tem para conseguir água, e que, muitas vezes, não apresenta boas condições para o consumo:

Às vezes, não se consegue pegar água; então tem que ir bem cedo para colocar a bomba de água lá no início da ponte. É muito difícil,

além de que, às vezes, vem limpa, às vezes vem suja. (A1)

Nightingale (1989) afirma que, se uma residência não dispuser de condições sanitárias propícias às suas devidas necessidades, aquele ambiente pode ser caracterizado como nocivo aos indivíduos. Sua salubridade torna-se adequada de acordo com o estado em que estes fatores se encontram e no quanto eles podem influenciar no cotidiano das pessoas.

4 | DISCUSSÃO

Tendo como referência a Teoria Ambientalista de Nightingale, com o intuito de relacioná-la com questões pertinentes ao ambiente externo e interno em que o indivíduo está inserido, ela pode ter grande influência na melhoria do processo de saúde-doença (NIGHTINGALE, 1989). Baseado nesse contexto, observou-se que as famílias residentes nas áreas de ressaca, constroem suas residências de forma desordenada, com pouca implementação técnica de espacialidade e desconhecimentos sobre degradação ambiental.

De acordo com a fala das participantes, e com base nas categorias geradas, verificaram-se os diversos impactos que a habitação pode ocasionar na saúde destas pessoas. Na primeira categoria, buscou-se evidenciar a percepção das mesmas sobre o aspecto saúde-doença, em que predominou o modelo biomédico, levando em consideração apenas o bem-estar físico; entretanto, diversos estudos demonstram um conceito mais abrangente sobre tal assunto.

Proveniente da filosofia pré-socrática, a definição de saúde encontra sua origem na familiaridade entre medicina e filosofia. Visto que é influenciada por qualidades distintas de cada período histórico, essa definição passou por modificações no decorrer dos anos (SILVA; LINS; CASTRO, 2016).

A saúde pode ser definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não deve ser compreendida unicamente como a inexistência de doenças ou quaisquer outras enfermidades. Ao refletir sobre a saúde e a doença, sendo consideradas episódios expressados na sociedade como desfechos sociais, deve-se perceber o contexto em que ocorrem e, também, o ponto de vista em que as pessoas estejam inter-relacionadas, seja individualmente ou em grupo na comunidade (OMS, 1946; ERTHAL, 2014). Além disso, a classe social na qual estão incluídas deve ser levada em consideração, pois tem grande influência sobre suas percepções.

Na categoria 2, buscou-se identificar a compreensão das adolescentes grávidas, moradoras de área de ressaca, e a influência da habitação à sua saúde. Analisando os discursos, percebeu-se que a maioria não se sente bem morando em área de ressaca, e possui conhecimento sobre os riscos que este ambiente pode

gerar a saúde; porém, avalia esse processo como uma problemática urbanística e social.

Devido ao alto custo para aquisição de terras, as áreas de ressaca tornaram-se a alternativa mais acessível para pessoas com baixo poder aquisitivo, visto que são consideradas espaços de baixo custo e de fácil acesso. A urbanização e o aumento populacional são aparentes e crescem desordenadamente, sem quaisquer tipos de planejamento acerca da expansão urbana ou alicerces de saneamento básico salubre (INAJOSA; SALDANHA; LESS, 2018). E, como resultado, acontece a ocupação de locais que são considerados impróprios para moradia, como as áreas de ressaca.

Associado a isso, observa-se que este é um problema frequente no município de Macapá, pois, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, somente 26,8% dos domicílios da cidade possuem esgotamento sanitário adequado (BRASIL, 2017). Nas áreas úmidas (ressacas), que têm como característica as condições precárias de moradias, em sua grande maioria possuem as instalações sanitárias construídas externamente ao domicílio, o que revela incômodo e insalubridade ao ambiente e aos habitantes deste local. E, por se tratarem de instalações escassas, em que apenas 1% dessas residências possui fossa séptica, o restante dos domicílios tem os dejetos humanos dispensados diretamente no lago, pondo em risco a saúde e o bem-estar de todos que ali vivem, além de poluir o meio ambiente (TOSTES; DIAS, 2016).

O principal problema em ocupar essas áreas impróprias para a moradia, é justamente a carência de serviços básicos à população, como saneamento básico, fornecimento de água, coleta de lixo, entre outros. A carência desses serviços gera degradação dessas áreas, que, por sua vez, são reguladores da qualidade climática, de recursos hídricos, do ar e do solo. Portanto, a alteração desse padrão tem interferido diretamente na qualidade de vida da população, seja com a incidência de doenças, ou pelas próprias mudanças climáticas, que acabam gerando catástrofes ambientais, resultando em conflitos urbanos (TOSTES; DIAS, 2016).

É intrigante averiguar sobre quantas habitações dispõem de boa canalização de esgoto, visto que, muitas vezes, a população não tem ideia do que poderia vir a ser drenagem de esgoto. Na verdade, essa canalização torna-se um meio de transmissão de doenças epidêmicas e contagiosas que, por sua vez, introduzem-se nas residências. Portanto, é importante compreender que, além da doença propriamente dita, seu contexto engloba outros pontos importantes que devem ser discernidos e levados em consideração (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015; NIGHTINGALE, 1989).

A relação saúde e meio ambiente remete aos conceitos de determinantes da saúde, pois, uma vez que o ambiente sofre alterações, também ocasiona impactos

na saúde, podendo promover ou prejudicar a saúde. Desse modo, observa-se que o ambiente adequado está intimamente ligado à salubridade, que apresenta influência de elementos como: água, resíduos sólidos urbanos, agrotóxicos e poluição atmosférica (DIAS *et al.*, 2018).

Nos relatos, pôde-se observar o sentimento de incômodo referente ao acúmulo de lixo e de resíduos debaixo das residências, que são despejados pela comunidade e acabam gerando um ambiente propício para a proliferação de insetos e animais nocivos à saúde. Ligados a estes fatores, doenças como dengue, malária, zika e chikungunya podem manifestar-se e, assim, aumentar o risco de contração destas, colocando em risco a saúde da comunidade e dessa população que reside em áreas de ressaca.

Pesquisas demonstram os riscos que algumas doenças podem trazer para a grávida e para o feto, sendo que as patologias citadas pelas participantes apresentam grande incidência na região norte. Exemplo disso é a dengue, patologia que possui prevalência em estações chuvosas e cuja incidência aumenta a cada ano, já existindo dados que comprovam casos de transmissão vertical da dengue. Associado a isso, pode-se citar o Zika vírus, que tem grande potencial de apresentar os mesmos padrões epidemiológicos que a dengue. Atualmente, outra doença endêmica que manifesta riscos à população é a febre chikungunya, que é transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*; entretanto, dentre estas, a patologia que pode gerar maiores repercussões no feto é a Zika, ocasionando a microcefalia (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A grávida, durante o período do primeiro e segundo trimestres, apresenta maior suscetibilidade a infecções. Um exemplo destas seria a malária, que é uma patologia comum em países asiáticos e países pertencentes à América do Sul e nos que possuem regiões tropicais. Diversos são os danos à saúde que a infecção pelo vetor pode ocasionar; dentre eles, o parto prematuro, o aborto espontâneo, o retardo de crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascer, entre outras consequências (DAYANANDA; ACHUR; GOWDA, 2018).

Na categoria 3, buscou-se compreender os fatores ambientais que interferem na saúde da adolescente grávida, à luz da Teoria Ambientalista de Florence, relacionada a condições sanitárias das moradias, arejamento e aquecimento, ruídos, identificando, no discurso das participantes, a precariedade das habitações quanto ao saneamento, as correntes de ar e a temperatura.

A atuação de Florence Nightingale foi marcante, pois relacionava-se aos cuidados à saúde de indivíduos, estando eles em ambiente hospitalar ou domiciliar. Seu propósito era destacar que o meio ambiente no qual a pessoa esteja inserida tem relação direta com o processo de recuperação de sua saúde, assinalando que o equilíbrio entre estes possa se fazer constante para que haja a restituição da saúde

(ARAGÃO, 2017).

A vivência inserida nesse contexto de ambiente, em condições precárias de moradia e de insalubridade, é marcada pela inacessibilidade ou dificuldade de acesso à água tratada ou não, pelo despejo de dejetos no espaço hídrico, ocasionando a poluição deste, e por irregularidades no descarte de resíduos. Também é caracterizada por domicílios em locais propícios a riscos e a desastres naturais, como, por exemplo, deslizamentos e enchentes, aspectos esses que favorecem o surgimento de patologias e infecções (JESUS, 2020).

A comprovação de que a sociedade está vivendo em meio a uma série de problemas relacionados ao meio ambiente tornou-se legitimada devido aos problemas de saúde manifestados pela população. Inúmeras problemáticas têm se propagado no que se refere ao aquecimento global, à possível extinção de espécies animais, entre outros (CAMPONOGARA, 2012).

Os problemas ambientais têm se tornado importantes influenciadores na saúde da população, e crescem de acordo com a intensificação do processo de urbanização, gerando desmatamento, poluição do ambiente e, por conseguinte, o surgimento de doenças. Com os resíduos produzidos pela sociedade, os riscos causados à saúde pública tornam-se iminentes, a ponto de acarretar desgaste ambiental. No que se refere ao lixo despejado debaixo das residências, tal ato acaba desencadeando a manifestação de organismos patogênicos e transmissores de inúmeras doenças infectocontagiosas (SOUZA; SANTOS, 2016).

A inalação de gases nocivos, provenientes do acúmulo de lixo despejado ao redor das residências, não só é tido como um fator desagradável, mas evidencia um grave problema para a saúde, em particular, às gestantes. A poluição do ar pode ter grande influência durante a gravidez e trazer consequências para o desenvolvimento fetal. O contato com tais poluentes provoca alterações nas características da placenta, como sua diminuição do tamanho, além de causar distúrbios no sistema hormonal da gestante (SOTO *et al.*, 2017).

Exposto como um importante incômodo por moradores dessa área, o ruído não só atrapalha o descanso das pessoas, mas traz consequências para a saúde daqueles que ali residem, em especial, para as gestantes. Os ruídos ocasionam alterações fisiológicas devido à ativação do sistema endócrino e do sistema nervoso simpático, provocando a liberação de adrenalina, noradrenalina e cortisol, que, por sua vez, aumentam a pressão sanguínea. Além disso, o ruído pode influenciar na qualidade do sono, aumentando o estresse do indivíduo (AUGER *et al.*, 2018).

Informações estatísticas indicam que, dentre os diversos tipos de poluição que afetam o meio ambiente, a sonora está entre as mais frequentes. Além disso, estima-se que aproximadamente 250 milhões de indivíduos têm algum tipo de supressão auditiva desencadeada pela poluição sonora. Quando o ruído se torna

um assunto de debate, muitas pessoas tendem a esquecer que, além da surdez causada pela poluição sonora, outros riscos também estão associados a este fator, como, por exemplo, desordem psicológica, incômodo, estresse, entre outros (SILVA *et al.*, 2014).

O ruído constante nessa área pode estar relacionado à cultura da Região Norte e, mais especificamente, do estado do Amapá, uma vez que essa população tem preferências por ouvir músicas em volumes extremamente altos, o que acaba por se intensificar devido à proximidade das residências nas áreas de ressaca que, em sua maioria, são construídas com madeira, fato esse que interrompe o descanso dos demais moradores que ali residem, dentre eles, as gestantes.

Em conformidade com Nightingale (1989), o barulho que pode trazer mal-estar ao indivíduo, seja ele doente ou não, é desnecessário e produz estresse em sua mente. Dependendo de sua intensidade e do efeito sobre o aparelho auditivo, ele dificilmente prejudicará a pessoa. Um ruído ininterrupto atormenta muito mais do que um contínuo e um vibrante. Qualquer barulho que desperte a pessoa de seu sono pode definir uma condição de excitação ou gerar danos mais severos do que outro tipo de ruído (NIGHTINGALE, 1989).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pressupostos de Florence Nightingale tornaram-se um marco para a Teoria Ambiental, relacionando-se com os cuidados com o indivíduo saudável ou doente. Este estudo constatou que o entendimento das adolescentes investigadas sobre os possíveis problemas de saúde a serem influenciados pelo ambiente, comunga com ao conceito de saúde elucidado pela OMS, que define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades.

Verificou-se que as adolescentes grávidas residentes em área de ressaca reconhecem as repercussões que esse ambiente singular pode trazer para sua saúde durante a gravidez, tendo em vista que a área não é um lugar propício para habitação, por interferir na qualidade de vida da população que ali habita.

É preciso que haja investimento em políticas públicas que garantam o direito à moradia, respeitando os preceitos de preservação do meio ambiente, o direito do cidadão, principalmente voltar um olhar especial aos grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes grávidas e idosos, que moram em áreas de risco e se expondo a acidentes.

Esse estudo ratifica a viabilidade e a relevância de investigar o meio ambiente e as pessoas que nele habitam, apresentando evidências científicas associadas a fatores biopsicossociais que se relacionam com o bem-estar social, a

saúde pública e o fator socioeconômico, destacando a necessidade de intervenções que estabeleçam medidas efetivas de melhorias nos aspectos que envolvem as condições habitacionais e que influenciam diretamente no processo saúde-doença da população.

Por fim, verificou-se a necessidade de realizar novos estudos relacionados à temática ambiente e saúde, especificamente voltados à área de ressaca associada à saúde, uma vez que as pesquisas sobre a temática ainda são incipientes.

As limitações deste estudo estão relacionadas às impossibilidades de generalização dos achados, tendo em vista que as participantes pertencem a um único cenário, revelando demanda de estudos com a temática envolvendo população residente em área de ressaca (áreas úmidas) associada à saúde. Ressalta-se que a originalidade e a relevância do estudo não foram comprometidas, mesmo diante dessas limitações.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J.H.A. Os pressupostos Nightingaleanos na prática hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev enferm UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1625-1633, abr. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31302>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- AUGER, N. *et al.* Environmental noise pollution and risk of preeclampsia. **Environmental Pollution Journal**, Barking, v. 239, p. 599-606, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2018.04.060>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2013.
- BELTRÃO, G.G.B.; AGUIAR, J.V.S. A concepção de saúde-doença nos anos iniciais do ensino fundamental: uma abordagem histórica. **Revista REAMEC**, Cuiabá, v. 7, n. 3, set./dez., 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. **Panorama Brasil, Amapá, Macapá**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- CAMPONOGARA, S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 178-184, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a24.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

COSTA, J.M.; SACRAMENTO, K.A. Evolução urbana e questões socioambientais: um estudo de caso da ocupação das margens do rio Amazonas no bairro de Araxá, Macapá, Amapá Brasil. **Revista Geográfica de América Central**, Macapá, v. 1, n. 56, p. 289-305, jun. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/8105>. Acesso em: 19 nov. 2018.

DAYANANDA, K.K.; ACHUR, R.N.; GOWDA, D.C. Epidemiology, drug resistance, and pathophysiology of *Plasmodium vivax* malaria, India. **Journal of Vector Borne Diseases**, Delhi, v. 55, n. 1, p. 1-8, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6996296/pdf/nihms-1068361.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

DIAS, G.L. *et al.* Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 163-174, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-163.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

ERTHAL, G. **Determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma estratégia saúde da família rural**. 2014. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2014_2015/Dissertacao_Graciele_Erthal.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

INAJOSA, P.S.R.; SALDANHA, A.N.; LESS, D.F.S. A influência da ocupação populacional em torno do Canal do Jandiá, Macapá-AP. In: Congresso Sul-Americano de Resíduos Sólidos e Sustentabilidade, 1., 2018., Gramado. **Anais [...]**. Gramado: IBEAS, 2018. Disponível em: <https://www.ibeas.org.br/conresol/conresol2018/XV-002.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

JESUS, V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e180519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v29n2/1984-0470-sausoc-29-02-e180519.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

MEDEIROS, A.B.A.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-524, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518>. Acesso em: 23 nov. 2018.

NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./feb. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf. Acesso em: 23 mar. 2020.

NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>. Acesso em: 25 nov. 2018.

- PAIVA, R.F.P.S.; SOUZA, M.F.P. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00017316.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 86, p. 51-66. jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00051.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018,
- RIBEIRO, B. *et al.* Media coverage of the zika crisis in Brazil: the construction of a 'war'frame that masked social and gender inequalities. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 200, n. 2018, p. 137-144, jan. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29421460/>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- SAUCHA, C.V.V.; SILVA, J.A.M.; AMORIM, L.B. Condições de saneamento básico em áreas hiperendêmicas para esquistossomose no estado de Pernambuco em 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 24, n. 3, p. 497-506, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00497.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.
- SILVA, E.S.; LINS, G.A.; CASTRO, E.M.F.V. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro. v. 4, n. 2, p. 171-186, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/25976/19514>. Acesso em: 24 nov. 2018.
- SILVA, J.L.L. *et al.* O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 32, n. 1, p. 124-138, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a13.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- SOTO, S.D.F. *et al.* Exposure to fine particulate matter in the air alters placental structure and the renin-angiotensin system. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 8, e0183314, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183314>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- SOUZA, M.A.R. *et al.* Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 297-301, jan./mar. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4348/pdf_1. Acesso em: 30 nov. 2018.
- SOUZA, P.D.F.B.; SANTOS, D.B. Percepção de alunos sobre a relação saúde e meio ambiente. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, Natal, v. 14, n. 1, p. 54-63, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/697/pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- TOSTES, J.A.; DIAS, S.F. As fragilidades urbanas e ambientais de áreas de ressaca na Amazônia. In: Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, 4., 2016. Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: ANPARQ, 2016. Disponível em: <https://www.anparq.org.br/dvd-enanparq-4/SESSAO%2018/S18-06-TOSTES,%20J.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.
- VALLE, I.M.R.; ALVES, N.Y.M.; COSTA, J.M. Projeto Vila Ribeirinha: conjunto habitacional para área de ressaca em Macapá (AP). **PRACS**, Macapá, v. 9, n. 1, p. 137-156, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/2575>. Acesso em: 21 nov. 2018.

CAPÍTULO 8

UTILIZAÇÃO DE ESCALAS NO RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 10/10/2020

Maria Paula da Silva Oliveira

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/0372257538718561>

Zilda Tavares Pereira

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/9805963226010010>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Taís Silva de Oliveira

Faculdade Maurício de Nassau
Parnaíba – PI
<https://orcid.org/0000-0002-8941-9793>

Alaine Maria da Costa

Centro Universitário Santo Agostinho – UNiFSA
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5745569852975337>

Elisângela Márcia de Oliveira

Colégio Elias Torres
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0001-6200-7580>

Vera Lúcia da Silva Lima

Faculdade Integral Diferencial – Facid
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-0238-897X>

Cyane Fabiele Silva Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9530661566258015>

Marília Silva Medeiros Fernandes

Centro Universitário Santos Agostinho
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/1275840041264226>

Maria do Socorro Rego de Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2143390691230113>

Adriana de Medeiros Santos

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/9540881608413159>

RESUMO: Objetivo: Descrever a opinião de enfermeiros da Atenção Básica acerca da utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo nas consultas de enfermagem à puérpera. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde, localizada no município de Teresina – Piauí. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2017. Os dados foram processados no software Iramuteq e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente.

Resultados: Os resultados convergiram para formação de cinco classes. Assim as principais opiniões a respeito da escala de Edimburgo e sua utilização nas consultas e puerpério foram positivas, pois a maioria das enfermeiras entrevistadas demonstraram-se motivadas a implementar a escala no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Considerações finais:** Foi possível evidenciar que a maioria das enfermeiras entrevistadas mostraram interesse em conhecer melhor a escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e realizar sua implementação nas consultas de enfermagem, porém segundo o relato das mesmas é necessário realizar possíveis modificações para o instrumento melhor se adequar a realidade que será inserida.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto; Rastreamento; Atenção básica; Enfermagem.

USE OF SCALES IN THE TRACKING OF POST-DELIVERY DEPRESSION IN BASIC CARE

ABSTRACT: Objective: To describe the opinion of Primary Care nurses about the use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in nursing consultations to the puerperal woman. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, carried out in the Basic Health Units, located in the city of Teresina - Piauí. Data collection took place from march to may 2017. The data were processed using the Iramuteq software and analyzed using the Descending Hierarchical Classification.

Results: The results converged to form five classes. Thus, the main opinions regarding the Edinburgh scale and its use in consultations and the puerperium were positive, since most of the nurses interviewed were motivated to implement the scale in the work process in the Family Health Strategy. **Final considerations:** It was possible to show that most of the nurses interviewed showed interest in knowing the Edinburgh Postpartum Depression scale better and implementing it in nursing consultations, however, according to their report, it is necessary to make possible changes to the better instrument. fit the reality that will be inserted.

KEYWORDS: Postpartum depression; Tracking; Basic care; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Durante a gravidez a mulher passa por diversos eventos e alterações que envolvem não somente os aspectos físicos, mas, também, o estado emocional e, diante disso, verifica-se a necessidade de atenção redobrada à mulher grávida, com medidas que possam promover esclarecimentos, minimizando dúvidas e anseios, além dos cuidados inerentes ao pré-natal. Tais intervenções compõem o elenco de atribuições do Enfermeiro durante o acompanhamento à mulher na fase do pré-natal (GUERREIRO et al., 2013).

A gestação é algo natural da mulher, um momento de felicidade e expectativas, porém alguns fatores relacionados aos aspectos psicossociais, como a gravidez não planejada, falta de apoio do companheiro e da família, podem fazer com que esse momento de felicidade se torne um momento de extrema dificuldade para a futura

mãe (AGUIAR et al., 2011).

Nesse contexto, podem surgir alguns agravos desencadeados no período puerperal, como a Depressão Pós-Parto (DPP), por exemplo. Este transtorno tem elevada prevalência e produz significativas mudanças nos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e, até mesmo, problemas de natureza orgânica na puérpera (MATÃO et al., 2011).

A DPP tem início, geralmente, por volta da quarta à oitava semana após o parto, podendo se estender por até um ano. As manifestações consistem em diversos sintomas, como: irritabilidade, desmotivação, perda de interesse pelas atividades prazerosas, choro frequente, dificuldade para dormir, ansiedade, preocupação excessiva com a saúde do bebê, sentimentos negativos em relação ao marido, entre vários outros sintomas que podem ser prevenidos com o tratamento e acompanhamento adequado da mulher durante o período puerperal (MATÃO et al., 2011).

Os fatores que dificultam o diagnóstico precoce da depressão pós-parto são decorrentes do fato de que a sintomatologia da DPP pode ser confundida ou interpretada apenas como manifestações de tristeza ou leves quadros de ansiedade, que não configuram um quadro de adoecimento psíquico. Além disso, as queixas presentes na depressão pós-parto são comumente banalizadas no interior da família e no meio social no qual está inserida a puérpera. Contudo, a atenção básica, por meio das ações da Estratégia Saúde da Família, desenvolve importante contribuição no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de Depressão Pós-Parto existentes no território de atuação da equipe, bem como na implantação de medidas de prevenção deste agravo, através do modelo de atenção à saúde, pautado na identificação dos fatores de riscos e vulnerabilidades presentes no cotidiano dos usuários assistidos pela equipe (SCHARDOSIM; HELDTC, 2011).

Atualmente, existem variados instrumentos validados para o rastreamento da depressão pós-parto. Entre eles a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - EDPS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*), amplamente utilizada no mundo e validada no Brasil que é de fácil aplicação e pode ser preenchida pela própria mulher ou aplicada por profissionais da atenção básica, como o Enfermeiro durante a consulta de puerpério (SANTOS et al., 2007).

Diante do exposto, emergiu o interesse em desenvolver este estudo que tem como objetivo descrever a opinião de enfermeiros da Atenção Básica sobre a utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo nas consultas de Enfermagem à puérpera.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, que abordou sobre a opinião de Enfermeiros acerca do rastreamento da depressão pós-parto por meio da utilização de escalas, na Atenção Básica. O estudo foi feito nas Unidades Básicas de Saúde de Teresina, sendo assim considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Os participantes deste estudo foram enfermeiros que atuam na atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O número de participantes na pesquisa, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e respeitando aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, totalizou em 12 Enfermeiros.

Foi utilizado como análise de dados o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que foi elaborado na França por Pierre Ratinaud.

A coleta de dados teve início após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A coleta de dados aconteceu entre os meses de Março à Maio de 2017. O projeto de pesquisa foi realizado de acordo com as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde e aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI sob o parecer nº 1.931.923.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne ao perfil sócio demográfico dos participantes, o estudo foi realizado com 12 Enfermeiras, na faixa etária entre 29 e 57 anos, com mais de 5 anos de formadas, mais de uma especialização, e todas com mais de 3 anos de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O *software* IRAMUTEQ reconheceu em segmentos que foram classificados e divididos em 05 classes, conforme o dendograma representado na Figura 1, com formação de 129UCE's (segmentos de texto). O número de formas distintas ou palavras diferentes foi de 454, com número de ocorrências de 2320 e frequência mínima de forma distinta igual a 14.409938. Gerando classes semânticas distintas, analisadas pela Cadeia Hierárquica Descendente (CHD). A CHD considerou a associação das classes a partir das variáveis fixas do estudo: identificação, idade, anos de formadas, especializações e anos de atuação. Em seguida, ao submeter o material a análise de dados, percebeu-se o aproveitamento de 80.12% do corpus.

Para a realização desse dendograma e análise subsequente foram consideradas as palavras com frequência igual ou maior que a frequência média

(ou seja, maior ou igual a 3), com X2 maior ou igual 2,18 e de significância menor ou igual a 0,0001. Cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas suas respectivas associações com a classe (sexto-quinto). Pela CHD a análise e discussão das classes devem acompanhar o dendograma com suas partições, e a leitura deve proceder-se da esquerda para a direita.

Sendo assim foi possível evidenciar após a análise, as seguintes classes: classe I: O conhecimento e uso da escala de Edimburgo pelo Enfermeiro da Atenção Básica; classe V: A consulta de enfermagem e a utilização de escala; classe II: Diagnóstico precoce da Depressão Pós-Parto; classe IV: Importância da implementação da escala de Edimburgo nas consultas de Enfermagem; classe III Adaptações na escala para sua melhor inserção.

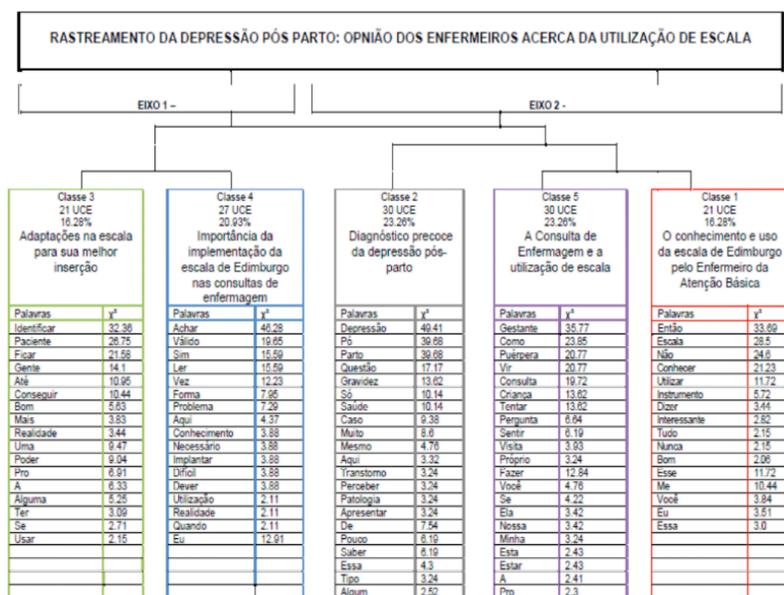


Figura 1 – Estrutura temática das classes geradas pelo IRAMUTEQ, por meio da classificação hierárquica descendente.

Fonte: Dados da pesquisa

3.1 Classe I: O Conhecimento e Uso da Escala de Edimburgo pelo Enfermeiro da Atenção Básica

Ao analisar os discursos das enfermeiras entrevistadas pode ser evidenciado que não é utilizado nenhum instrumento que possa auxiliar na detecção precoce da DPP. Além disso, as participantes revelaram desconhecimento acerca da existência de escalas para o mesmo fim, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Tais evidências foram reveladas nos depoimentos a seguir:

[...] eu não conhecia essa escala, ela nunca me foi passada, mas eu achei interessante [...] (D04).

[...] eu nunca tinha visto essa escala, mas pra mim não é novidade por que nossa equipe já trabalha em cima disso [...] (D07).

De acordo com Menezes et al (2012), a DPP é um doença que vem acometendo diversas mulheres, independente de classe social. E por se tratar de uma problemática de difícil diagnóstico inicial, essa quantidade de novos casos entre grávidas e puérperas só vem crescendo. A ausência de um instrumento como a escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo que tem como seu principal objetivo auxiliar o profissional a mensurar e diferenciar a patologia de um estresse passageiro, por exemplo, dificulta seu diagnóstico precoce.

[...] assim, eu não tinha conhecimento da escala, eu vim conhecer depois que você me apresentou a escala [...] (D08).

[...] então eu teria que estudar, não vou te negar que na minha formação há vinte e sete anos eu não fui apresentada a essa escala [...] (D11).

A falta de conhecimento por parte de alguns profissionais em relação aos instrumentos de detecção precoce da DPP, como a escala em questão, acaba deixando-os muitas vezes sem auxílio, pois se os mesmos não conhecerem bem essa problemática, terão dificuldade em identificar a doença. Diante dos relatos das entrevistadas pode-se perceber que as mesmas não fazem uso de nenhum instrumento como a escala em questão ou similar. Porém para algumas enfermeiras há a necessidade de uma capacitação antes da implementação da mesma nas consultas de Enfermagem.

Segundo RUSHI (2007) a escala é um instrumento de fácil aplicação, com perguntas de fácil entendimento e interpretação, assim, pode ser usada por todas as classes sociais, pois não há grandes obstáculos em sua utilização.

3.2 Classe 5: Consulta de Enfermagem e a Utilização de Escala

Por meio dos depoimentos das participantes foi possível observar que as mesmas percebem a contribuição que a escala em questão poderá trazer para a implementação do cuidado à puérpera, pois a utilização desta ferramenta poderá auxiliar no diagnóstico precoce da doença, algo que para algumas é difícil de ser evidenciado. Isso constitui um fator de fundamental importância para um melhor atendimento para as puérperas.

[...] quando você faz a consulta com a puérpera ou com a gestante nunca faz nenhum questionamento pra tentar saber se a aquela gestante ou aquela puérpera tem depressão [...] (D04).

[...] minha opinião é que essa escala veio como um protocolo, ela é favorável, muito favorável [...] (D02).

Outras participantes do estudo apontaram para competência e habilidades na detecção dos primeiros sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto a partir da escuta atenta durante a consulta de enfermagem, conforme descrito abaixo:

[...] na consulta de Enfermagem com a gestante eu já coloco tudo isso pra elas [...] (D07).

[...] no começo da consulta a gente já pergunta como a pessoa está se sentindo, não tem como você atender uma gestante, uma puérpera sem ter como perguntar como ela está se sentindo [...] (D10).

A atenção à mulher no período de gestação e puerpério, bem como de seu conceito, deve ser realizada de forma sistemática, buscando a identificação de situações ou condições de riscos com o objetivo de intervir minimizando ou eliminando os fatores de adoecimento.

[...] precisamos utilizar todos esses recursos até pra melhorar a qualidade do nosso atendimento e vou tentar implantar na minha equipe [...] (D08).

De acordo com Sena (2014), a consulta de Enfermagem é considerada um momento essencial para o acompanhamento integral da mulher e tem entre as finalidades, a identificação precoce de possíveis agravos, entre eles a depressão pós-parto.

[...] como ela vem para pesar a criança e medir toda semana a gente faz um planejamento familiar, faz a citologia, ver se está chorosa, rejeitando a criança, se tem alguma queixa, no momento da visita, ver como ela se relaciona com a criança e então a gente aciona os profissionais [...] (D11).

O Enfermeiro deve oferecer todo suporte necessário para que a puérpera possa se sentir bem confortável, pois ao se sentir acolhida pelo profissional ela terá mais confiança em compartilhar todos os seus sentimentos e medos. O uso da escala de Depressão Pós-Parto irá ajudar o enfermeiro neste intuito, uma vez que a própria puérpera irá avaliar seus sentimentos. Com isso o profissional irá garantir todo o apoio necessário que esta mulher precisa (ALVARES; AZEVEDO; NETO, 2015).

3.3 Classe 2: Diagnóstico precoce da Depressão Pós-Parto

Após a análise das entrevistas realizada com as enfermeiras foi possível inferir que as mesmas sabem a importância do diagnóstico precoce da Depressão Pós-Parto, e como pode muitas vezes ser mascarado pela própria puérpera. Desta forma, a utilização de um instrumento como a escala de Edimburgo, auxilia de forma eficaz, proporcionando qualidade de suas consultas de enfermagem.

[...] a Depressão Pós-Parto é um tipo de patologia muito grave, a família depois de certo tempo que vai descobrir que a puérpera está com Depressão Pós-Parto, então tem que se dar uma atenção especial [...] (D02).

O Enfermeiro é o profissional mais próximo da gestante e puérpera, um fator positivo na identificação precoce da depressão pós-parto. Sabendo reconhecer a sintomatologia da doença ele poderá realizar todas as intervenções necessárias para que estes sintomas não evoluam, e sejam tratados precocemente. Mesmo que a escala de Edimburgo ainda seja pouco utilizada no Brasil, a sua inserção nas consultas de enfermagem poderá ajudar de forma eficiente os profissionais no diagnóstico precoce da DPP (LIMA, 2016).

[...] hoje mesmo a gente estava comentando que é muito comum essa labilidade emocional, durante o próprio pré-natal já podemos perceber. Existem perguntas aqui que pelo que estou vendo que são bastante voltadas para a questão da depressão mesmo [...] (D10).

[...] eu acho válido é um instrumento a mais que teremos para avaliar e identificar a Depressão Pós-Parto [...] (D05).

Diante dos relatos das entrevistadas foi possível verificar que, para alguns profissionais a identificação precoce da doença não é algo tão distante de sua realidade, já que em algumas gestantes e puérperas são evidentes as características da patologia, o que não descarta a inserção de um instrumento como a escala de Edimburgo durante a realização das consultas, como um instrumento que contribui com a sistematização da assistência.

3.4 Classe 4: Importância da Implementação da Escala de Edimburgo nas Consultas de Enfermagem

De acordo com relatos das enfermeiras entrevistadas pode ser percebido que há um grande interesse em realizarem a implementação da escala de Edimburgo em suas consultas. Já que as mesmas julgaram a escala como uma ferramenta de trabalho que irá facilitar e colaborar para distinguir a sintomatologia da doença com um estresse passageiro como por exemplo. O fato da escala ser autoaplicável, favorecerá com que a puérpera não se sinta constrangida em responder o

questionário, sem omitir informações, facilitando o trabalho do enfermeiro na identificação da patologia.

[...] seria muito interessante porque iria exatamente nos ajudar a buscar essas pessoas com problemas, que às vezes passa despercebidos na gente [...] (D03).

[...] então, eu li alguns artigos sobre a utilização, e sim acho que é necessário, importante e é até uma forma de conseguir acompanhar melhor, eu acho importante que seja implantada [...] (D08).

Diante dos relatos das enfermeiras é evidente a consciência das mesmas de como um instrumento como a escala poderá lhes auxiliar em suas consultas. De acordo com Schardosim e Heldtc (2011), a escala surgiu como uma forma de melhorar à assistência prestada por enfermeiros durante suas consultas, já que é um instrumento de fácil aplicação.

[...] eu acho que na realidade, é importantíssima. Acho válido, já fazemos de certa forma algumas perguntas dessas aqui, acho que é interessante, algo a mais que poderíamos está vendo. Acho que é válido no processo de trabalho e de certa forma já fazemos, o problema é que a demanda é muito grande. Diante de tantos problemas, diante de tanta sobrecarga, eu acho necessário mesmo [...] (D10).

Por ser uma escala de fácil aplicação onde a paciente se auto avalia, seu uso se torna mais acessível. Nesse sentido, o enfermeiro terá um parâmetro para avaliar as manifestações clínicas que a mulher está apresentando e que não foi percebido de início. A escala tem como sua principal finalidade auxiliar o enfermeiro, facilitando o diagnóstico precoce da doença e auxiliando esta mãe a superar este momento de fragilidade emocional, necessitando de total apoio tanto da família, como do Enfermeiro que está fazendo seu acompanhamento no período puerperal (MENEZES, 2012).

3.5 Classe 3: Adaptações na Escala para sua Melhor Inserção

Apesar de uma boa aceitação da inserção da escala nas consultas de enfermagem, a maioria das profissionais sugeriram alterações na escala, para melhor entendimento das mulheres, já que segunda as mesmas a maioria das mulheres são de baixa renda, por esta razão as adequações seriam necessárias para facilitar o entendimento desta puérperas para poderem enquadrar seus sentimentos nas opções que tem disponível na escala.

[...] facilita o trabalho da gente, conduz melhor, ajuda a classificar o nível que a da patologia está, porém é uma escala americana tem que ser adaptada à realidade e outra poderíamos modificar [...] (D01).

Segundo relato das entrevistadas, a tradução da escala deve ser melhorada

já que alguns trechos ficaram em uma linguagem pouco acessível, o que dificultaria a interpretação das puérperas no momento de sua aplicação. Desta forma, com a realização das devidas alterações na escala será uma ferramenta fundamental no auxílio ao diagnóstico precoce da patologia, fazendo com que enfermeiros durante suas consultas tenham uma maior facilidade de identificar a sintomatologia da doença, ajudando assim diminuir a incidência de novos casos.

[...] precisaríamos adequar, até para possuir termos que a paciente possa responder, por que tem que ficar uma linguagem acessível, até por que temos que pensar em uma população leiga. Em grande parte das vezes a linguagem tem que ser acessível, facilmente entendida para uma paciente leiga e que ela de fato consiga se identificar [...] (D06).

[...] precisaria adequar, até para possuir termos que a paciente possa responder, por que tem que ficar uma linguagem acessível, até por que temos que pensar em uma população leiga. [...] (D06).

A escala de Edimburgo é uma escala validada e traduzida no Brasil, porém como a mesma foi traduzida para o português, ainda poderá sofrer alterações para melhor se adequar na realidade em que será inserida. Assim, se tornará um instrumento cada vez mais utilizado para o rastreamento da doença, em todas as consultas realizadas por enfermeiros da estratégia saúde da família.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível evidenciar que a maioria das enfermeiras entrevistadas mostraram interesse em conhecer melhor a escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e realizar sua implementação nas consultas de Enfermagem.

Assim, as principais opiniões a respeito da escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e sua utilização nas consultas puerperais foram positivas, pois a maioria das entrevistadas demonstraram-se motivadas a implementar a escala, porém segundo o relato das mesmas é necessário realizar possíveis modificações para o instrumento melhor se adequar a realidade que será inserida.

Mesmo encontrando algumas limitações, como o impedimento do método de pesquisa devido a impossibilidade de realizar um encontro fora das Unidades Básicas de Saúde com as enfermeiras e a recusa de algumas profissionais em participar da pesquisa, foi possível contar com a participação de várias profissionais que colaboraram de forma direta para a realização deste estudo, cuja finalidade é auxiliar o Enfermeiro a detectar precocemente a depressão pós-parto de início.

Acredita-se que essa pesquisa constitui uma fonte confiável para tais estudos,

haja vista que as participantes relataram de forma livre suas opiniões a cerca da escala e sua utilização nas consultas de Enfermagem. Essa constatação poderá ser útil no desenvolvimento de discussões e reflexões relacionadas à introdução deste instrumento nas consultas de Enfermagem com as puérperas e, portanto, identificar precocemente os sinais e sintomas da doença e assim realizar todas as intervenções pertinentes para um tratamento eficiente e preventivo da patologia, diminuindo desta forma o número de novos casos da doença e agravos que a mesma pode causar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.T. et al. **Mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?** Esc Anna Nery, v. 15, n. 3, p. 622-628, 2011.

ALVARES, L. B.; AZEVEDO, G. R.; NETO, L. F. S. **Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias** Rev. Fac. Ciênc. Méd. v. 17, n. 4, p. 222 - 225, 2015.

GUERREIRO, E. M. et al. **Representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde.** Rev Rene. v. 14, n. 5, p. 95-99, 2013.

LIMA, N. C. **Depressão Pós-Parto baseada na escala de Edimburgo Ponta Grossa.** Revista Conexa, v. 12 n. 2, 2016.

MATÃO, M. E. L. et al. **Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto.** Rev. Enferm. Cent. O. Min. v. 1, n. 3, p. 283-293, 2011.

MEIRA, B. M. et al. **Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto.** Texto Contexto Enferm, 2015.

MENEZES, F. L. et al. **Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública.** Saúde (Santa Maria). v. 38, n. 1, p. 21-30, 2012.

RUSHI, G. E. C. **Aspectos Epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira.** Rev Psiquiatr RS. v. 29, n. 3, p. 270-280, 2007.

SANTOS, I. S. et al. **Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study.** Cad. Saúde Pública. v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDTC, E. **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Rev. Gaúcha Enferm. v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SENA, I. V. A. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: Revisão de Literatura.** UFMG, 2014.

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Maely Terezinha Mendes

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/7851364677728373>

Bruna Maria Rossignolli

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/2707751324783710>

Danyelle Blanski Zimmer

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/9149478465013568>

Jaqueline Felix de Sousa

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/5274811603623217>

RESUMO: Estudo qualitativo do tipo estudo de caso com o objetivo de verificar a realidade vivenciada pelas mães da UTI neonatal do Hospital São Vicente de Paulo do Município de Guarapuava, especificamente analisar as condições emocionais, estruturais e necessidades encontradas ao longo do internamento. Utilizaram-se técnicas participativas, sendo realizados três grupos focais e conversas individuais. Investigaram-se seis mães de bebês que estavam admitidos na UTI Neonatal da referida unidade. Nos resultados surgiram os

sentimentos de tristeza, medo, culpa, confiança e esperança. Ao término do estudo foram propostas ações e atividades que contribuam na melhora da qualidade de vida da mãe e do recém-nascido durante a hospitalização.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de terapia intensiva neonatal. Recém-nascido. Relações mãe-filho. Hospitalização. Humanização da Assistência.

ICU MOTHERS REPORT OF PAIN AND HOPE

ABSTRACT: This is a qualitative case study with the objective of verifying the reality experienced by mothers of the neonatal ICU of the São Vicente de Paulo Hospital of Guarapuava, specifically to analyze the emotional, structural and needs encountered during hospitalization. Participatory techniques were used, with three focus groups and individual conversations. Six mothers of infants admitted to the neonatal ICU of this unit were investigated. In the results appeared the feelings of sadness, fear, guilt, confidence and hope. At the end of the study, actions and activities were proposed that contribute to the improvement of the mother and newborn quality of life during hospitalization.

KEYWORDS: Neonatal intensive care unit. Newborns. Mother-child relations. Hospitalization. Humanization of care.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um ambiente que necessita de atenção

especial por ser marcado por fortes emoções, conflitos e sentimentos, envolvendo desde o ambiente em si até os integrantes: o recém nato internado, os pais, os familiares e a equipe multiprofissional. Cada um deles trazem relatos de graus de vulnerabilidades, necessidades particulares, e específicas que devem ser adequadamente ouvidas e atendidas (BRASIL, 2002).

O contexto de UTI neonatal exige cuidados de suporte à família do recém-nato, destacando que as mães constituem um grupo de risco, necessitando de suporte no percurso entre o nascimento, alta hospitalar e até mesmo depois desta. A internação do recém-nato em uma unidade neonatal dificulta o processo de vinculação e apego entre mãe e bebê que sofrem interferências significativas. Nesse mesmo momento, além da separação inevitável, ocorre ainda o aparecimento de sentimentos como a culpa e incompetência que dificulta ainda mais o estreitamento dos laços familiares (VARGAS et al, 2005).

Essa amplitude de preocupações e sentimentos traduz o universo psicológico das mães dos prematuros, no qual pode também coexistir sentimentos de esperança e expectativas positivas. De acordo com Linhares (2006), as mães de bebês prematuros internados em UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) expressaram em grupos de apoio psicológico, em ordem de maior ocorrência, preocupações com a sobrevivência do bebê e a separação do mesmo, impotência de desempenhar o papel ativo de mãe, esperança em relação à sobrevivência, desejo de alta hospitalar, culpa relacionada a condições adversas antecedentes ao nascimento, problemas pessoais, alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento e frustrações de suas expectativas relação ao bebê.

Em face dessa realidade o objetivo da pesquisa constituiu em verificar a realidade vivenciada pelas mães da UTI neonatal do Hospital São Vicente de Paulo do Município de Guarapuava. Para tal, objetivamos especificamente analisar as condições emocionais, estruturais, necessidades encontradas ao longo do internamento, bem como propor ações e atividade que contribuam na melhora da qualidade de vida da mãe e do recém-nascido durante a hospitalização.

2 | METODOLOGIA

Em termos metodológicos o estudo tem como ponto de partida a pesquisa bibliográfica, descritiva, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A escolha deste método se deve ao fato de que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística, estudo no qual há preocupação com os indivíduos e seu ambiente e todas as suas complexidades (POLIT e HUNGLER, 1995).

De acordo com as autoras supracitadas o estudo de caso é uma investigação em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social, o

pesquisador é um observador passivo que reúne informações acerca do problema analisando e procurando compreender o fenômeno, a abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores.

Os estudos de casos trazem como grande vantagem aos pesquisadores individuais à oportunidade de se apropriarem da investigação e fazer com que o problema analisado na questão seja de fato estudado em profundidade dentro de um período de tempo relativo onde ocorreu o fato e suas consequências. As pesquisas exploratórias então ganham força nessa menção, em especial por sua flexibilidade, e quando o objeto de estudo já é suficientemente conhecido a ponto de ser estudado com todo o rigor que a ciência o interpôs. Além disso, nos estudos de casos, é possível a utilização de uma variedade ilimitada de fontes de informação e frequentemente a utilização de triangulação estratégica em uma variedade de dados a serem observados, discutidos e relacionados com o todo (ANDRE, 1984).

O cenário do estudo foi na Instituição Filantrópica Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, Guarapuava, inaugurado em agosto de 1923, conta atualmente com 172 leitos, 20 leitos de UTI adulto e 07 leitos de UTI neonatal. Para atendimento de UTI neonatal médio risco, conta com 05 leitos. Possui estrutura para atender procedimentos de média complexidade e possuem habilitação em alta complexidade nas especialidades de cardiologia (cardiovascular, cirurgia cardiovascular, cardiologia intervencionista, vascular), neurologia/neurocirurgia, trauma e oncologia como UNACON, se tornando assim referência para os 20 municípios da 5ª Regional de Saúde abrangendo uma população em torno de 455.820 (IBGE 2015) habitantes. Integra o programa Rede Mãe Paranaense, possui Banco de Leite Humano e Atendimento Hemoterápico. Para apoio das mães dos neonatos internados na UTI neonatal (alto e médio risco) conta com 01 quarto exclusivo com 04 leitos e banheiro privativo no setor de Oncologia e a casa de apoio e acolhimento Nazaré, localizada no Bairro Santa Cruz, nas proximidades do hospital, destinada a hospedagem de pessoas em tratamento de saúde, onde as instituições de saúde são responsáveis pela seleção dos abrigados. A casa Nazaré tem capacidade para receber até 20 pessoas para pernoite e 40 pessoas para descanso diurno. Oferece também 03 refeições diárias e traslado até às 18 horas, aos locais onde os familiares encontram-se em tratamento.

Os sujeitos da pesquisa foram seis mães com recém-natos internados na UTI Neonatal de médio e alto risco, as informações foram coletadas pelas próprias pesquisadoras no mês de agosto de 2019, nas dependências do Hospital São Vicente de Paulo. Utilizou-se de técnicas participativas, sendo realizados três grupos focais e conversas individuais em turnos variados. Após coleta das informações as

mesmas foram transcritas, analisadas e interpretadas.

Com relação aos aspectos éticos do estudo foi encaminhado para instituição solicitação de autorização para realização informando os objetivos e os aspectos éticos do trabalho. Os sujeitos foram denominados com nomes de flores para atender os critérios de confidencialidade e anonimato.

3 | DISCUSSÕES

Ao analisarmos a situação de mortalidade infantil compreendemos graves problemas que persistem no Brasil, desafiando os serviços de saúde e a sociedade. Apesar de a mortalidade infantil haver decrescido significativamente com a implantação dos programas de promoção à saúde na década de 90, a redução mostrou-se mais expressiva no período pós-neonatal. As afecções perinatais representam 72% da mortalidade neonatal e entre elas destacam-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BPN) (VASCONCELOS et al, 2006).

O Brasil apresenta uma das taxas de cesareanas mais elevadas do mundo e tem sido citado como um dos exemplos mais claros do abuso deste procedimento no parto. Este fato se deve ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do suporte médico pré- e pós-parto, que contribuiu para o entendimento da cesárea como procedimento inócuo, supervalorizado. Assim, houve uma ampliação das indicações médicas para esse tipo de parto (FAÚNDES, et al, 1991). No presente estudo, foi constatado o índice de aproximadamente 67% de partos cesárias, corroborando com a literatura acima citada.

As internações dos recém-nascidos pré-termos (RNPT) representam um número expressivo nas unidades neonatais, devido ao risco de adaptação dessas crianças à vida extrauterina, decorrentes da imaturidade anátomo-fisiológica e do próprio processo de diagnóstico e da terapêutica. (VASCONCELOS et al, 2006).

E em decorrência a prematuridade do nascimento de um filho origina-se muita demanda afetiva para a família, deparando-se com uma situação imprevisível que induz à ansiedade e outros sentimentos ambíguos. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), a mãe passa a vivenciar a separação do bebê e a incerteza de seu desenvolvimento e sobrevivência (CARTAXO et al, 2015).

Quando citamos anteriormente a questão de ambiguidade, isso se estabelece na separação decorrente da internação hospitalar de um recém-nascido, gerando, nos pais, tristeza, medo e estresse. Eles se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida de seu filho, experimentam sentimentos contraditórios como culpa, responsabilizam-se pelo sofrimento do filho e, no mesmo momento, ou mesmo após

dias, manifestam esperança e resignação (ROCHA et al, 2018).

Sendo também relatados pelas mães e familiares entrevistadas dos bebês prematuros internados na UTI neonatal do Hospital São Vicente, evidenciando a necessidade das instituições de internamento propiciar à família, principalmente a mãe, a oportunidade de vinculação ao filho, através de atendimento humanizado.

A falta de oportunidade de a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo do apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos. Estudos evidenciam que o sentimento de apego se desenvolve desde a vida intrauterina e que é fundamental o contato mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal. Torna-se assim, a necessidade em se priorizar o planejamento de intervenções que possam ser realizadas no intuito de estimular o vínculo entre pais e filhos, bem como o de favorecer a adaptação destes nas unidades neonatais, como o livre acesso e a permanência dos pais na unidade neonatal, o incentivo para o contato físico com o neonato e o cuidado precoce, a implantação e estruturação de grupos e redes de apoio aos pais (CARTAXO et al, 2015).

Na fala: *“Só vem coisas ruins na cabeça, essas tonguices.”* (Azaléia), a mesma se refere ao fato de como ficam por muito tempo ociosas a espera do momento de amamentar, muitas vezes lhe vem pensamentos negativos quanto ao futuro de seu bebe.

A ausência de intervenções direcionadas à mãe acompanhante, para ouvi-la e apoiá-la nesse difícil processo de ter um filho prematuro internado em uma unidade de alta complexidade assistencial, não atende suas necessidades de mulher inserida numa família concreta, vivenciando momentos difíceis no processo do nascimento de modo súbito. O enfoque da assistência nos serviços materno-infantis está centrado nos aspectos biológicos do ato de amamentar, priorizando como função única da mulher a de produzir leite para nutrir o filho, e necessita ser revisto para que se amplie o objeto de ação para além do corpo anátomo-fisiológico, a fim de que a mulher não seja vista como um ser isolado do seu contexto social. A comunicação, nesta perspectiva, é um recurso terapêutico que dá acesso à autonomia, à confiança mútua e à segurança, permitindo estabelecer interações entre a equipe de saúde e a tríade familiar. E, como um desafio na busca da qualidade da assistência, essa ferramenta orienta as intervenções e consolida uma concepção do fazer saúde no contexto hospitalar (JUNIOR, 2000).

Outra fala trazida foi com relação ao fato da equipe multiprofissional não repassarem as informações sobre o desenvolvimento e atendimento do seu filho: *“Às vezes o médico vai para o parto e não fala nada.”* (Yasmin).

Ressaltando a importância em se haver comunicação e cooperação da equipe multiprofissional, como também a tomada de decisões compartilhadas

sobre a assistência ao prematuro. Para a concretude dessas ações é necessário que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendam a vivência desses pais nessa fase da vida, possam lhes oportunizar espaço legítimo para que expressem seus sentimentos e, ofereçam elementos concretos e facilitadores para que ocorram transformações possibilitando-os superar barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com seu filho (CARTAXO et al, 2015).

Fator relevante para essas mães é compreender a situação dos filhos, entendendo a doença, o tratamento, os procedimentos e exames necessários, e a evolução clínica da criança (LEITE, 2005). Para tanto, precisam sentir que os profissionais de saúde estão disponíveis e dispostos a esclarecerem suas dúvidas sempre que precisarem. A ausência de informações adequadas e coerentes é um dos aspectos que mais preocupam os pais, sendo gerador de grande ansiedade. Uma simples explicação e o fornecimento de informações referentes à assistência à criança, por meio de diálogo esclarecedor, são formas de minimizar o estresse e a preocupação sentidos (FIGUEIREDO et al, 2013).

Outra dificuldade trazida pela mãe acompanhante nomeada como Orquidea vem com relação à distância do quarto onde permanecem internadas (térreo) a UTIN (terceiro andar), pois segundo a mesma, após o nascimento do seu bebe, teve hemorragia, e acredita ser pelo deslocamento ao ir amamentar, onde caminhava até a UTIN a cada 3 horas de intervalo.

O tempo de internação do RN na unidade neonatal pode se estender por vários meses, e, no cenário dessa hospitalização prolongada, ocorre uma mudança súbita na vida da família, especialmente da mãe que, num curtíssimo espaço de tempo, torna-se acompanhante do filho, sem que esteja preparada para essa mudança, quase sempre permeada por muito sofrimento. O Hospital deve procurar aperfeiçoar a atenção oferecida à mulher e à criança no período neonatal, tendo como princípio a assistência integral e humanizada, centrada na família, ou seja, atendendo as demandas existentes, sejam elas emocionais ou até mesmo estruturais (SANTANA, 2013).

A comunicação efetiva entre os pais/familiares e a equipe assistencial é abordada por muitas pesquisas como a principal estratégia a ser utilizada, sendo importante para a solução e a minimização dos conflitos, podendo ser determinante para que todos os envolvidos se sintam seguros num ambiente que lhes é estranho, considerando-se sua fragilidade e seus sentimentos frente à internação do RN na UTIN (LINHARES, 2006).

Nessa perspectiva, o atendimento multiprofissional torna-se fundamental para o fortalecimento das relações interpessoais com a mãe e familiares. Por isso, a equipe multiprofissional deve estar ciente da importância de sua intervenção, de seu papel frente às eventuais dificuldades que surgirem durante a permanência

da mãe/familiares na Unidade. Os profissionais devem valorizar os aspectos emocionais, identificando situações de vulnerabilidade, bem como a interação com a família, buscando proporcionar segurança, afetividade e atendimento qualificado (MONTANHAUR, 2018).

4 | REFLEXÕES FINAIS

A experiência de internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva após o nascimento produz nas mães sentimentos de medo, tristeza, perda e impotência, frente ao distanciamento entre o binômio mãe/filho, ocorrendo uma desestruturação tanto materna quanto familiar.

De acordo com Duarte et al, (2011) mudanças que ocorrem com a mãe no período de internação de seu filho sinalizam para a necessidade de um cuidado direcionado a elas, permitindo inferir que as ações não se limitam ao recém-nascido. Desta forma, pode-se dizer que a presença da mãe reconfigura as necessidades de saúde tanto do bebê, quanto dela própria, durante a hospitalização, ocasionando a necessidade de se estabelecerem novas relações das mães com as equipes para uma edificação simultânea de condições que poderão ser favoráveis para o cuidado dessas crianças.

Em relação ao vínculo mães profissionais percebeu-se, pelos relatos, que nem todas as mães conseguiram estabelecer uma relação plena de confiança com os profissionais, o que indica uma lacuna no processo de assistência. Neste pensar, observa-se a importância do gerenciamento da assistência, realizada pelos profissionais com o intuito de orientar as mães durante o processo de hospitalização e capacitá-las para o cuidado com o filho após a alta da UTI.

Sendo assim, perante os resultados alcançados, o presente estudo busca instrumentalizar os profissionais com o objetivo de contribuir para o processo de humanização da assistência da unidade de terapia intensiva neonatal, do referido hospital, detectando a necessidade de um trabalho com equipe interdisciplinar, enfatizando e correlacionando diversos aspectos.

As agentes do estudo sugerem parcerias do hospital com as Instituições de Ensino Superior locais, com a finalidade de suprir, através de projetos de extensão as demandas levantadas pelas envolvidas.

REFERÊNCIAS

ANDRE, M.D.A. **Estudo de caso: seu potencial na educação**. Cadernos de Pesquisa, v. 49, p. 51-54, 1984.

BRASIL, **Resolução nº7**, de 24 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os requisitos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e da outra providência. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 06 de outubro de 2020.

CARTAXO, L. S., TORQUATO, J. A., AGRA, G., FERNANDES, M. A., PLATE, I. C., & FREIRE, M. E. (2014). **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista de Enfermagem UERJ, 22(4), 551-7. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. **A vivência de pais e profissionais na unidade de terapia intensiva neonatal**. Rev. Ciência y Enfermería, v. 17, n. 2, p. 77-86, 2011.

FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação**. Cadernos de Saúde Pública, 1991.

FIGUEIREDO, S.V.; GOMES, I.L.V.; PENNAFORT, V.P.S.; MONTEIRO, A.R.M.; FIGUEIREDO, J.V. **Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho**. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery vol. 17 n. 4 , 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400690&lang=pt> Acesso em 28 de Setembro de 2019.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Conta Satélite: Saúde 2015. Rio de Janeiro, 2015.

JÚNIOR, A.B, MATHEUS, M.C.C. Comunicação. *In*: Cianciarullo TI. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 61-73.

LEITE, M.A, VILA VSC. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Latino-am Enfermagem. 2005.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; CORREIA, L.L.; GASPARD, C. M.; & PADOVANI, F. H. P. **Psicologia Pediátrica e Neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros**. Em M. A. Crepaldi, M. B. M Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), Temas em Psicologia Pediátrica (pp. 109-145). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MONTANHAUR, D.C. Percepção de mães de bebês internados em UTI neonatal: influência de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrenamento. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, 2018.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P.; **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Port Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.

ROCHA, L.L.B, et al. **A experiencia da mulher hospitalizada com o recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal**. Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2018.

SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. **A mãe acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Desafios para a equipe assistencial**. Belo Horizonte: Rev. Enfermagem Centro Oeste de MG; v.3. p.475-487, 2013.

SZEJER, M. STEWART R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

VARGAS, M.M., PAIXÃO, E.J., MATOS, R.T.D. **Um estudo da interação mãe-bebê em UTI neonatal.** Relatório Final de pesquisa pela Universidade Tiradentes, 2005.

VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A.M.; SCOCHIS, C.G.S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Recife: Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.6 n.1; 2006.

CAPÍTULO 10

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO EM PERNAMBUCO, 2015-2018

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Cintia Michele Gondim de Brito

Laboratório de Imunoepidemiologia
Departamento de Imunologia/Cpqam/ Fiocruz
PE

<http://lattes.cnpq.br/5202741425647654>
<https://orcid.org/0000-0001-7270-7337>

Lilian Maria Lapa Montenegro

Laboratório de Imunoepidemiologia
Departamento de Imunologia/Cpqam/ Fiocruz
PE

<http://lattes.cnpq.br/6066865382706623>
<https://orcid.org/0000-0002-4728-2995>

Haiana Charifker Schindler

Laboratório de Imunoepidemiologia
Departamento de Imunologia/Cpqam/ Fiocruz
PE

<http://lattes.cnpq.br/5061929104507412>

RESUMO: A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum*, sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada. No Brasil, observa-se aumento nas incidências de sífilis gestacional e sífilis congênita. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no município de Cabo de Santo Agostinho em

Pernambuco de 2015 a 2018. Trata-se de um estudo do tipo descritivo e a coleta de dados secundários foi realizada no SINAN do município. Na série histórica do período de 2015 a 2018, o número de casos da sífilis em gestante apresenta um incremento de casos em comparação com a sífilis congênita. Foi observado ainda, que os casos notificados de sífilis em gestantes são mais notificados na atenção primária e segundo tratamento da sua parceria, o desfecho ignorado foi o campo mais notificado. A maioria do número de notificação de casos de sífilis congênita ocorre em mães que realizaram o pré-natal. E os casos notificados de sífilis congênita, com relação ao esquema de tratamento da mãe, o que predomina é o não realizado ou inadequado. Os achados do estudo corroboram com a literatura científica, onde o número de casos notificados no Brasil de Sífilis em gestantes é maior que a congênita, constando deficiências na assistência à saúde, e contribuindo para a incidência dos casos. Dentre as recomendações do estudo temos: Treinamento para vigilância epidemiológica sobre sistema de informação da sífilis; Fortalecimento do Grupo Técnico de Vigilância da Sífilis do município com reuniões mensais e discussão de casos; Monitoramento pela vigilância epidemiológica do VDRL e teste rápido reagente das gestantes e parcerias para notificar oportunamente os casos; Ampliação do tratamento das parcerias sexuais na atenção primária; Implantação do pré-natal do homem na atenção primária; Registro no cartão do pré-natal a situação do diagnóstico e do tratamento da gestante na atenção primária; Realização de ações educativas sobre o agravo para a

população pela educação em saúde; Qualificação do pré-natal com orientações sobre a doença e uso do preservativo durante a gestação na atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: *Treponema pallidum*, sífilis, vigilância.

ABSTRACT: Syphilis is a systemic infection caused by *Treponema pallidum*, its transmission occurs mainly through sexual contact; however, it can be transmitted vertically to the fetus during the gestation of a woman with untreated syphilis or treated inappropriately. In Brazil, there is an increase in the incidences of gestational syphilis and congenital syphilis. The aim of the study was to characterize the profile epidemiological profile of reported cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in municipality of Cabo de Santo Agostinho in Pernambuco from 2015 to 2018. This is a descriptive study and the collection of secondary data was carried out at SINAN do County. In the historical series from 2015 to 2018, the number of syphilis cases in pregnant women has an increase in cases compared to syphilis congenital. It was also observed that the reported cases of syphilis in pregnant women are most reported in primary care and according to the treatment of their partnership, the outcome ignored was the most notified field. Most of the number of notification of cases of Congenital syphilis occurs in mothers who have had prenatal care. And the reported cases of congenital syphilis, in relation to the mother's treatment regimen, what predominates is the not performed or inadequate. The study's findings corroborate the literature where the number of cases of syphilis reported in Brazil in pregnant women is higher than congenital, with deficiencies in health care, and contributing to the incidence of cases. Among the recommendations of the study we have: Training for epidemiological surveillance on syphilis information system; Strengthening of Municipal Syphilis Surveillance Technical Group with monthly meetings and discussion of cases; Monitoring by epidemiological surveillance of the VDRL and rapid testing reagent of pregnant women and partnerships to notify cases in a timely manner; Enlargement the treatment of sexual partnerships in primary care; Implementation of prenatal care man in primary care; Record the diagnosis status on the prenatal card and the treatment of pregnant women in primary care; Educational activities on the harm to the population for health education; Prenatal qualification with guidelines on the disease and condom use during pregnancy in care primary.

KEYWORDS: *Treponema pallidum*, syphilis, surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada¹⁻⁶.

Segundo a OMS, a situação da sífilis no Brasil não é diferente de outros países. Os números de casos da infecção são preocupantes e a infecção precisa ser controlada². A sífilis é um grave problema de saúde pública que, nos últimos anos, vem apresentando tendência de crescimento na maioria dos países de renda

média, como é o caso do Brasil, e sua ocorrência evidencia falhas principalmente da atenção pré-natal (PN)⁷.

No Brasil, observa-se aumento nas incidências de sífilis gestacional e sífilis congênita⁸⁻¹¹. Em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos, sendo também percebido o aumento nestas incidências em outros países do mundo⁴.

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi instituída por meio da Portaria GM nº 542 de 22 de dezembro de 1986, a de sífilis em gestantes foi instituída pela Portaria GM nº 33 de julho de 2005. A infectividade da doença por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). A transmissão congênita pode causar consequências graves como: aborto, natimorto, parto pré-termo, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, lesões de pele e malformações, com mortalidade em torno de 40% nas crianças infectadas¹.

A evolução natural da doença, pode se apresentar com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas¹.

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado por testes diretos (exame em campo escuro e pesquisa direta do *T. Pallidum* com material corado), e imunológicos não treponêmicos que detectam anticorpos anticardiolipina, que por não serem específicos para os antígenos do *T. pallidum* são chamados de testes não treponêmicos^{1,8-11}.

A gestante deverá ser testada para sífilis durante o pré-natal e seu parceiro sexual também^{1,4}. Para o diagnóstico de sífilis em gestante, podem ser utilizados os testes treponêmicos rápidos ou os testes treponêmicos convencionais e os não treponêmicos. O tratamento na gestante é realizado com a administração da Penicilina Benzatina, devendo ser iniciado em até 30 dias antes do parto^{1,4}.

A sífilis em gestante é um agravo de notificação compulsória em Pernambuco e no Brasil, devendo ser notificada ao ter o diagnóstico confirmado. Em setembro de 2017, o Departamento Nacional de IST/Aids/HV, por meio da Nota Informativa nº 02/2017, alterou os critérios de definições de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita³. Neste contexto, visando a diminuição da subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, adotou-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério deveriam ser notificadas como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida^{3,4}.

Com a finalidade de atualizar a definição de caso de sífilis congênita para

fins de vigilância e visando o alinhamento com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde⁶ e da Organização Mundial da Saúde², deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta. Para fins de vigilância epidemiológica, não se considera como critério de definição de caso de sífilis congênita, o tratamento da parceria sexual da mãe.

Como parte das ações a serem desenvolvidas nas três esferas de gestão do SUS, foi lançada, em 2011, a Rede Cegonha pelo MS como “estratégia que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, período pós-parto e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)”, como sendo a implantação tendo sido implantado o teste rápido para triagem da sífilis na atenção básica, visando a ampliação da detecção precoce de casos em gestantes e o início oportuno para a prevenção⁷.

O Boletim Epidemiológico da Sífilis/SES/PE, 2018, refere que no período de 2005 a 2017, foram notificados 8.188 casos de sífilis em gestante. Neste período, observou-se um aumento de 507,14% no número de notificações. E de 1999 a 2017, Pernambuco notificou 14.783 casos de sífilis congênita. Desde 2008, verifica-se uma tendência de aumento no número de casos, chegando a 1.885 em 2017³. A Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco elaborou o Plano de Enfrentamento da Sífilis no Estado, com o objetivo de reduzir a incidência da sífilis, no período de 2015-2018, e este foi atualizado juntamente com os municípios prioritários para 2019-2022. Ressalta-se que a sífilis congênita e as suas implicações como a mortalidade ou sequelas corroboram para o desenvolvimento de análises e intervenções para reduzir a taxas aceitáveis a ocorrência de casos³.

Embora o controle da sífilis esteja ao alcance de vários países, a sua eliminação depende, em grande medida, da disposição e vontade política dos gestores locais, da colaboração dos profissionais da saúde e da sociedade, em prol de um movimento pela qualidade da atenção às gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, de uma mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, e de interação efetiva de outros setores do governo com a comunidade, principalmente com as redes do movimento popular de mulheres, as comunidades de base e a área acadêmica¹².

Nesse sentido, para que se reverta o cenário atual da sífilis no Brasil é importante o desenho de estratégias que vão além da descentralização organizacional do sistema e que incorporem investimentos em saúde ancorados na equidade regional, a fim de superar as dificuldades do financiamento em saúde, com implementação das linhas de cuidado de sífilis em gestante, parcerias e crianças expostas.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no município de Cabo de Santo Agostinho de 2015 a 2018.

2.2 Objetivos específicos

Descrever os casos de sífilis em gestantes por tipo de unidade notificadora, no município de Cabo de Santo Agostinho de 2015 a 2018.

Identificar os casos de sífilis em gestante por tratamento de parceiro, no município de Cabo de Santo Agostinho de 2015 a 2018.

Descrever os casos de sífilis congênita por realização de pré-natal e tratamento da mãe, no município de Cabo de Santo Agostinho de 2015 a 2018.

3 | MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo.

3.2 Local do Estudo

Município do Cabo de Santo Agostinho situado na região metropolitana do Estado de Pernambuco.

3.3 Período do Estudo

2015 a 2018.

3.4 População do Estudo

Casos de notificação de sífilis em gestante e da sífilis congênita.

3.5 Fonte e coleta de dados

A coleta de dados secundários foi realizada no SINAN do município do Cabo de Santo Agostinho.

3.6 Definição a serem utilizadas no estudo

Os critérios de definição de casos utilizados no estudo para Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita foram⁴:

Sífilis em gestantes

Situação 1: Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2: Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/

ou puerpério presente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3: Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério presente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Sífilis congênita

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

3.7 Processamento e análise dos dados

A tabulação e tratamento dos dados foram realizados pelo Tabwin e os gráficos pelo Software Excel.

3.8 Aspectos éticos

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução no 510 de 07 de abril de 2016, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada por se tratar de um estudo a partir de banco de dados secundários e de domínio público do Sistema de Informações em Saúde, cujas informações são agregadas e não possibilitam a identificação individual (Ministério da Saúde, 2016).

4 | RESULTADOS

Na série histórica do período de 2015 a 2018, o número de casos da sífilis em gestante apresenta um incremento de casos em comparação com a sífilis congênita, de acordo com a figura 1, apresentada a seguir.

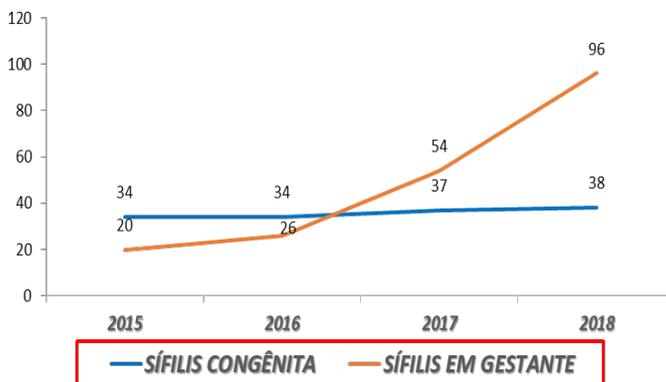


Figura 1. Número de casos notificados de sífilis em gestantes (N=196) e congênita (N=143) segundo ano de notificação. Cabo de Santo Agostinho, 2015 a 2018.

Fonte: SINAN/Vigilância epidemiológica/Secretaria municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho.

*dados provisórios (07/2019).

No período do estudo, observamos que os casos notificados de sífilis em gestantes são mais notificados na atenção primária (Figura 2). No entanto, segundo tratamento da sua parceria, o desfecho ignorado foi o campo mais notificado (Figura 3).

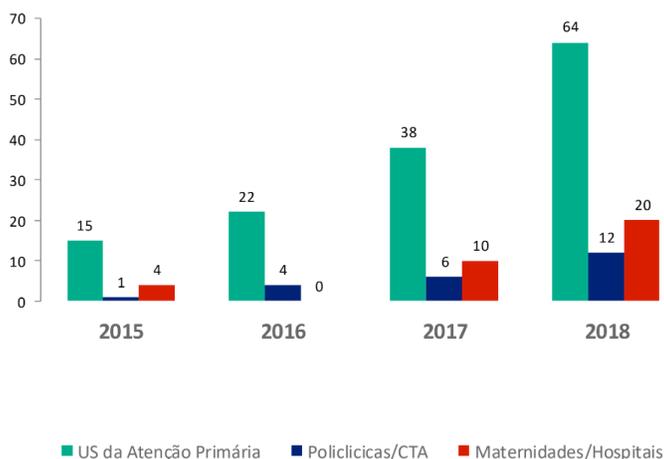


Figura 2. Número de casos notificados de sífilis em gestantes (N=196) segundo tipo de unidade notificadora e ano de notificação. Cabo de Santo Agostinho, 2015 a 2018.

Fonte: SINAN/Vigilância epidemiológica/Secretaria municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho.

*dados provisórios (07/2019).

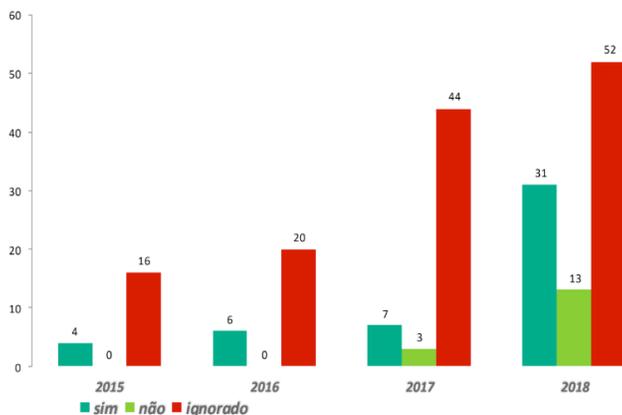


Figura 3. Número de casos notificados de sífilis em gestante (N=196) segundo tratamento de parceiro realizado e ano de notificação. Cabo de Santo Agostinho, 2015 a 2018

Fonte: SINAN/Vigilância epidemiológica/Secretaria municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho.

*dados provisórios (07/2019).

A figura 4 mostra que a maioria do número de notificação de casos de sífilis congênita ocorre em mães que realizaram o pré-natal.

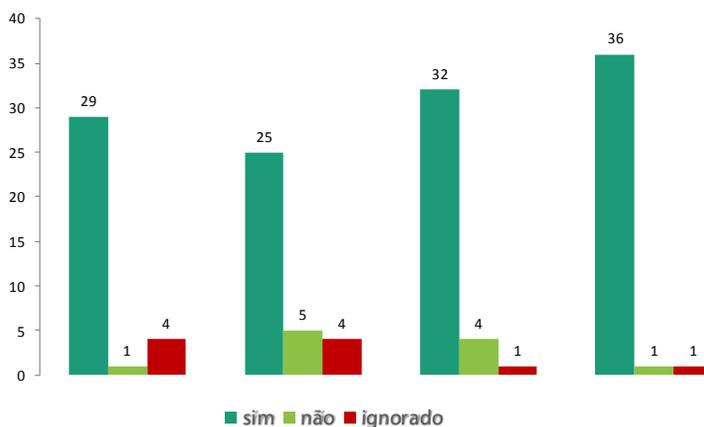


Figura 4. Número de casos notificados de sífilis congênita (N=143) segundo realização de pré-natal e ano de notificação. Cabo de Santo Agostinho, 2015 a 2018.

Fonte: SINAN/Vigilância epidemiológica/Secretaria municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho.

*dados provisórios (07/2019).

A figura 5 mostra o número de casos notificados de sífilis congênita com relação ao esquema de tratamento da mãe, que predomina o não realizado ou inadequado.

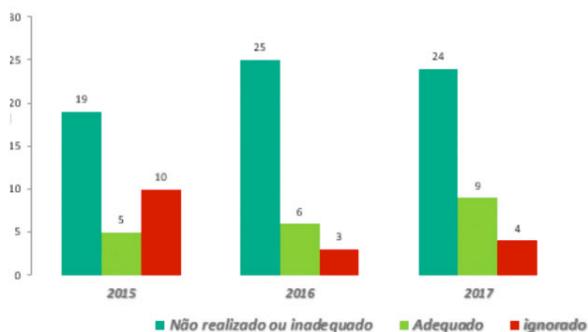


Figura 5. Número de casos notificados de sífilis congênita (N=143) segundo esquema de tratamento da mãe e ano de notificação. Cabo de Santo Agostinho, 2015 a 2018.

Fonte: SINAN/Vigilância epidemiológica/Secretaria municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho.

*dados provisórios (07/2019).

5 | CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

Os dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) mostram que os principais desafios para redução da transmissão vertical da sífilis ainda são: baixo número de gestantes adequadamente triadas e tratadas para sífilis, acesso tardio ao pré-natal, limitada utilização de testes rápidos em centros de atendimento, baixa adesão ao tratamento da gestante e parceiro ^{1,13}.

No Brasil, o número de casos notificados de sífilis em gestantes tem aumentado a cada ano¹³. Os achados do estudo corroboram com a literatura científica, onde o número de casos notificados de Sífilis em gestantes é maior que a congênita ^{7,8,9,14,15}, constando deficiências na assistência à saúde, e contribuindo para a incidência dos casos.

Neste estudo, demonstrou-se que a sífilis em gestante é mais notificada na atenção primária. O mesmo resultado foi observado por Nunes et al (2018)⁸, em Goiás no período de 2007-2014 e Domingues et al¹⁵, no município do Rio de Janeiro, RJ, período de 2007 a 2008, onde a maioria dos casos notificados de sífilis em gestantes foram notificados pela Equipe de Saúde da Família. Segundo Araújo et al¹⁶, as incidências de SC foram mais altas nos estados de maior cobertura da ESF no início do período analisado da série temporal (2003 a 2008).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, preconiza que a gestante deverá ser testada e tratada para sífilis durante o pré-natal e sua parceria sexual também¹. Porém, neste estudo observou-se que as gestantes e suas parcerias não estão sendo tratadas adequadamente. Ademais, a notificação das parcerias ocorre com baixa qualidade.

Dos casos de sífilis congênita notificados no município do Cabo de Santo Agostinho, foi observado que suas mães realizam o pré-natal. No entanto, dados do estudo *nascer no Brasil* apontam que apesar da gestantes realizarem o pré-natal, seus bebês estão nascendo com sífilis⁹. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017⁴. No Brasil de 2017 para 2018, o número de notificações de sífilis congênita apresentou aumento em todas as regiões do Brasil, com destaque para o incremento de 59,6% na Região Nordeste⁴.

Os estudos científicos demonstram que dentre os fatores que contribuem para o insucesso no controle da sífilis congênita e gestacional podem ser destacados os obstáculos para o acesso aos serviços de pré-natal; a qualidade insuficiente de muitos destes serviços; a falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme preconizado; e a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado de VDRL positivo ^{14,17, 18, 19,20,21}.

6 | RECOMENDAÇÕES

- Treinamento para vigilância epidemiológica sobre sistema de informação da sífilis;
- Fortalecimento do Grupo Técnico de Vigilância da Sífilis do município com reuniões mensais e discussão de casos;
- Monitoramento pela vigilância epidemiológica do VDRL e teste rápido reagente das gestantes e parcerias para notificar oportunamente os casos;
- Ampliação do tratamento das parcerias sexuais na atenção primária;
- Implantação do pré-natal do homem na atenção primária;
- Registro no cartão do pré-natal a situação do diagnóstico e do tratamento da gestante na atenção primária;
- Realização de ações educativas sobre o agravo para a população pela

educação em saúde;

- Qualificação do pré-natal com orientações sobre a doença e uso do preservativo durante a gestação na atenção primária.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde do município do Cabo de Santo Agostinho pela disponibilidade dos dados.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2020.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.
3. BOLETIM SÍFILIS, ano 8, Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde de Pernambuco. Outubro de 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019. Brasília, 2019.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES – Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:45-9. [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>.
6. PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017.
8. NUNES PS et al. Sífilis e correlação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(4): e 2018127, 2018.
9. DOMINGUES RMSM, LEAL MC - Incidência de sífilis congênita: dados do estudo *nascer no brasil* - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(6): e 00082415, jun, 2016.
10. KOLMANN TR, DOBSON SR. Syphilis. In: Wilson C, Nizet V, Maldonado Y, Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Remington and Klein's infectious diseases of the fetus and newborn infant. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2016. p. 512-43.

11. PEELING RW, YE H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Health Organization. 2004;82:439-46.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf> .
14. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(10):647-52.
15. DOMINGUES RMSM, SARACENI V, HARTZ ZMA, LEAL MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013; 47(1):147-57.
16. ARAUJO CL, SHIMIZU HE, SOUZA AIA, HAMANN EM. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):479-86.
17. MESQUITA KO, LIMA GK, FILGUEIRA AA, FLOR SMC, FREITAS CASL, LINHARES MSC, et al. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: contribuições para Assistência Pré-Natal. DST – J Bras Doenças Sex Transm. 2012;24(1):20-7.
18. FONSECA SC, OLIVEIRA LM, ALMEIDA NMR, SILVA KS, LORENA P. Incidence of congenital syphilis in a metropolitan region of Rio de Janeiro State: social inequalities. DST – J Bras Doenças Sex Transm. 2013;25(1):21-5.
19. ROMANELLI RMC, CARELLOS, EVM, SOUZA HC, PAULA AT, RODRIGUES LV, OLIVEIRA WM, SILVA HRM, SACRAMENTO JPC, ANDRADE GMQ. Manejo de sífilis em gestantes e seus recém-nascidos: ainda um problema? J Bras Doenças Sex Transm. 2015; 27(1-2):35-9.
20. MASCHIO-LIMA TAIZA, MACHADO IARA LÚCIA DE LIMA, SIQUEIRA JOÃO PAULO ZEN, ALMEIDA MARGARETE TERESA GOTTARDO. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2019.
21. ARLLIAN KERLEN SIMONELLI SOARES, THIAGO NASCIMENTO DO PRADO, ELIANA ZANDONADE, SANDRA FAGUNDES MOREIRA-SILVA, ANGÉLICA ESPINOSA MIRANDA. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. Epidemiol. Serv. Saúde 29 (1). 2020.

CAPÍTULO 11

HOMENS: A RESPEITO DA SAÚDE E DO CUIDADO DE SI MESMOS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Franklin de Oliveira Lima

Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7081265959603199>

Cristina Camelo de Azevedo

Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/4520297824443794>

Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro

Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0539797377298563>

RESUMO: Busca compreender a saúde do homem na Atenção Básica de Maceió a partir do discurso de homens cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. A pesquisa, de caráter descritivo e exploratório, foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com cinco homens de idades entre 40 e 65 anos, sendo a análise dos repertórios sobre a saúde e cuidados de si, norteadas pelo referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas, que se fundamenta no Construcionismo Social. São analisadas três categorias: estado de saúde; cuidados de si e; opiniões e interações com a UBS. O estado de saúde estão relacionados

à falta de cuidados de si, ao surgimento de doenças e ao contexto social. O cuidado de si acontece após o surgimento de uma doença e vinculado à compreensão da saúde como ausência de doença. Opiniões e interações com a UBS sinalizam a ambiência e as relações estabelecidas entre os atores produzem sentidos que aproximam e/ou afastam os usuários. O cuidado tem sido associado às mulheres e não pertencente aos homens devido a fatores como relações de gênero. O incentivo das instituições governamentais e dos serviços de saúde são sugeridos como possibilidades para motivar os homens a cuidarem de si mesmos. Identificou-se a necessidade de um olhar ampliado sobre a Saúde do Homem.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica em Saúde; Saúde do Homem; Cuidado de Si; Práticas Discursivas.

MEN: ABOUT HEALTH AND SELF – CARE

ABSTRACT: It seeks to understand men's health in Primary Care in Maceió from the discourse of men registered in a Basic Health Unit (UBS) in the city. The research, of a descriptive and exploratory character, was carried out through semi-structured interviews, with five men between the ages of 40 and 65 years, with the analysis of the repertoires on health and self-care, guided by the theoretical-methodological framework of the Discursive Practices, which is based on Social Constructionism. Three categories are analyzed: health status; self-care and; opinions and interactions with UBS. Health status is related to the lack of self-care, the appearance

of diseases and the social context. Self-care takes place after the appearance of a disease and linked to the understanding of health as the absence of disease. Opinions and interactions with the UBS signal the ambience and the relationships established between the actors produce meanings that bring users closer and / or away. Care has been associated with women and not with men due to factors such as gender relations. The incentives of government institutions and health services are suggested as possibilities to motivate men to take care of themselves. The need for a broader look at Men's Health was identified.

KEYWORDS: Primary Health Care; Men's Health; Care of himself; Discursive Practices.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir das experiências vivenciadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maceió, do primeiro autor, junto com a equipe de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A proposta de atividades na Atenção Básica é a promoção de saúde da comunidade, na qual a equipe se insere.

Durante o período dessa atividade, pode-se observar que poucos homens iam à Unidade de Saúde em comparação à quantidade de mulheres. Após indagações sobre os motivos dessa ausência do público masculino na UBS e a busca da literatura científica sobre o tema, surgiu a pergunta de pesquisa: “como os homens da comunidade cuidam de sua saúde”?

O objetivo desta pesquisa é compreender a saúde dos homens na Atenção Básica a partir dos sentidos que eles atribuem ao cuidado com a sua saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para identificar quais os sentidos do cuidado estavam presentes em suas falas, sendo a construção do conhecimento norteadas pelo referencial teórico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK et al, 2004; SPINK et al, 2014).

O cuidar pode ser considerado um ato cotidiano do ser humano no qual se atribui atenção, zelo e cautela a algo ou alguém; sendo a palavra *cuidado* derivada da noção grega *epimeléia heautoû* que significa ocupar-se consigo mesmo, se preocupar consigo (FERREIRA, 2001).

No âmbito da Atenção Básica em Saúde, o cuidado de si mesmo é prática cotidiana da maioria das mulheres; em contrapartida o cuidado de si é uma ação pouco valorizada pelo público masculino, que tende a se afastar dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2015).

A prevenção é a diferença fundamental entre homens e mulheres no que diz respeito ao cuidado em saúde, visto que o público feminino busca mais os serviços de saúde no que se refere às consultas médicas, exames de rotinas e o consumo de

medicamentos (BRASIL, 2008).

Historicamente, aos homens foi atribuído a realização de atividades como caça, a defesa de território e aquelas que exigiam força; enquanto às mulheres cabiam tarefas consideradas mais pacatas e humildes, como a alimentação, vestuário, cuidado aos filhos, entre outras. Esse modo de distribuição das tarefas contribuiu para a construção de identidades sociais para homens e mulheres, tendo os homens um lugar de representante da virilidade e força masculina, e às mulheres uma imagem associada ao ato de cuidar (SILVA et al, 2013; GOMES; ARAÚJO, 2007). Sendo assim, a mulher passou a ser representada como símbolo do cuidado, enquanto o homem passou a ser considerado forte e viril, não se posicionando como capaz de cuidar de si mesmo.

Esse não-lugar do cuidado de si reflete nos índices de morbi-mortalidade da população masculina quando comparados às mulheres. Os homens vivem menos, e têm, por exemplo, um índice maior de óbitos referentes a homicídio, acidentes de transportes, transtornos mentais e comportamentais (associado ao álcool e substâncias psicoativas), doenças crônicas, entre outras (BRASIL, 2008; GOMES; ARAÚJO, 2007; LAURENTI et al, 2005). As ações ou propostas para serem operacionalizadas na Atenção Básica podem contribuir para a diminuição de alguns desses índices visto que são norteadas pelos princípios da prevenção.

A Atenção Básica é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, na qual ações de prevenção de doenças e promoção da saúde são desenvolvidas, na comunidade onde residem. Os serviços são viabilizados pelas UBS e operacionalizados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2008, vinculada ao Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), foi criada com o objetivo de “promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos” (BRASIL, 2008, p. 8).

A PNAISH apresenta um panorama e indicadores sobre a saúde dos homens, considerando que um dos motivos de suas ausências nos serviços de saúde são as barreiras socioculturais que permeiam as relações de gênero, que estão presentes até hoje na história da humanidade (BRASIL, 2008).

O contexto sociocultural e as relações de gênero associados a longas jornadas de trabalho e o pouco incentivo do poder público para a saúde do homem dificultam o acesso à Atenção Básica, visto que os sentidos produzidos do ser homem na sociedade ainda o identificam a partir de estereótipos de patriarcalismo, masculinidade, virilidade, machismo e força (GOMES, 2007; SILVA et al, 2013). Logo, a doença é considerada por eles um sinônimo de fraqueza e fragilidade e não é reconhecida como pertencente à sua própria constituição biológica (FERRAZ et al, 2013).

A Saúde do Homem no âmbito da Atenção Básica precisa ser viabilizada. Para isso, considera-se fundamental compreender quais os motivos que influenciam o não acesso e o distanciamento dos homens dos serviços de saúde. Neste estudo, é considerada a linguagem em uso (SPINK et al, 2004) de homens, que produzem sentidos sobre o cuidado de si mesmos.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o número CAAE 52942416.3.0000.5013, foi realizada em uma UBS de Maceió, onde está inserida uma equipe de ESF. Foram convidados a participar cinco homens que tinham entre 40 e 65 anos de idade, com os quais foram realizadas entrevistas, após assinarem o Termo de Consentimento. Todos os participantes entrevistados pertenciam ao território de intervenção da UBS e estão devidamente cadastrados na unidade. As identidades foram preservadas atribuindo nomes fictícios a cada um deles (Antônio 40 anos, João 65 anos, José 45 anos, Marcos 50 anos e Paulo 54 anos).

Os critérios de inclusão foram homens que possuíam cadastro na unidade, na faixa etária sugerida e que aceitaram participar livremente do estudo. Foram excluídos, homens não localizados em seus domicílios durante a pesquisa, ou aqueles incapacitados de verbalizar, devido a doença física e/ou psicológica. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas para o processo de análise.

O corpus de informações submetidos à análise, realizada a partir do referencial teórico das Práticas Discursivas (SPINK et al, 2004; SPINK et al, 2014), é constituído dos repertórios produzidos pelos homens participantes, durante as entrevistas, pelos enunciados presentes nos documentos das políticas públicas e na literatura científica.

As entrevistas iniciaram com a pergunta “Como você cuida da sua saúde?”. Norteadora do início de diálogo e produção de sentidos sobre o cuidado de si. Segue uma perspectiva dialógica, na qual ocorre a negociação de sentidos e o posicionamento de ambos os sujeitos - entrevistador e entrevistado - de modo a produzir novos sentidos sobre determinado assunto do cotidiano (SPINK et al, 2014).

A análise do material empírico consistiu na elaboração de mapas de associação de ideias (SPINK et al, 2004), nos quais foram construídas três categorias: estado de saúde; cuidados de si e; opiniões e interações com a UBS. A categoria estado de saúde refere-se aos repertórios utilizados pelos homens entrevistados para falarem sobre sua saúde; cuidados de si descrevem a forma como eles realizam os cuidados consigo e; opiniões e interações com a UBS referem-se às relações entre

profissionais e usuários e os seus posicionamentos quanto aos serviços de saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo cuidado de si, seus usos e sentidos presentes nas falas dos homens e nos textos pesquisados foi norteador para a análise e discussão, apresentada a seguir, a partir das categorias construídas.

3.1 Estado de Saúde

Os participantes apresentaram em seus repertórios discursivos suas condições de saúde. Os estados de saúde relatados estão associados a doenças como: pressão alta, diabetes, problemas oftalmológicos, problemas gastrointestinais, dores na coluna lombar e colesterol alto. O surgimento de doenças ou situações que afetam a saúde são o ponto de partida para o início do cuidado, é como relata José (45) que buscou os serviços de saúde a partir dos quarenta anos:

Pesquisador: Teve alguma coisa que aconteceu para o senhor começar a cuidar dos quarenta para cá?// José: Sim. Pressão Alta. Depois da pressão veio causar as dores nas costas. Depois disso veio aparecendo mais coisas e foi quando me interessei a tratar. [...]

O cuidado de si em José (45) se inicia de forma tardia após a fragilidade do seu estado de saúde. Nesse sentido, a busca pelos serviços acontece para o tratamento das doenças que adquiriu ao longo do tempo, não apresentando uma preocupação anterior para evitá-las.

A situação relatada por Marcos (50) também apresenta o cuidado da saúde após um infarto. O acontecimento o fez refletir sobre a prevenção e a importância do cuidado consigo próprio:

A minha saúde... Como coisas que é preciso comer, não exagerar. Não pode exagerar porque eu já tive um problema de saúde... Fui internado, fui para o pronto socorro... Eu me cuido, dia a dia...graças a Deus não to sentindo nada mais. [...] (Marcos, 50)

O cuidado de si em Marcos (50) está relacionado a um desejo de não retornar ao estado de saúde vivido, o que o faz não exagerar e se cuidar. Tal condição está ligada ao fato dos homens muitas vezes procurarem os serviços de saúde quando há alguma doença, seja ela aguda e/ou crônica (OLIVEIRA et al, 2015; FERRAZ et al, 2013).

As doenças crônicas relatadas pelos participantes, por exemplo, a pressão alta e o diabetes, além de outras doenças estão associadas a hábitos de vida não saudáveis, referentes a uma alimentação rica em gorduras, sedentarismo, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas (MESQUITA et al, 2015; MACHADO; RIBEIRO,

2012; COELHO, 2015).

O modo como os homens vivem e percebem o adoecer e o cuidado com o corpo estão relacionados à construção social da masculinidade (OLIVEIRA et al, 2015). Os repertórios de José (45) e Marcos (50) sobre os cuidados de si surgirem vinculados à fragilidade da saúde após o adoecimento, podem ser associados à perda da masculinidade. Considerando que o cuidado de si próprio pode reestabelecer o estado de saúde e a masculinidade, pelo retorno à labuta e às outras atividades do cotidiano.

O estado de saúde identificado nos discursos dos participantes pode se agravar devido às barreiras socioculturais e de gênero que impedem os homens de buscarem os serviços de saúde. É o caso de Paulo (54), que mesmo orientado para fazer o exame da próstata mostra-se resistente em se submeter, apesar de estar ciente de que se enquadra na faixa etária indicada para o início do exame:

Procurar o médico principalmente quando tiver com quarenta, quarenta e cinco anos, né... Tem o exame da “prosta”, né... Eu já to com cinquenta e quatro anos, e eu ainda não procurei fazer esse exame... Muita gente já disse que eu fosse procurar...mas eu... to nem aí, então...

O cuidado poderá acontecer devido à fragilidade da saúde ou o medo do câncer de próstata que levará o sujeito a buscar acompanhamento, o que comprova a ida ao médico muitas vezes associada ao exame do toque retal para o diagnóstico do câncer de próstata (COELHO, 2015). No discurso de grande parte dos homens, o exame do toque retal ainda está vinculado à perda da masculinidade, o que nos leva a considerar que os sentidos produzidos, no imaginário dos homens sobre esse exame, têm efeitos sobre as formas de cuidado de si mesmo.

Os estados de saúde presentes nos repertórios discursivos dos participantes demonstram o quanto estão relacionados à falta de cuidados de si, ao surgimento de doenças que se agravam com o passar do tempo e ao contexto social, no qual os homens estão inseridos.

3.2 Cuidados de Si

Os entrevistados quando questionados sobre o cuidado à saúde relatam maneiras diferenciadas de cuidar de si. A forma como cuidam e os sentidos produzidos sobre o cuidado de si modificam-se conforme a história e os acontecimentos que vivenciaram durante suas vidas. Como relatado por Antônio (40) que tem em seu contexto familiar uma doença crônica: “Aí no caso, meu pai já tinha pressão alta, diabetes, essas coisas. Já é um motivo mais...pra me prevenir mais ainda, cuidar mais da saúde...”

O cuidado com a saúde aparece nesse relato como forma de prevenir um

acontecimento já vivenciado no meio familiar, que o faz tomar medidas preventivas e não buscar os serviços apenas com o surgimento da doença. Contudo, a prevenção não é a prática que acontece rotineiramente no âmbito da saúde dos homens, sendo o tratamento de doenças o motivo principal por busca de atendimento (OLIVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2008; SILVA et al, 2013; FERRAZ et al, 2013).

Em outros casos, o cuidado acontece logo após a ida aos estabelecimentos de saúde. É o que relataram João (65), José (45) e Marcos (50), que se cuidam seguindo as recomendações médicas quanto a ingerir os medicamentos receitados e as mudanças na alimentação.

A prática da cultura dos homens de não cuidar de si se sustenta por diferentes motivos, sejam eles culturais, sociais, de gênero, entre outros. Muitas vezes não há uma reflexão de que o cuidado evita doenças e traz benefícios à saúde. Os homens são poucos presentes mesmo com os ganhos que o cuidado proporciona, mostram-se resistentes quando solicitados a comparecer ao serviço de saúde e têm dificuldades em seguir o tratamento como recomendado.

O cuidado é negligenciado na narrativa de João (65), mesmo sendo orientado:

Na hora eu digo pra você “eu vou cuidar da minha saúde, vou fazer isso, vou fazer aquilo”, depois pelas costas fazer mesmo... Ai, eu não posso dizer nada, né (risos)... A mesma coisa é você aceitar Jesus na igreja. Lá você tá sendo servo de Deus, mas quando chega em casa vai fumar, vai pintar, bordar, brigar com a esposa, né..

A dificuldade para o cuidado de si é identificada no relato de João (65), que admite uma contradição entre o que ele fala diante do profissional da saúde e o que ele faz em seu cotidiano. A contradição trazida por João (65) demonstra sua resistência em seguir as orientações para o cuidado de si.

As barreiras culturais e de gênero dificultam o acesso dos homens aos serviços, afetando o cuidado de si. Ora porque historicamente os homens foram designados para trabalharem, “sustentar” a família, ora por que são afetados pelo preconceito de alguns procedimentos que tornam vulnerável sua masculinidade, como apontado por José (45):

Homem não cuida da saúde. Ele cuida do trabalho, manter a família... Quando ele vem cuidar da saúde já está com a idade muito avançada... e tem muitos que nem com a idade avançada querem ir ao médico... Que nem esse câncer de próstata mesmo. Quando vem descobrir o câncer de próstata...o câncer já está comendo. No caso, eu tenho quarenta e cinco anos...nunca fiz esse exame de próstata de toque... que tem aquela história, sou muito machista.

O relato referente aos homens enquanto aqueles que não se cuidam porque trabalham para manter a família reproduz o lugar simbólico destes na sociedade, discurso esse fortalecido por uma cultura patriarcal fundamentada no controle dos

homens sobre as mulheres (SILVA et al, 2013).

Nota-se ainda no relato de José o exame do toque retal - considerado um exame invasivo – e os sentidos que produz no imaginário ferem o estereótipo de homem enquanto heterossexual, másculo e agressivo (OLIVEIRA et al, 2015). Esses sentidos contribuem para dificultar o não cuidado pois estão associados à uma cultura predominantemente “machista”.

Os discursos associados ao estereótipo de masculinidade presentes no cotidiano dos homens pode negligenciar o cuidado de si por considerarem a doença como inerente ao universo feminino (SILVA et al, 2013; GOMES; ARAÚJO, 2007). Para Marcos (50), a não procura pelos serviços de saúde pode estar associada ao “egoísmo” (no sentido de orgulho) dos homens em irem ao médico:

Passa hoje no posto de saúde tem vinte, trinta mulher; e tem três a quatro homens. E os homens são mais egoístas pra ir ao médico. Mas a doença do homem, a doença da mulher, a saúde, a vida é igual! Igual, só que a mulher ela se cuida melhor que o homem. O homem ele é mais egoísta pra ir ao médico...

A doença parece ser algo que não o pertence ou não causará efeitos danosos à sua saúde; e por isso o cuidado seria prática exclusiva da mulher.

Os cuidados de si trazidos pelos participantes estão associados à compreensão da saúde como ausência de doença, predominantemente biológica. Ir aos serviços de saúde apenas quando surge alguma doença, para um tratamento. A saúde não é compreendida pelo conjunto de determinantes que envolvem lazer, saneamento básico, acesso ao trabalho, entre outros.

3.3 Opiniões e interações com a UBS

Os relatos apresentaram formas variadas dos participantes interagirem e se posicionarem quanto aos serviços ofertados pela UBS. A ambiência e as relações estabelecidas entre os atores produzem sentidos que aproximam e/ou afastam os usuários. A interação de Paulo (54) o permite conhecer e dialogar com a equipe a respeito de informações quanto à saúde:

Conheço aqui... Conheço o pessoal que trabalha aqui no posto, conheço a agente de saúde também, né. Sempre estão nos avisando, né...sobre as doenças que tá acontecendo por ai, né...

Esse relato assinala a presença da equipe na vida cotidiana do usuário, que o orienta quanto aos cuidados da saúde e sobre as doenças que estão ocorrendo, possibilitando a prevenção.

É importante refletir no âmbito das relações interpessoais em saúde como as orientações são dadas, quais estratégias são usadas pela equipe multiprofissional de saúde para estreitar os vínculos com o usuário e promover o acolhimento das

demandas que surgem.

Para além da doença, há a necessidade dos homens falarem de seu cotidiano, de suas histórias e seus posicionamentos na vida. Compreender as histórias de vida dos usuários é fundamental para a construção de uma clínica ampliada pautada no diálogo, na singularidade de cada sujeito, no vínculo e no reconhecimento do usuário enquanto protagonista de sua saúde (BRASIL, 2009; 2014).

Ainda assim, há homens que por receios dos atendimentos ofertados não frequentam os serviços de saúde, como mencionado por Marcos (50): “Eu acho que muitos ‘caras’, muitos homens, eles acham que se forem no posto serão mal atendidos”.

Tal afirmação nos faz questionar como o cuidado aos homens vem sendo operacionalizado e quais estratégias estão sendo desenvolvidas para acolher as demandas deste público.

A participação do agente de saúde foi apontada como facilitadora da entrada dos homens nos serviços, principalmente pelos usuários que desenvolvem alguma atividade laboral:

Se tiver um agente de saúde pra pegar o nome dessas pessoas que trabalha, ai marcar e fala pra gente “ó, tal dia diga ao seu marido que tem um exame marcado pra ele, uma consulta marcada pra ele”... ai fica mais fácil, né...pra que os homens pudesse se cuidar (Paulo, 54).

E ainda afirma que os homens não se cuidam porque trabalham:

E os homens não sabe cuidar bem porque tem uma coisa em um canto, em outro, trabalha, né. Trabalha de segunda ao sábado, né... quando chega no sábado não tem expediente (Paulo, 54).

Propõe-se uma atenção maior aos homens que trabalham e não possuem disponibilidade de tempo para cuidar da saúde. O agente de saúde é reconhecido como o articulador do usuário com a UBS, pois poderá marcar consultas e exames antecipadamente para os homens que trabalham.

O horário de funcionamento das unidades é um dos fatores que dificultam a entrada dos homens nos serviços de saúde, visto que elas não disponibilizam um horário diferenciado de atendimento aos usuários, que realizam uma excessiva jornada de trabalho ao longo do dia (MESQUITA et al, 2015; MACHADO; RIBEIRO, 2012; ALVES et al, 2011; MOREIRA et al, 2014).

A ambiência das unidades de saúde é considerada muitas vezes feminina, que propicia o acolhimento das mulheres e distanciam os homens. Em seu relato, José (45) destaca a UBS como ambiente feminizado, no qual a participação de homens indicaria uma possível homossexualidade e conseqüentemente um preconceito por parte de outros homens:

Quem frequenta muito o posto de saúde é a mulher... Ele se acha um homem... igual àquela palavra... machista. Não quer ficar no meio das mulher, não sei o que... Ficar no meio das mulher é homossexual, entendeu? Tem esse preconceito (José,45).

O imaginário dos homens sobre serem apenas as mulheres que sabem cuidar da saúde é fomentado pela ambiência das unidades, que constrói um ambiente predominantemente feminino: pelos exames disponibilizados para esse público; exposição de cartazes relacionados à saúde da mulher e saúde do recém-nascido; adesivos que ornamentam o ambiente; entre outros. As UBS são assim consideradas espaços feminizados que produzem uma sensação de não pertencimento por parte dos homens (SILVA et al, 2013; MACHADO; RIBEIRO, 2012; FERRAZ, 2013; COUTO et al, 2010; FIGUEIREDO, 2005).

Nos relatos, os participantes da pesquisa apresentam sugestões para melhorar o acesso dos homens aos serviços de saúde, destacando que o incentivo da Secretaria de Saúde poderia contribuir para o cuidado de si:

Eu acho que deveria ter mais incentivo, mais é...anunciar mais nas televisão, nos programas de TV... é uma coisa que a gente vê pouco, não vê muito. A Secretaria incentivando o homem a cuidar da saúde (Antônio, 40).

E José (45) também apresenta o incentivo como sugestão :

Por outra parte, o próprio homem que tem que procurar os seus direitos. Por outra parte, a secretaria de saúde pode... Incentivar o homem a ir ao posto de saúde pra cuidar da sua saúde, entendeu?

Os participantes Antônio (40) e José (45) propõem um direcionamento pouco usual no âmbito da saúde do homem: o incentivo dos serviços de saúde e dos órgãos governamentais responsáveis pela saúde da população, como possibilidade de motivar os homens a cuidarem da saúde. Incentivo pouco direcionado para os homens, enquanto que muito difundido para a saúde da mulher, por meio das mídias e redes sociais. José (45) destaca que os homens precisam buscar seu direito à saúde, porém é necessário que as instituições públicas de saúde incentivem ainda mais na divulgação e em subsídios que proporcionem um cuidado adequado ao homem e suas demandas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ao buscar compreender a saúde dos homens na Atenção Básica, a partir dos sentidos que eles atribuem ao cuidado de si, em seus diversos repertórios discursivos pode-se reconhecer diferentes sentidos produzidos sobre saúde, gênero, cultura e sociedade.

Os estereótipos de masculinidade, força e virilidade construídos historicamente ainda se fazem presentes e influenciam o acesso ou não dos homens aos serviços de saúde. A desconstrução desses estereótipos que produzem identidades associadas aos padrões ideais do ser homem na sociedade, poderiam resultar em outras práticas de cuidados de si.

O surgimento de doenças e a fragilidade da saúde foram identificados nos relatos como pontos de partida para o início da busca pelo cuidado à saúde que acontece via tratamento. Constatou-se que as práticas de prevenção e as mudanças de hábitos de vida podem contribuir para a melhora dos estados de saúde dos homens entrevistados.

Em seus discursos, a concepção de saúde é associada a ausência de doenças, numa perspectiva biológica. Tal fato repercute nas ações no âmbito da Atenção Básica, direcionada na maioria das vezes para um procedimento curativo e biologicista da saúde, desconsiderando a história de vida e as particularidades trazidas pelos usuários dos serviços.

O cuidado com a saúde é relatado de diversas maneiras pelos homens participantes da pesquisa, influenciados por suas histórias de vida, no modo como cuidam ou não da saúde.

As relações de gênero surgem como fator que dificulta o acesso dos homens aos serviços de saúde, quando o cuidado à saúde é associado como prática da mulher e a ambiência das UBS como espaço feminizado.

A jornada excessiva de trabalho surge como uma dificuldade ao acesso à UBS, embora o agente de saúde tem sido o articulador entre sujeito e serviço de modo a agendar um horário que minimize os prejuízos no trabalho. A disponibilização de horários diferenciados de atendimento nas unidades de saúde, por exemplo no período da noite, pode contribuir para o acesso dos homens que trabalham durante o dia.

A Secretaria de Saúde e os serviços de saúde foram apontados como dispositivos, que podem motivar os homens aos cuidados de si. Estratégias inovadoras poderão contribuir para o acolhimento desses homens nos serviços, de modo que eles se sintam reconhecidos em suas particularidades e sintam que suas demandas foram escutadas e resolvidas.

A saúde do homem ainda é pouco discutida no âmbito da Atenção Básica quando comparada, por exemplo, à saúde da mulher, como também na literatura científica.

O apoio das instituições de saúde e a formação de profissionais capacitados para atender às demandas trazidas pelos homens poderiam contribuir para modificar as práticas de saúde em relação aos cuidados de si do homem no atual cenário brasileiro.

Ainda que tenhamos compreendido que existem dificuldades sociais e culturais para os homens implicarem-se no cuidado de si, essas dificuldades não são restritas a eles, pois estão arraigadas nas instituições e serviços de saúde, em suas ações e Políticas Públicas. O que provoca ainda a pergunta: É possível construir novos repertórios, que não identifique o cuidado à saúde como prática exclusiva das mulheres e que dê visibilidade aos homens enquanto protagonistas de sua saúde?

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F et al. **Gênero e saúde: O cuidar do homem em debate**. Psicol. Teor e Prat, São Paulo, 13(3), 152-66, mai 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

____ Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

____ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília (DF); 2009.

COELHO, J. S. **O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem** [dissertação]. 2014. 71 f. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10750>>. Acesso em 30 ago. 2020.

COUTO, M. T. et al. **O homem na atenção primária em saúde: Discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface (Botucatu). São Paulo, 14(33), 257-70, abr./jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de ago. 2020.

FERRAZ, M; TRINDADE, L.L; BEVILAQUA, E; SANTER, J. **As demandas do homem rural: Informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica**. REME, Minas Gerais, 17(2), 349-55, abr./jun 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/654>>. Acesso em 21 ago. 2020.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária**. Cien Saúde Colet, Rio de Janeiro, 10(1), 105-09, ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2020.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3), 565-74, mar 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 ago. 2020.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M; GOLTLIEB, S. L. D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina.** Cien Saúde Colet, Rio de Janeiro, 23(3), 35-46, ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 ago. 2020.

MACHADO, M.F; RIBEIRO, M. A. T. **Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde.** Interface (Botucatu), São Paulo, 16(41): 343-55, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MESQUITA, M. G. R et. al. **Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer.** Revi Pesq Cuid Fundam, Rio de Janeiro, 7(3): 2949-60, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3847>. Acesso em 30 ago. 2020.

MOREIRA, R. L. S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, 18 (4): 615-21, out./dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000400615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 ago. 2020.

OLIVEIRA, M. M et al. **A saúde do homem em questão: Busca por atendimento na atenção básica de saúde.** Cien Saude Colet, Rio de Janeiro, 20(1): 273-78, out 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100273&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2020.

SILVA, S. O; BUDÓ, M. L. D; SILVA, M. M. **Concepções e práticas de cuidado na visão de homens.** Text Cont Enferm, Florianópolis, 22(2): 389-96, abr./jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2020.

SPINK, M. J. P et al. **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 3a ed. São Paulo: Cortez; 2004

SPINK, M. J. P et. al. **A produção de informação na pesquisa social: Compartilhando ferramentas.** Rio de Janeiro: Centro Eldestein de Pesquisas Sociais; 2014.

CAPÍTULO 12

FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE NEONATAL NO PERÍODO DE 2005 A 2015

Data de aceite: 01/12/2020

Liana Caroline Bruno Lobato

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Recife (PE). Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5142-8854>

Ana Catarina de Melo Araújo

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SES/PE
Recife (PE). Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1558-9789>

Aline Beatriz dos Santos Silva

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva-PPGSC
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-9559-8524>

Rhaisa Alves Vieira dos Santos

Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINASSAU
Recife (PE). Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5483-7189>

Sara Larissa de Melo Araújo

Universidade Federal do Vale do São Francisco
Programa de Pós-Graduação Ciências da
Saúde e Biológicas
Petrolina, Pernambuco, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3890-2822>

Simone Lugon da Silva Almeida

Programa de Pós Graduação mestrado e
doutorado
Universidade Grarulhos (UNG-SP)
<https://orcid.org/0000-0002-0110-2215>

Aline Luzia Sampaio Guimarães

Programa de Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do
(SESAU)
Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0001-5752-8373>

RESUMO: **Objetivo:** Identificar os fatores associados à mortalidade neonatal no município do Recife, no período de 2005 a 2015. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando-se de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) a respeito do município do Recife, estado de Pernambuco no período de 2005 a 2015. Os sistemas de informação foram obtidos por meio do site do DATASUS, do Ministério da Saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva e apresentados por tabela e gráfico. **Resultados:** Entre 2005 e 2015, ocorreu um registro de 2.280 óbitos neonatais, sendo 1.746 (76,57%) óbitos neonatais precoces e 534 (23,42%) óbitos neonatais tardios. No presente estudo as variáveis que apresentaram associação estatística significativa foram: tipo de gravidez, prematuridade, tipo de parto e muito baixo peso. **Conclusão:** Levando em consideração os fatores associados à mortalidade neonatal, faz-se necessário uma maior atenção na qualidade da assistência no pré-natal, parto e pós-parto, investindo na melhoria da qualidade de vida da população, onde os aspectos sociais, econômicos e ambientais têm uma extrema ligação com a mortalidade neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil; Mortalidade Neonatal Precoce; Fatores de Risco.

FACTORS ASSOCIATED WITH NEONATAL MORTALITY FROM 2005 TO 2015

ABSTRACT: Objective: To identify the factors associated with neonatal mortality in the municipality of Recife, from 2005 to 2015. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach using data from the Mortality Information System (SIM) and the Information System on Live Births (SINASC) from Recife, Pernambuco State, in 2005 to 2015. The information systems were obtained through the DATASUS website of the Ministry of Health. Data were analyzed by descriptive statistics and presented by table and graph. **Results:** Between 2005 and 2015, there were 2,280 neonatal deaths, with 1,746 (76.57%) early neonatal deaths and 534 (23.42%) late neonatal deaths. In the present study, the variables that presented a statistically significant association were: pregnancy type, prematurity, type of delivery and very low weight. **Conclusion:** Taking into account the factors associated with neonatal mortality, it is necessary to pay more attention to the quality of prenatal, delivery and postpartum care, by investing in improving the quality of life of the population, where social, economic and environmental factors have an extreme link with neonatal mortality.

KEYWORDS: Infant Mortality; Early Neonatal Mortality; Risk Factors.

1 | INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador chave na análise da situação de saúde de um determinado contexto. O acompanhamento desse indicador reflete no interesse de garantir a elaboração de políticas públicas efetivas no enfrentamento desse quadro, ou até na melhoria das políticas já existentes. Além disso, ele se configura como um indicador sensível à assistência materno-infantil no ciclo gravídico-puerperal, esta sendo definida pelo número de óbitos de menores de um ano, por mil nascidos vivos em determinado espaço geográfico (FEITOSA et al., 2015).

Em termos mundiais, a mortalidade em menores de cinco anos vem decaindo, quando se analisa o período de 1990 a 2016. Apesar do declínio, o ano de 2016 ainda apresenta números preocupantes, os quais revelam que 2,6 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida (UNITED NATION, 2018). No contexto brasileiro as causas evitáveis são realidade sanitária e motivo principal dos óbitos⁽⁴⁾. O estado de Pernambuco também seguiu o padrão mundial de decréscimo, no entanto, como já mencionado, os números ainda são representativos, corroborando para melhorias na política de saúde local para esse grupo de indivíduos (BRASIL, 2015).

A TMI é avaliada em duas perspectivas: a neonatal (0 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias até 11 meses e 29 dias de vida) (FRANÇA; LANSKY, 2016). É visto que, essa distinção de períodos facilita a compreensão das causas envolvidas no óbito, que variam desde condições genéticas ou até mesmo hospitalares (assistência prestada) até fatores sociais que potencializam esse óbito⁽⁷⁾. Os estudos mostram que há uma concentração de óbitos no período neonatal em comparação ao período pós-neonatal, indicando que as causas evitáveis (principalmente referente à assistência) estejam incluídas nessa análise (OLIVEIRA et al.; BRASIL, 2009).

No Brasil é estimado que 60% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis, dentre elas: as falhas na qualidade da assistência no pré-natal, no diagnóstico de alterações da gravidez e no manejo obstétrico, se destacando a mortalidade no primeiro dia de vida, onde apresenta uma relação direta com a assistência prestada ao recém-nascido durante o parto, pré-parto e o atendimento nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Os recém-nascidos com o peso inferior a 1500g, considerado muito baixo peso, estão mais vulneráveis, o que pode ser explicado pelo fato destes recém-nascidos necessitarem de um maior período de internação para ganho de peso, o que os expõem à infecções, sendo esta uma das principais causas de mortalidade, assim como a idade gestacional menor que 35 semanas e o tempo de bolsa rota maior ou igual a 18 horas (SILVA et al., 2015; GRANZOTO, MENDES, OLIVEIRA, 2013; DEMITTO et al., 2016).

Assim, levando em consideração que as taxas de mortalidade neonatal ainda são preocupantes e conseqüentemente, como um problema de saúde pública, além de representar um indicador direto da qualidade da assistência dos serviços de saúde, da qualidade de vida, dos aspectos sociais e econômicos da população, torna-se fundamental o conhecimento desses números, possibilitando a análise e favorecendo a adoção de medidas adequadas na assistência às gestantes e aos recém-nascidos no pré-natal e no parto (BATELLO; SCHERMANN, 2017). Nesse contexto, o estudo objetivou identificar os fatores associados à mortalidade neonatal no município do Recife, no período de 2005 a 2015.

2 | MÉTODOS

A pesquisa conduziu-se no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco localizado no Nordeste do Brasil, ocupando uma área de 218.435 km², constituído por uma população de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2017).

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde,

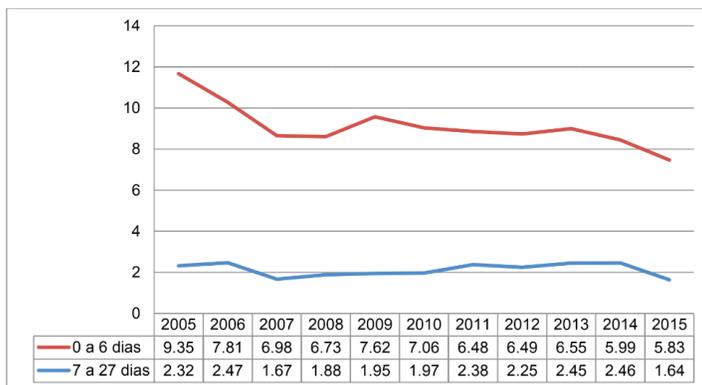
disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL. 2015). A amostra constituiu-se por todos os óbitos neonatais no município do Recife, no período de 2005 a 2015.

A análise dos dados realizou-se por meio do cálculo da taxa de mortalidade neonatal precoce (número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado) e tardia (número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado), e por meio de estatística descritiva apresentou-se os dados por meio de números absolutos e percentuais. Descreveram-se as seguintes variáveis: tipo de gravidez, duração da gestação, tipo de parto, peso ao nascer, sexo, idade materna e escolaridade materna (FRANÇA; LANSKY, 2016).

Este estudo dispensou de apreciação por um Comitê de Ética, pois os dados são de domínio público, pertencentes ao banco de dados disponibilizado no site do Ministério da Saúde (DATASUS), estando nos conformes éticos propostos na Resolução 510/16, do Conselho Nacional e tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução 466/12, do mesmo ente.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre 2005 e 2015, ocorreram 249.699 nascimentos no município de Recife, sendo 2.280 óbitos neonatais, destes: 1.746 (76,57%) óbitos neonatais precoces e 534 (23,42%) óbitos neonatais tardios (Figura 1).



*Total NV(nascidos vivos): 249.699

**Total de óbitos: 2.280

***Óbitos neonatais precoces: 1.746 / Óbitos neonatais tardios: 534

Figura 1- Evolução da taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia (1.000 NV). Recife (PE), Brasil, 2005 a 2015.

Fonte: SIM e SINASC/PE

A taxa de mortalidade neonatal precoce sofreu um declínio nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008 (9,35; 7,81; 6,98 e 6,73/1.000 nascidos vivos, respectivamente), aumentando no ano de 2009 (7,62/1.000 nascidos vivos) em comparação com o ano de 2018. Entre 2010 e 2015 sofreu novamente declínio, com crescimento pontual, comparado ao ano anterior, nos anos de 2012 e 2013 (7,06; 6,48; 6,49; 6,55; 5,99 e 5,83/1.000 nascidos vivos, respectivamente).

Observa-se que a taxa de mortalidade neonatal tardia apresenta-se com maior instabilidade, mostrando variações durante o período de estudo, porém apresentou redução expressiva entre o ano de 2005 e 2015 (2,32 e 1,64/1.000 nascidos vivos, respectivamente).

O coeficiente de mortalidade neonatal encontrado representou 9,13/1.000 nascidos vivos, sendo 6,99/1.000 nascidos vivos, correspondente à mortalidade neonatal no período precoce, os coeficientes citados não foram incorporados à figura 1. Em pesquisa realizada na cidade de Cuiabá – MT no ano de 2006 a 2010 sobre mortalidade infantil, o coeficiente de mortalidade neonatal representou 8,8/1.000 nascidos vivos, com participação maior do componente neonatal precoce (LIMA et al., 2017).

Achado similar também se evidenciou em uma pesquisa realizada na cidade de São Luís – MA, onde 78,5% dos óbitos neonatais ocorreram no período neonatal precoce, aproximadamente quatro vezes maior que o de mortalidade neonatal tardia (PEREIRA et al., 2017).

A prematuridade constitui-se um dos mais importantes fatores de risco para o óbito precoce, o recém-nascido prematuro tem maior risco de desconforto respiratório, infecções, apneia, instabilidade térmica, convulsões, icterícia e dificuldade em aceitar dieta. A taxa de mortalidade aumenta de forma proporcional à diminuição da idade gestacional e do peso ao nascimento, sendo mais acentuada entre os recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas (BACELAR; DUARTE, 2016).

Quanto à variável tipo de gravidez, o maior percentual de óbitos foi decorrente de gestação única (86,77% - 0 a 6 dias; 87,26% - 7 a 27 dias), convergindo com pesquisas realizadas nos municípios de Ubá-MG e Joinville-SC com percentual de 75,86% e 95,08%, respectivamente, para óbitos provenientes de gestação única (Tabela 1) (PAULA JÚNIOR et al., 2017; KROPIWIEC, FRANCO, AMARAL, 2017).

Variáveis	Neonatal Precoce 0 a 6 dias (n,%)	Neonatal Tardia 7 a 27 dias (n,%)
Tipo de gravidez		
Única	1515 (86,77)	466 (87,26)
Múltipla	212 (12,14)	66 (12,36)
Ignorada	19 (1,09)	2 (0,37)
Duração da gestação (semanas)		
<28	834 (47,77)	141 (26,40)
28 a 36	544 (31,16)	236 (44,19)
> 37	336 (19,24)	151 (28,28)
Ignorado	32 (1,83)	6 (1,12)
Tipo de parto		
Vaginal	1099 (62,94)	262 (49,06)
Cesáreo	627 (35,91)	268 (50,19)
Ignorado	20 (1,15)	4 (0,75)
Peso ao nascer (gramas)		
<1.500	1155 (66,15)	280 (52,43)
1.500 a 2.499	260 (14,89)	106 (19,85)
Acima de 2.500	313 (17,92)	144 (26,97)
Ignorado	18 (1,03)	4 (0,75)
Sexo		
Masculino	964 (55,21)	262 (49,06)
Feminino	752 (43,07)	272 (50,94)
Ignorado	30 (1,72)	-
Idade Materna		
< 20 anos	379 (21,71)	88 (16,48)
20 a 34 anos	1141 (65,35)	361 (67,60)
35 anos ou mais	208 (11,91)	81 (15,17)
Ignorado	18 (1,03)	4 (0,75)
Escolaridade Materna		
0 a 7 anos	579 (33,16)	165 (30,90)
8 a 11 anos	876 (50,17)	266 (49,81)
12 anos ou mais	260 (14,89)	94 (17,60)
Ignorado	31 (1,78)	9 (1,69)

Tabela 1- Distribuição da mortalidade neonatal precoce e tardia, por variáveis, em Recife/PE, Brasil, 2005 a 2015.

Fonte: DATASUS, 2015.

No entanto, em um estudo desenvolvido no município de Curitiba-PR aponta a gestação múltipla com 5,32 vezes maior risco de morte neonatal, quando

comparado à gestação única (BORGES; VAYEGO, 2015).

Corroborando com estudo realizado no município de Maringá-PR, que aponta a gestação múltipla como fator de risco para prematuridade, sendo esta uma das causas com maior índice de mortalidade nesta faixa etária, além de potencializar possíveis complicações no período gestacional, tais como a hipertensão arterial e a ruptura prematura das membranas (MELO; CARVALHO, 2014).

Considerando a duração da gestação, o percentual de óbitos com idade gestacional inferior a 28 semanas apresentou-se como o mais elevado no período neonatal precoce (47,77%) e entre 28 a 36 semanas no período neonatal tardio (44,19%). Nesse sentido pode-se observar que a maior parte dos óbitos se enquadrou na faixa de prematuridade. Isso demonstra que a mortalidade neonatal sofre forte influência da idade gestacional, pois do total de 2.280 recém-nascidos, somente 487 (21,35%) são considerados com nascimento no tempo adequado, ou seja, a partir de 37 semanas de gestação (Tabela 1).

Reforçando resultado encontrado em pesquisa realizada em Cuiabá-MT, onde 65,4% dos óbitos correspondiam à idade gestacional inferior a 37 semanas. Em outro estudo da Região Nordeste do Brasil, mostrou que 78,7% dos recém-nascidos que foram a óbito eram prematuros. Refletindo a qualidade da assistência prestada à mãe durante a gestação, sabendo-se das particularidades que envolvem as características socioeconômicas e biológicas das puérperas, como; a escolaridade e hábitos de vida (GAIVA, FUJIMORI, SATO, 2016; LANSKY et al., 2014).

Predominaram, na mortalidade neonatal, os nascimentos de parto vaginal (62,94% - 0 a 6 dias) e parto cesáreo (50,19% - 7 a 27 dias). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Rio Grande do Norte e em alguns estados do Nordeste do Brasil, onde os óbitos provinham de parto vaginal, por ser a via natural e preferencial para os nascimentos (Tabela 1) (SILVA et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2016). O aumento de partos vaginais ocorreu por incentivo do Sistema Único de Saúde, a fim de reduzir o número de partos operatórios, já que o Brasil apresenta elevadas taxas de cesáreas, chegando a 40% no sistema público (BRASIL, 2015).

Considera-se que a correta indicação da cesariana pode influenciar na diminuição dos óbitos, devido ao risco de espera para parto natural exceder o da cesariana. Diante dos riscos de morbimortalidade que as gestantes estão vulneráveis, decorrentes de complicações maternas e fetais como: gestações múltiplas, aumento da idade materna nas primíparas, suspeita de bradicardia ou taquicardia, dentre outros fatores, às cesarianas estão crescentes (TEIXEIRA et al., 2016).

Na Tabela 1 verifica-se um destaque maior de óbitos em recém-nascidos com menos de 1.500g, 66,15% no período neonatal precoce e 52,43% no período neonatal tardio. Semelhante aos dados encontrados em pesquisa realizada em

São Luís – MA, onde 82,6% dos recém-nascidos que evoluíram a óbito no período neonatal precoce possuíam peso <1.500g. Isso nos permite concluir que a maioria dos óbitos estão relacionados ao muito baixo peso (de 1.000 a 1.499 g) (PEREIRA et al., 2017).

Outro estudo, realizado na região Nordeste do Brasil, evidenciou que a mortalidade neonatal nas primeiras 24 horas de vida é elevada nos recém-nascidos de muito baixo peso (CASTRO; LEITE; GUINSBURG, 2016). Estudo nacional semelhante ressalta que recém-nascidos com peso inferior a 1.500g têm uma chance dez vezes maior de vir a óbito no período neonatal (OR = 10,51) (SILVA et al., 2014). Os recém-nascidos de baixo peso apresentam prematuridade e/ou retardo do crescimento intrauterino devido a fatores biológicos e socioeconômicos, respectivamente. É o fator que isoladamente tem maior importância na mortalidade neonatal e influencia o crescimento e desenvolvimento da criança (PEDRAZA, 2014).

O sexo masculino obteve um percentual mais elevado nos óbitos neonatais precoces (55,21%) e nos óbitos neonatais tardios o sexo feminino prevaleceu (50,94%) (Tabela 1). Corroborando dados de outro estudo realizado em Teresina – PI, os óbitos de recém-nascidos do sexo masculino correspondiam a 52,16% (MUNIZ et al., 2018).

As crianças do sexo masculino, de um estudo realizado em Petrolina-PE, tinham uma chance seis vezes maior de óbito (OR = 6,24). O motivo de maior mortalidade no sexo masculino poderia ser explicado pelo retardo do amadurecimento pulmonar, com consequentemente maiores complicações respiratórias, considerada umas das principais causas de óbito nesse período (MIRANDA; FERNANDES; CAMPOS, 2017).

Sobre as características maternas, a idade da mãe entre 20 e 34 anos apresentou um maior número de casos de óbitos neonatais precoces (65,35%) e nos óbitos neonatais tardios (67,60%) (Tabela 1). Convergindo com resultados semelhantes encontrados em estudos realizados nos estados do Pará, Goiás e Mato Grosso, que demonstraram maior ocorrência de óbitos nestes parâmetros de idade, equivalente à: 44,24%, 50,97% e 73,01% respectivamente (GAIVA, FUJIMORI, SATO, 2016; BEZERRA et al., 2016; CASTRO, VERONEZI, 2018).

A mortalidade neonatal associa-se a idade materna especialmente nos grupos etários extremos (adolescentes e mulheres acima de 35 anos), por diversos fatores comportamentais, socioeconômicos e biológicos (GAIVA, FUJIMORI, SATO, 2016). A idade materna avançada apresenta maior risco de internação prévia ao parto, o aumento da idade é diretamente proporcional ao aumento da incidência de doenças crônicas que levam à morbimortalidade (MOURA et al., 2018).

A escolaridade materna entre 8 a 11 anos de estudo apresentou maior

percentual de óbitos, (50,17% - 0 a 6 dias; 49,81% - 7 a 27 dias) (Tabela 1). Assemelhando-se aos dados encontrados no município de Teresina-PI, onde a maior ocorrência de óbitos interligou-se a escolaridade materna entre 8 e 11 anos de estudo. Estudo realizado em Ubá-MG diverge com os demais, onde a maior ocorrência (41,38%) foi de 0 a 7 anos de estudo (PAULA JÚNIOR et al., 2017; ARAÚJO FILHO et al., 2017).

Sabe-se que o aumento da escolaridade possui relação positiva com a redução da mortalidade, sendo considerada uma variável protetora para redução da mortalidade infantil (FARIA; SANTANA, 2016). A baixa escolaridade de forma indireta representa situação econômica diminuída assim como dificuldade de compreensão das orientações passadas no pré-natal (MOURA et al., 2018).

4 | CONCLUSÃO

Levando em consideração os fatores associados à mortalidade neonatal no presente estudo, faz-se necessário que haja uma maior atenção à assistência prestada ao binômio gestante/recém-nascido, com uma articulação dos serviços de saúde garantindo a qualidade da assistência no pré-natal, parto e pós parto, uma vez que o alto índice de mortalidade no período neonatal se deu no período precoce.

Além disso, fatores biológicos como: prematuridade, tipo de gestação, muito baixo peso ao nascer e idade materna influenciam diretamente no alto índice de mortalidade, sendo necessário investimento na melhoria da qualidade de vida da população, onde os aspectos sociais, econômicos e ambientais têm uma extrema ligação com a mortalidade neonatal.

5 | CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todos os autores participaram das seguintes etapas: 1) concepção do estudo, aquisição de dados, e análise e interpretação de dados; 2) elaboração do artigo e revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; 3) aprovação final do manuscrito para submissão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO FILHO, A.C.A. et al. Mortalidade infantil em uma capital do Nordeste brasileiro. *Enfermagem em Foco, Bahia*, v. 8, n.1, p. 32–36, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/888>

BACELAR, G.M.B.S.; DUARTE, J.L.M.B. Mortalidade neonatal precoce em recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g: fatores de risco e prevenção. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro*, v. 15, n. 2, p. 170 – 176, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/28243>

BATELLO, G.V.V.A.T.; SCHERMANN, L.B. Fatores de risco para mortalidade infantil em Palmas/TO. *Aletheia*, Rio Grande do Norte, n. 41, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200006

BEZERRA, N.F. et al. Fatores relacionados à mortalidade neonatal. *Revista de enfermagem UFPE online*, Recife, v. 10, n. 11, p. 3951-3959, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11477>

BORGES, T.S.; VAYEGO, S.A. Fatores de risco para mortalidade neonatal em um município na região Sul. *Ciência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 7-14, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21010/0>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Estatísticas Vitais- mortalidade 1996 a 2015, pla CID10- óbitos infantis. Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde (BR). *Mortalidade Perinatal- Síntese para Evidências para Políticas de Saúde*, Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf

_____. Ministério da Saúde (BR). *Atenção à Saúde do Recém – Nascido – Guia para Profissionais de Saúde*, Brasília, v.1, p 18, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf

_____. Ministério da Saúde (BR). *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*, Brasília, v. 2, p. 16, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

_____. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes de Atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

CASTRO, E.C.M.; LEITE, A.J.M.; GUINSBURG, R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 106 – 113, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822016000100106&script=sci_arttext&tlng=pt

CASTRO; L.A.; VERONEZI, R.J.B. Mortalidade Infantil no município de Rio Verde entre os anos de 2010 – 2015. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública*, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 1 -13, 2018.

DEMITTO, M.O., et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, p.1-6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100409&script=sci_abstract&tlng=pt.

FEITOSA, A.C., et al. Factors Associated With Infant Mortality In The Metropolitan Region Of Cariri, Ceará, Brazil. *Journal Of Human Growth And Development*, São Paulo, v. 25, n. 2, p.224-229, 20 out. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/103019>

FARIA, R.; SANTANA, P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 736 –749, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300736&script=sci_abstract&lng=pt

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambú. ABEP, p. 1-29, 2016.

GAIVA, M.A.M.; FUJIMORI, E.; SATO, A.P.S. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. *Texto e Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 25, n. 4, p. 1 – 9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2290015.pdf

GRANZOTTO, J.A.; MENDES, R.M.; OLIVEIRA, M.B. Sepsis neonatal precoce e mortalidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Amrigs*, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p.133-135, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isciscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=686173&indexSearch=ID>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População no último censo. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama> . Acesso em: 23 nov. 2017.

KROPIWIEC, M.V.; FRANCO, S.C.; AMARAL, A.R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 391 – 398, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822017005007104&script=sci_abstract&lng=pt

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém – nascido/ Birth in Brazilsurvey: neonatal mortality profile, and maternal and childcare. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192 – 207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

LIMA, J.C. et al. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 931 - 939, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300931

MELO, W.A.; CARVALHO, M.D.B. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no Sul do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 398 – 409, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b72e/c73c828f5bd0ea732ca7ed7ea0d90bd1b91f.pdf>

MIRANDA, M.H.H.; FERNANDES, F.E.C.V.; CAMPOS, M.E.A.L. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. *Revista de enfermagem UFPE online*, Recife, v. 11, n. 3, p. 1171-1178, 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isciscript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30917&indexSearch=ID>

MOURA, B.L.A. et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105012&script=sci_abstract&lng=pt

MUNIZ, D.W.R. et al. O perfil epidemiológico de mortalidade neonatal no ambiente hospitalar/ The epidemiological profile of neonatal mortality in the hospital environment. *Saúde em Foco*, Teresina, v. 4, n. 2, art. 7, p. 118-128, 2018. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1491>

OLIVEIRA, C.M. et al. Vigilância do óbito infantil no Recife, Pernambuco: operacionalização, potencialidades e limites. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p.413-419, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200413&script=sci_abstract&tlng=pt

PAULA JÚNIOR, J.D. et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá-MG, Brasil (2008 – 2010). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/ Brazilian Journal of Health Research*, Espírito Santo, v. 18, n.3, p. 24 -31, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15739>

PEDRAZA, D.X. Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 51-64, 2014. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/2237/1624

PEREIRA, M.U.L. et al. Óbitos neonatais no município de São Luís: Causas básicas e fatores associados ao óbito neonatal precoce. *Revista de pesquisa em Saúde*, Maranhão, v. 18, n. 1, p. 18 – 23, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/7874>

SILVA, A.A.M. et al. Mortalidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S182 – S191, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300023&script=sci_abstract&tlng=pt

SILVA, C.F. et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 355-368, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000200355&script=sci_abstract&tlng=pt

SILVA, S.M.R. et al. Sepses neonatal tardia em recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer inferior a 1.500 g. *Revista gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 4 (dez. 2015), p. 84-89, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400084&script=sci_arttext&tlng=pt

TEIXEIRA, G.A. et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida / Riskfactors for neonatal mortality in thelifeoffirstweek / Factores de riesgo para La mortalidad neonatal en La primera semana de vida. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4036 - 4046, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-776214>

UNITED NATION (UN) [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2018, Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nova Iorque: Unicef, p.4. 2017. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2018.asp>

CAPÍTULO 13

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COM FOCO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA JOVENS ESCOLARES

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 02/10/2020

Antônia Fernanda Sousa de Brito

Escola de Saúde Pública do Ceará
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5849263022768655>

Jullyet Kherolainy Carneiro da Silva

Escola de Saúde Pública do Ceará
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0612720637905545>

Ciliane Macena Sousa

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
Mossoró - Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/2159603260750129>

RESUMO: O Planejamento Familiar objetiva aconselhar a respeito do sexo seguro e saudável, enfatizando não somente os métodos contraceptivos, mas também o uso da caminha, pois somente esses são capazes de prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). No entanto, a falta de informação por parte dos adolescentes acaba aumentando o número de gravidez indesejada, gravidez interrompida, abortos e IST's. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma ação/intervenção de educação em saúde sobre saúde sexual e reprodutiva com foco no Planejamento Familiar para alunos do ensino médio de uma escola estadual de Limoeiro do Norte-CE. Trata-se de um Relato de Experiência a partir de um projeto de educação em saúde que consiste no

desenvolvimento de atividades em Educação em Saúde realizadas por discentes dos cursos de enfermagem e fisioterapia da Universidade Potiguar. A ação foi desenvolvida a partir de uma atividade exigida pela Universidade, na qual as discentes tiveram que desenvolver uma atividade no território da Unidade Básica de Saúde. A partir da intervenção foi possível notar que a maioria dos jovens carecem de informações a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda mais quando se refere ao sexo seguro e as ações e serviços que o sistema público de saúde disponibiliza, como por exemplo, o Planejamento Familiar. Através desse projeto as discentes de enfermagem e fisioterapia puderam aumentar o escopo de atuação do setor saúde com o apoio da escola e da Unidade Básica de Saúde, visto que este trabalho tem como foco as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino, e também, promover ações de prevenção, sensibilização e estímulo ao autocuidado, foco este da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do adolescente. Planejamento Familiar. Educação em Saúde.

HEALTH EDUCATION ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS WITH FOCUS ON FAMILY PLANNING FOR YOUNG SCHOOL CHILDREN

ABSTRACT: Family Planning aims to advice on safe and healthy sex, emphasizing not only contraceptive methods, but also condom use, as only these are able to prevent Sexually Transmitted Infections (STIs). However, the lack of information on the part of adolescents ends

up increasing the number of unwanted pregnancies, interrupted pregnancy, abortions and STIs. This work aims to report the experience of an action/intervention of health education on sexual and reproductive health with a focus on Family Planning for high school students of a state school in Limoeiro do Norte-CE. This is an Experience Report based on a health education project that consists of the development of activities in Health Education carried out by students of nursing and physiotherapy courses at Potiguar University. The action was developed from an activity required by the University, in which the students had to develop an activity in the territory of the Basic Health Unit. From the intervention, it was possible to notice that most young people lack information about sexual and reproductive rights, especially when referring to safe sex and the actions and services that the public health system provides, such as Family Planning. Through this project, nursing and physical therapy students were able to increase the scope of the health sector with the support of the school and the Basic Health Unit, since this work focuses on the vulnerabilities that compromise the full development of children and young people in the network public education, and also, to promote actions of prevention, awareness and encouragement to self-care, which are the focus of Primary Health Care.

KEYWORDS: Adolescent health. Family planning. Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção à saúde desenvolvido em todo o Brasil, encontra-se próxima ao usuário, à sua família, no seu território e tem como proposta compreender as suas condições de vida. Busca-se trabalhar questões de saúde relacionada às suas próprias necessidades, bem como desenvolver ações de prevenção, promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012). Assim, é por meio da educação em saúde que se busca orientar os jovens sobre assuntos que envolvem a saúde, como as consultas em planejamento familiar, consultas ginecológicas, entre outros.

O Planejamento Familiar (PF) se caracteriza como um dos instrumentos de suma importância da Atenção Primária, pois assume um conjunto de ações educativas e tecnológicas que devem ser desenvolvidas por profissionais capacitados para implementar e discutirem os métodos de concepção e contracepção, que estão amparados pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996 (BRASIL, 1988 apud BRITO, 2018).

Este modelo promover a saúde nos cônjuges a partir do aconselhamento mediante as consultas a respeito do sexo seguro, enfatizando não somente os métodos contraceptivos, mas também o uso da camisinha feminina e masculina, pois somente estas são capazes de prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (BRASIL, 2012). No entanto, a falta de informação por parte dos adolescentes acaba que aumentando o número de gravidez indesejada, gravidez interrompida,

abortos e IST's.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma ação/intervenção de educação em saúde sobre saúde sexual e reprodutiva com foco no Planejamento Familiar com alunos do ensino médio na Escola de Ensino Médio Lauro Rebouças de Oliveira, em Limoeiro do Norte-CE.

Verifica-se a relevância do presente estudo, pois contribui na avaliação do atendimento à frente às escolhas de concepção ou contracepção, visto que é de suma importância introduzir a temática como mais uma ferramenta na estruturação do arcabouço desse modelo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de Relato de Experiência a partir de uma ação/intervenção sobre direitos sexuais e reprodutivos, com foco no planejamento familiar. Refere-se a um projeto de educação em saúde que consiste no desenvolvimento de atividades em educação em saúde realizadas por discentes dos cursos de enfermagem e fisioterapia da Universidade Potiguar.

Assim, sensibilizando-os através da educação em saúde integrativa, estimulando-os a procurarem a Estratégia de Saúde da Família para realização do exame citopatológicos nas adolescentes e ambos os sexos a realizarem as consultas de Planejamento Familiar, com intuito de evitar gravidez indesejadas e prevenir IST's. A realização periódica desse exame, também conhecido como Papanicolau continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010 apud BRASIL, 2013).

A ação foi desenvolvida a partir de uma atividade disparada pela Universidade Potiguar, executada por discentes dos cursos de enfermagem e fisioterapia tendo como base o Programa Saúde na Escola (PSE). A partir de uma visita a Unidade Básica de Saúde (UBS) que cobre o território da escola, os profissionais juntamente com as discentes decidiram trabalhar a saúde dos adolescentes, por se tratar de uma escola abrange apenas esse intervalo de idade. Em seguida essa proposta foi levada a escola, na qual a gestão escolar acatou a ideia, disponibilizando espaços da escola para a realização da atividade.

A atividade foi conduzida a partir de palestra com uso de metodologias atrativas e lúdicas para que despertasse o interesse dos adolescentes, buscando identificar o conhecimento sobre a temática por parte dos jovens, esclarecendo aos jovens que o projeto tinha como meta a participação deles, para buscarem aconselhamento e resolverem suas demandas de saúde na UBS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi realizada no ginásio com seis turmas do primeiro, segundo e terceiro ano do ensino médio, contabilizando aproximadamente 100 alunos da faixa etária de 15 a 18 anos de idade. As alunas de enfermagem contaram com a ajuda dos professores da escola durante a organização do evento, onde puderam também contribuir durante os momentos de fala. No entanto, não houve a participação de nenhum profissional da saúde, pois tinham atendimento agendado na UBS naquele dia.

A intervenção ocorreu das 07h30min às 09h00min horas, iniciado com um momento de recepção aos alunos na quadra esportiva, onde foi utilizado música ao vivo com um artista da cidade. Logo após, foi repassado um vídeo através de um retroprojetor tido como título “Série Fala Direito Comigo: direitos sexuais e reprodutivos” disponibilizado na plataforma YouTube. Este foi utilizado para introduzir a temática. Em seguida com o auxílio do mesmo instrumento, uma caixa de som e um microfone, as graduandas deram início ao debate abordando o assunto por meio dos tópicos: O que são direitos sexuais e reprodutivos? O que é Planejamento Familiar? Assistência a concepção e a contracepção.

Como terceiro momento, foi aberto para o debate. Durante esse acontecimento, houve a participação de alguns professores reforçando a importância da temática apresentada, a fim de prevenir problemas como doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Apesar de não ter tido nenhum relato de gravidez indesejada na adolescência, foram levantado vários questionamentos por parte dos adolescentes, em sua maioria do sexo feminino, como por exemplo, onde podemos ter acesso aos anticoncepcionais? Ao suspeitar de uma gravidez qual serviço buscar? A partir de que idade pode-se fazer o uso de anticoncepcional e é gratuito? E assim por diante.

A partir da intervenção foi possível notar que a maioria dos jovens carece de informações a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda mais quando se refere ao sexo seguro e as ações e serviços que o sistema público de saúde disponibiliza, como por exemplo, o planejamento familiar.

Além disso, a participação ínfima de adolescentes do sexo masculino durante as discussões chamou atenção. Assim, desperta reflexões a respeito do gênero, sendo este um assunto debatido a muito anos. Segundo Courtenay (2000); Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb (2005); Luck, Bamford, Williamson (2000) a figura do ser homem tido como centro das relações econômicas do lar tem retratado o sexo masculino como um ser invulnerável, forte, viril e resistente as doenças, enquanto o sexo oposto frágil e suscetível.

O fato de procurar os serviços de saúde a fim de exercer práticas preventivas,

poderia associá-los a fraqueza, ficando esse acontecimento como papel das mulheres. As amarras culturais, dificultam a prática do autocuidado por parte dos homens, tendo essas percepções transcendidas até a atualidade. Muitas pesquisas verificaram que homens, em geral, “padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte”.

Essa intervenção teve como objetivo articular o emprego do setor saúde com as instituições de ensino, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos jovens alunos. No entanto, não se restringe ao espaço escolar, podendo os profissionais de saúde daquela área juntamente com os professores criar ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação, como áreas de lazer, praças e ginásios esportivos, entre outros, para que se possa debater saúde em lugares que fazem parte do cotidiano deles.

4 | CONCLUSÃO

Com esse projeto as discentes de enfermagem e fisioterapia puderam aumentar o escopo de atuação do setor saúde com o apoio da escola e da UBS sendo possível realizar ação de educação em saúde no ambiente escolar, no qual trabalha em cima das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de jovens da rede pública de ensino.

Além disso, promover ações de sensibilização, tendo em vista ações de prevenção, promoção, estimula ao autocuidado, foco este da Atenção Primária à Saúde, refletido nos estilos de vida e os fatores associados ao nível econômico, político e social dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: MS, 2012.

BRITO, Antônia Fernanda Sousa de. **A importância da educação em saúde no contexto da assistência reprodutiva para mulheres que participam das consultas de planejamento familiar**. 2018. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da Saúde - Ics, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Limoeiro do Norte, 2018.

COURTENAY, W, H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health**. *Social science & medicine*, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

CAPÍTULO 14

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CITOPATOLÓGICOS DE INFECÇÕES PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES CEARENSES

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/10/2020

Rosemary dos Santos Barbosa

Faculdade de Juazeiro do Norte- FJN
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/4791702709781572>

Valéria de Souza Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/2051725239400350>
<https://orcid.org/0000-0001-9702-6765>

Maria Isabel Caetano da Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/7629798958563392>
<https://orcid.org/0000-0001-5389-3664>

Antonio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri- URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/5229474868285400>
<https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>

Raul Roriston Gomes da Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/4019220983525994>
<https://orcid.org/0000-0002-8576-5875>

Déborah Albuquerque Alves Moreira

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró – FACENE
Juazeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/9363902733809624>
<https://orcid.org/0000-0002-2823-8681>

Maria Corina Amaral Viana

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/2465308576513090>
<https://orcid.org/0000-0002-6890-9400>

Cícera Luciele Calixto Alves

Universidade Regional do Cariri – URCA
Juazeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/0677399146565631>

RESUMO: A precocidade no início da vida sexual e a baixa adesão aos métodos contraceptivos são fatores que impactam diretamente na alta vulnerabilidade de adolescentes, no que tange problemas de esfera sexual/reprodutiva. Dentre os quais, podemos citar a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), agravo extremamente prevalente e intimamente associado ao desenvolvimento do câncer do colo de útero. Diante desse contexto, propõe-se descrever as alterações citopatológicas e o perfil epidemiológico dos casos de infecções pelo HPV em adolescentes cearenses. Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem descritiva, com natureza quantitativa dos casos de atipias citopatológicas relacionadas à infecção pelo agente supracitado, encontradas em adolescentes no estado do Ceará. No intervalo de 2013 a 2019 foram realizadas 71.713 citopatologias cervicais em adolescentes na faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos. Entre a população estudada, constatou-se que 51,6% das usuárias nunca realizaram o referido exame anteriormente. Em relação ao intervalo entre

o exame atual e o anterior, 55% efetuaram a investigação preventiva há um ano. Considerando-se os 1.213 resultados com presença de atipia de células escamosas, a maior incidência encontrada foram as lesões de baixo grau (HPV ou NIC I). Apesar das atipias citológicas encontradas serem, em sua maioria, de baixo grau, ainda assim existe o risco de progressão dessas para uma lesão de alto grau e carcinoma se não tratadas adequadamente. Com base no exposto, fica evidenciado a exposição de mulheres, cada vez mais precoce ao agente patológico, fazendo-se necessário investimentos na elaboração de estratégias direcionadas para promoção da saúde e educação sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomaviridae, Epidemiologia, Adolescente.

EPIDEMIOLOGICAL AND CYTOPATHOLOGICAL ASPECTS OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) INFECTIONS IN ADOLESCENTS FROM CEARÁ

ABSTRACT: Early sexual life and low access to contraceptive methods are factors that directly influence the high vulnerability of adolescents, regarding sexual/reproductive problems. Among them, we can mention human papillomavirus (HPV) infection, an extremely prevalent disease and closely associated with the development of cervical cancer. In this context, it is proposed to describe the cytopathological alterations and the epidemiological profile of cases of HPV infections in adolescents from Ceará. This is an epidemiological study, with a descriptive approach, with a quantitative nature of cases of cytopathological atypia related to infection by the aforementioned agent, found in adolescents in the state of Ceará. In the period from 2013 to 2019, 71,713 cervical cytopathologies were performed in adolescents aged between 10 and 19 years. Among the population studied, 51.6% of the users had never previously undergone this examination. Regarding the interval between the current and previous examinations, 55% carried out the preventive investigation a year before. Considering the 1,213 results with the presence of squamous cell atypia, the highest incidence found were low-grade lesions (HPV or CIN I). Although the cytological atypia types found are mostly low-grade, there is still a risk of their progression to a high-grade lesion and carcinoma if not properly treated. Based on the above, there becomes evident the increasingly early women's exposure to the pathological agent, requiring investments in the elaboration of strategies aimed at health promotion and sexual education.

KEYWORDS: Papillomaviridae, Epidemiology, Adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) constitui a infecção sexualmente transmissível de maior incidência a nível mundial. Estima-se que entre a população sexualmente ativa 80% já entraram em contato com o agente viral em algum momento. Estudos evidenciam que o primeiro pico de incidência ocorre aproximadamente na segunda década de vida, período relacionado ao início das práticas sexuais. O segundo pico acontece por volta da quinta e sexta década

vital, podendo aquele ser explicado por uma nova exposição, perda da imunidade adquirida ou imunossenescência (BRUNI et al., 2019).

Considera-se as infecções pelo Papilomavírus humano como um problema de saúde pública, principalmente por sua estreita relação com o desenvolvimento do câncer do colo do útero, que apesar dos programas de rastreamento, continuam acometendo várias mulheres, inclusive adolescentes, que correspondem à população de alta vulnerabilidade para esse agravo, justificada pelo início da atividade sexual precoce e baixa adesão aos métodos contraceptivos de barreira (ELEUTÉRIO et al., 2013; CARDIAL et al., 2019).

Corroborando com a proposta de prevenção de infecções pelo HPV, o Ministério da Saúde em 2014 incluiu no Calendário Nacional de Imunização a vacina quadrivalente papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante), fornecida gratuitamente para adolescentes do sexo feminino de 09 a 14 anos e do sexo masculino de 11 a 14 anos. Ratifica-se que a vacina não é medida terapêutica, ou seja, não apresenta eficácia contra infecções ou lesões já existentes (BRASIL, 2018).

Contribuir para a qualidade de vida da população, estabelecer ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, reformulação de políticas de proteção à saúde da mulher e a melhora educacional são propostas necessárias para a prevenção e erradicação da infecção pelo HPV e/ou câncer do colo do útero (RAASCH, 2019).

A partir do exposto, torna-se evidente que ao compreender a realidade epidemiológica e achados citopatológicos que envolvem a população de adolescentes, permeia-se a garantia do direcionamento das ações, tendo em vista que, a partir dessa análise, é possível reconhecer fragilidades e potencialidades.

Diante da relevância de uma compreensão mais abrangente dos dados quantitativos somada à carência de análise recente de dados disponibilizados pelo Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), este estudo propicia significativas contribuições no âmbito individual e coletivo, uma vez que a exposição de dados consistentes podem subsidiar intervenções de enfermagem na comunidade direcionadas para redução do agravo.

Nessa perspectiva, o estudo, por sua vez, objetiva caracterizar as alterações citopatológicas e o perfil epidemiológico de adolescentes com infecção pelo Papilomavírus humano no estado do Ceará.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem descritiva, com natureza quantitativa das séries temporais da ocorrência e distribuição de casos

de infecções pelo HPV. Este tipo de estudo descreve a caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma determinada doença ou agravo à saúde, de modo a estudar sua distribuição no tempo, espaço e nas peculiaridades individuais (GIL, 2008).

As fontes de dados utilizadas foi: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), plataforma web que integra o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>, que foi acessado no período de julho a agosto de 2020.

Tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a adolescência pessoas com a faixa etária de 10 a 19 anos, considerou-se como população do estudo 1.213 adolescentes que se enquadraram nessa delimitação e realizaram o exame citopatológico no período de 2013 a 2019 no Estado do Ceará, nos quais foram encontrados achados de atipias celulares.

As variáveis selecionadas foram: faixa etária, escolaridade, citologia anterior, período preventivo, atipia de células escamosas e motivo do exame. Assim, pautando-se em Gil (2008), foram estudadas as relações entre as variáveis delimitadas e, a partir da análise criteriosa dos fatos, correlacionou-as aos fenômenos sem quaisquer manipulações dos pesquisadores.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística de frequência simples, sendo os resultados distribuídos em gráficos e tabelas, contemplando as variáveis supracitadas.

Por se tratar de um estudo envolvendo apenas dados de domínio público, a partir dos quais não são possíveis identificar seus participantes, dispensa-se sua apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme disposto § único, art. 1º da Resolução nº 510/2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para execução do estudo foram considerados dados referentes ao período, disponibilizados na base utilizada. Assim, no intervalo compreendido entre 2013 e 2019, foram realizados, no estado do Ceará, 71.713 exames citopatológicos cervicais em adolescentes de 10 a 19 anos. Destes, 69.560 (97%) apresentaram alterações no estudo do material coletado, não limitando-se a infecções pelo HPV. Embora existam estratégias e iniciativas voltadas à saúde da mulher, facilidade de acesso e gratuidade na realização do papanicolau, o grupo ainda é altamente vulnerável às DSTs e ao câncer de colo do útero (BRASIL, 2013).

Uma vez que a proposta do estudo se restringe à análise de dados relacionados a infecções por HPV, foi-se considerado os 1.213 resultados com

presença de atipia de células escamosas, sendo a maior incidência caracterizada como lesão de baixo grau (HPV e/ou NIC I), conforme demonstrado na Tabela 1. Tal incidência corrobora com o que aponta as evidências científicas em torno da faixa etária, caracterizadas principalmente por esta ser marcada pelo início de vida sexual recente, baixa adesão ao preservativo e pouco tempo de exposição ao agente (CARDIAL et al., 2019).

Macedo et al (2015) aponta que a carência de informações e conceitos equivocados constituem aspectos sociais associados à transmissibilidade da patologia. A ausência de informação e de medidas de prevenção corroboram para a disseminação do vírus entre os adolescentes, aumentando o número de contaminados, tornando-se um problema de saúde pública.

VARIÁVEL	Nº	%
LESÃO BAIXO GRAU (HPV e NIC I)	1146	94,5
LESÃO ALTO GRAU (NIC II e NIC III)	64	5,2
LESÃO DE ALTO GRAU (Não podendo excluir microinvasão)	2	0,2
CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR	1	0,1
TOTAL	1213	100%

Tabela 1 - Distribuição das características citopatológicas. Ceará, 2013 a 2019.

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados do SISCOLO, 2020.

Entre os resultados acima listados, 1.146 (94,5%) dos achados foram constatados em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, enquanto os demais 67 (5,5%) foram compreendidos na fase inicial da adolescência (10 a 14 anos). O fato justifica-se pela precocidade do início da vida sexual, somado à carência de conhecimento dessa população acerca das ISTs e Câncer do colo do útero, bem como a baixa adesão da proposta de vacinação. A pouca abordagem do tema em todos os âmbitos em que o adolescente está inserido, leva a necessidade de se incorporar programas de educação sexual. É primordial reconhecer e enfrentar o problema com objetividade, com propostas livres de preconceito e considerando as jovens como agentes multiplicadores da ação educativa (ROQUE; 2016).

Nessa conjuntura de prevenção, reitera-se que a vacinação deve estar acompanhada de esclarecimentos adequados, com base no potencial cognitivo individual, sobre fatores relacionados à promoção da saúde e a magnitude que envolve o câncer do colo de útero (CRUZ, 2019).

Averiguou-se falha na tabulação de dados, pelo sistema, no que se refere à escolaridade da população, uma vez que não estão disponíveis todas as

categorias educacionais, limitando a fidedignidade na análise. Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais responsáveis pelo preenchimento dos dados atentem para a qualidade dos registros, uma vez que dados concernentes ao perfil socioeconômico são de extrema relevância para o planejamento das ações, estratégias e recursos que proporcionem resultados satisfatórios (GASPAR, 2015)

Quanto à realização de exame citológico anterior, percebe-se que 626 adolescentes (51,6%) não o realizou anteriormente, enquanto 444 (36,6%) desses já o fez ao menos uma vez na história pregressa. Roque (2016) aponta que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e sentimentos como: medo, vergonha e desconforto são fatores relacionados à baixa adesão na realização do exame. A população de 143 (11,8%) jovens são aquelas cujo registro não está em prontuário sobre exames anteriores ou ainda não souberam informar, novamente salienta-se a necessidade de otimizar os registros inseridos na base de dados.

Considerando-se o motivo relacionado à realização do exame, conta-se que 1.174 (96,7%) foram justificados como medidas de rastreamento, enquanto 26 (2,3%) são de repetição por alteração em exame prévio (ASCUS/Baixo Grau) e 13 (1%) para seguimento.

No Gráfico1 é exposto a distribuição de exames conforme seu intervalo. Assim, percebe-se que 55% das usuárias realizaram o exame preventivo há um ano. Conforme exposição da Tabela, 1, 94,5% dos resultados apontaram alterações compatíveis com HPV e NIC I, fato este que justificaria a repetição da investigação citológica em um período de seis meses, porém os dados demonstram que a maioria dessas não seguiram as recomendações expostas pelo Ministério da Saúde.

Os estigmas que envolvem a saúde sexual de adolescentes, somados à falta de conhecimento sobre a importância do exame Papanicolau e sua periodicidade demonstram a insuficiência da prática no autocuidado em relação à vida sexual dessas jovens. (ROQUE; 2016).

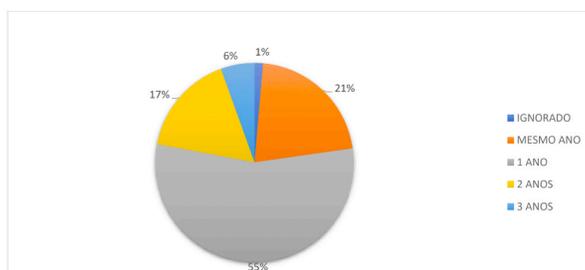


Gráfico 1: Distribuição do período de realização de exame preventivo em adolescentes cearenses. Ceará 2013-2019.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do SISCAN, 2020.

4 | CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados do SISCOLO, fica evidenciado a exposição cada vez mais precoce de adolescentes ao papilomavírus humanos, estando essas infecções ligadas ao desencadeamento de lesões em todas as suas categorias de estadiamento.

Destaca-se ainda a vacinação como um grande avanço científico e forte aliado na prevenção do HPV e conseqüentemente do câncer do colo de útero. Porém, sem o conhecimento adequado, a adesão à vacinação torna-se comprometida e informações distorcidas sobre a temática tendem a ser propagadas.

Desse modo, faz-se necessário investimentos na educação sexual, envolvendo as instituições de ensino e saúde, a partir de propostas com enfoque adequado e linguagem apropriada, que exponham os riscos e implicações da infecção pelo agente viral, resultando em avanços quanto à utilização de preservativos, realização do exame, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, e adesão vacinal.

REFERÊNCIAS

BRUNI, L., et al. **Human Papillomavirus and Related Diseases Report**. ICO/IARC HPV Information Centre, v. 1, n. 1, p. 89-120, 2019. Disponível em: <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>.

CARDIAL, M. F., et al. **Papilomavírus humano (HPV)**. In: **Programa vacinal para mulheres**. FEMINA, v. 47, n. 2, p. 94-100, 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046496/femina-2019-472-94-100.pdf>.

CARVALHO, A. M. C., et al. **Adesão à vacina hpv entre os adolescentes: revisão integrativa**. Texto e contexto enfermagem, v. 28, p. 1-15, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180257.pdf.

CRUZ, M. N. M., et al. **Vacina HPV: percepção de adolescentes atendidos em uma unidade básica de saúde do amapá**. Enferm. Foco, v. 10, n. 2, p. 136-141, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336040726_VACINA_HP_VERCEPCAO_DE_ADOLESCENTES_ATENDIDOS_EM_UMA_UNIDADE_BASICA_DE_SAUDE_DO_AMAPA.

ELEUTÉRIO, R. M. N., et al. **Prevalence of HPV in Adolescents Virgins and Sexually Active at a University Hospital in the City of Rio de Janeiro**. ISRN Infectious Diseases, v. 1, n. 5, p. 1-6, 2013. Disponível em: <http://downloads.hindawi.com/archive/2013/387961.pdf>.

GASPAR, J., et al. **Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus HIV**. Rev Latino-Am Enferm., v. 23, n. 1, p. 74-78, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00074.pdf.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. Sao Paulo: Roca; 2004.

MACEDO, F. L. S., et al. **Infecção pelo HPV na Adolescente**. Feminina, v. 43, n. 4, p. 185-188, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n4/a5312.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe Técnico Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente**, Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/sipni/InformeTecnicoCampanhaMultivacinacao_final_11817.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos da atenção básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

RAASCH, M., et al. **Atuação e Assistência da Enfermagem em Infecções Causadas por HPV em Adolescentes**. Rev Enfermagem e Saúde Coletiva, v.4, n. 1, p. 17-21, 2019. Disponível em: <https://revesc.org/index.php/revesc/article/viewFile/42/50>

ROQUE, M. N. O. **A adesão das adolescentes brasileiras ao exame Papanicolau**. 2016. 90f. Dissertação (Mestrado em educação para a saúde) Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3133/1/MaraNubiaOliveiraRoque%20DM.pdf>.

SOUSA, P. D. L. S., et al. **Conhecimento e aceitabilidade da vacina para o HPV entre adolescentes, pais e profissionais de saúde: elaboração de constructo para coleta e composição de banco de dados**. J Hum Growth Dev, v. 28, n. 1, p. 58-68, 2018. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/143856/138650>.

CAPÍTULO 15

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ –AP/BRASIL

Data de aceite: 01/12/2020

Jessica Natasha Brandão Silva Bezerra

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6733596390483897>

Francisca Evelen Suelen Silva de Aguiar

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0352382789285114>

Katiciane Rufino da Silva

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9031173608075404>

Ingrid Cleyse Martins Damasceno

Secretaria Municipal de Saúde de Macapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4399127863285951>

Luzilena de Sousa Prudêncio

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9530554407871026>

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9193622763928241>

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7080095883066477>

Marlucilena Pinheiro da Silva

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3789934872661445>

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9646872750954617>

Nely Dayse Santos da Mata

Universidade Federal do Amapá
Macapá (AP), Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0529429570261510>

RESUMO: As formas mais comuns de autolesão envolvem cortar a pele, coçar excessivamente a pele, queimar-se, bater-se, assim como beliscar-se, arranhar-se, morder-se, puxar a pele e os cabelos. O presente estudo teve como objetivo identificar os casos notificados de violência autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município de Macapá ocorridos no ano de 2014 a 2018. Consiste em uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e de coleta retrospectiva, com coleta de dados realizada em fontes secundárias, onde compuseram o estudo todos os casos de violência autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município de Macapá notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) pela Coordenação de Vigilância em Saúde (CVS), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Macapá (SEMSA). Os resultados encontrados neste estudo demonstram que no período estudado ocorreram 62 casos notificados de autolesão em adolescentes de 10 a 19 anos no município de Macapá, divididos em 12 casos em 2014, seguidos de 06 em 2015, 08 em 2016, 09 em 2017 e 27 novos casos em 2018. Além disso, o perfil dos adolescentes que se auto lesionam é

de meninas (75,8%), de faixa etária entre os 14 e 18 anos (82,1%), que residem na zona sul de Macapá (32,3%). Destaca-se a importância de pesquisas que subsidiem o conhecimento científico e profissional a cerca dos motivos que direta ou indiretamente levam os adolescentes a cometerem lesões autoprovocadas.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Autolesão; Vigilância Epidemiológica.

SELF-INJURIOUS VIOLENCE IN ADOLESCENT LIVING IN MACAPÁ –AP/ BRAZIL

ABSTRACT: The most common forms of self-injurious involve cutting the skin, excessively scratching the skin, burning, hitting, as well as pinching, scratching, biting, pulling on the skin and hair. The present study aimed to identify the reported cases of self-harm in adolescents aged 10 to 19 years living in the city of Macapá from 2014 to 2018. It consists of a descriptive research, with a quantitative approach and retrospective collect, with data collect of carried out in secondary sources, where the study comprised all cases of self-injurious in adolescents aged 10 to 19 years living in the city of Macapá notified in the National System of Notifiable Diseases (SINAN) by the Health Surveillance Coordination (CVS), linked to the Municipal Health Secretariat of Macapá (SEMSA). The results found in this study demonstrate that in the studied period there were 62 reported cases of self-injury in adolescents aged 10 to 19 years in the county of Macapá, divided into 12 cases in 2014, followed by 06 in 2015, 08 in 2016, 09 in 2017 and 27 new cases in 2018. In addition, the profile of adolescents who self-injurious are girls (75.8%), aged between 14 and 18 years old (82.1%), who live in the southern part of Macapá (32.3%). We highlight the importance of research that subsidizes scientific and professional knowledge about the reasons that directly or indirectly lead adolescents to commit self-injury.

KEYWORDS: Adolescent; Self-Injurious Behavior; Epidemiological monitoring.

1 | INTRODUÇÃO

A violência atualmente está dividida nas seguintes categorias, coletiva, interpessoal e autoinfligida, gerando a vitima resultados como dano psicológico, ferimentos de diferentes proporções, além de danos psicológicos e sociais. Quanto a violência autoinfligida, denominada também de lesão autoprovocada intencionalmente (LAI), apresenta-se como praticas nocivas contra o próprio corpo, envolvendo ações como automutilação e pensamentos e tentativas suicidas, neste sentido, a automutilação se relaciona diretamente aos comportamentos violentos em que não há intenção de morte, já em relação aos pensamentos e tentativas de suicídios há intenção explícita da morte (PINTO *et al.*, 2017).

As formas mais comuns de autolesão envolvem cortar a pele, coçar excessivamente a pele, queimar-se, bater-se, assim como beliscar-se, arranhar-se, morder-se, puxar a pele e os cabelos. Embora o comportamento autolesivo esteja

geralmente associado ao termo “cutting”, que se refere ao corte, autores pontuam que o autoenvenenamento pode ser também uma forma de autolesão (OTTO; SANTOS, 2016).

O comportamento autolesivo ocorre majoritariamente na adolescência, sendo mais comum em meninas (17%) do que meninos (7,9%). Calcula-se que a prevalência de automutilação no Reino Unido varie entre 4,6% e 6,6%. Já em relação ao Brasil, não foram encontrados estudos que determinem a prevalência deste comportamento entre os adolescentes. Contudo, salienta-se que a autolesão é um acontecimento subnotificado, ou seja, o número de casos expostos pelos serviços de saúde tende a ser muito pequeno em relação aos que acontecem na realidade (SILVA; BOTTI, 2018).

Na atualidade a internet surge como propagadora de informações e conteúdo que potencializam o comportamento autolesivo e suicida. Estudos apontam que a rede mundial de computadores influencia diretamente indivíduos considerados vulneráveis psicologicamente, agindo de duas formas, na primeira como ambiente de assistência mútua, com troca de experiência e apoio emocional, com isso, agindo diretamente na diminuição do sentimento de solidão e isolamento, ou como ambiente danoso, com compartilhamento de informações que surgem como gatilhos para comportes de risco (BAKER; LEWIS, 2013).

A propagação de informações deste gênero na internet vem ganhando destaque e chamando a atenção de governantes, profissionais da saúde, comunidades e pais de crianças e adolescentes para o problema da autolesão e suicídio. Pesquisas italianas demonstram que há grande utilização dos mecanismos de busca na internet com os termos “autolesão e corte”, “autolesão e filho”, “autolesão e fóruns” e “autolesão e causas e razões” caracterizando assim o interesse por temas relacionados a automutilação. Pesquisas irlandesas realizadas com 3.500 crianças em idade escolar apresentaram que em 18% deste total já haviam praticado automutilação e apontaram a internet como grande influenciadora da sua decisão (WONG *et al.*, 2013).

Diante da relevância da autolesão em adolescentes no campo da saúde pública e da necessidade de se conhecer a realidade de cada local, o presente estudo teve como objetivo identificar os casos notificados de violência autoprovocada em adolescentes de 10 à 19 anos residentes no município de Macapá ocorridos no ano de 2014 a 2018, favorecendo assim, o aprimoramento de políticas públicas já existentes e o surgimento de novas ações de assistência à saúde desse grupo populacional.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e de coleta retrospectiva, que compreende a análise de dados referentes aos casos notificados de violência autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município de Macapá ocorridos no ano de 2014 a 2018.

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e interpretam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Pode determinar a generalização e objetivação dos resultados, a força de associação ou correlação entre variáveis através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da correlação ou associação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer deduções causais que decifrem por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (ESPERÓN, 2017).

A coleta de dados da referida pesquisa foi realizada em fontes secundárias, compuseram o estudo todos os casos de violência autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município de Macapá notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) pela Coordenação de Vigilância em Saúde (CVS), que é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Macapá (SEMSA), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, compreendendo um total de 62 casos em todo o município.

Além do número de casos de violência autoprovocada notificados ano a ano (2014 a 2018), foram levantadas variáveis sociodemográficas como: faixa etária, sexo e bairro onde reside. Os dados referentes ao bairro de residência dos adolescentes foram classificados conforme a zona geográfica que divide a cidade, ficando dividida assim em: Central, Zona Norte, Sul, leste e oeste, isso foi feito para facilitar a demonstração e explicação dos dados.

Os dados obtidos foram tabulados no software Microsoft Office Excel 2016, elaborando tabelas e gráficos a fim de consolidar os resultados.

De acordo com Loesch e Stein (2008) os resultados do levantamento estatístico são apresentados em forma de quadros e tabelas para maior clareza, objetividade e melhor visão do conjunto, oferecendo assim vantagens para uma análise matemática das mesmas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão, conforme a ordem dos objetivos propostos neste estudo, que são: identificar os casos notificados de violência autoprovocada em adolescentes de 10 à 19 anos residentes no município de Macapá ocorridos no ano de 2014 a 2018, além das variáveis sociodemográficas

de: sexo, faixa etária e bairro de residência.

De acordo com os dados do Gráfico 1, que representam os números absolutos de lesões autoprovocadas em adolescentes de 10 à 19 anos no município de Macapá, onde no ano de 2014 foram notificados 12 casos, seguidos de 06 em 2015, 08 em 2016, 09 em 2017 e 27 novos casos em 2018, totalizando 62 casos de lesões autoprovocadas em adolescentes no período estudado.

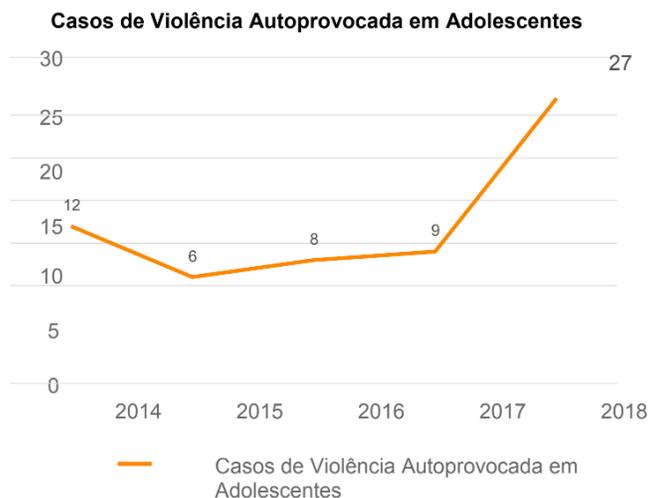


Gráfico 1- Número de casos de violência autoprovocada em adolescentes no município de Macapá. Macapá/AP/ Brasil, 2019 (N=62).

Fonte: Secundária (SINAN/CVS/SEMSA/PMM)

Observa-se que no período estudado os casos de violência autoprovocada em adolescentes manteve-se em números aceitáveis do período de 2014 a 2017, sendo que no ano de 2018 houve um aumento exponencial no número de casos, finalizando o ano com o triplo de casos notificados no ano anterior.

A depender da leitura que se faça, a autolesão é entendida como um sintoma de alguns transtornos mentais. Segundo a Classificação Internacional de Doenças, “transtorno” não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Já para o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) da associação americana de psiquiatria, atos de autolesão aparecem, por exemplo, na forma de um transtorno específico, ou exclusivo, como por exemplo, no Transtorno de Personalidade. A personalidade Borderline representa a perturbação mais

tipicamente relacionada a estes atos, sendo que 80% dos indivíduos diagnosticados com essa perturbação exibem comportamentos de autolesão (CASTILHO *et al.*, 2010).

No entendimento de Silva e Botti (2018), atualmente a adolescência é marcada pela “solidão afetiva”, onde devido à ausência dos pais por motivos como as longas jornadas de trabalho e a possibilidade de introdução de cuidadores pagos, os jovens passaram a permanecer muito tempo sozinhos, como forma de compensação muitos acabam ganhando televisores, vídeo games, computadores assolando ainda mais esse sentimento de solidão. Outro ponto a destacar é que com a conectividade de todos esses aparelhos já citados as crianças e adolescentes sofrem grande influência de grupos presentes em mídias sociais como Facebook, Instagram, Twitter, esses sites acabam permitindo a exposição de conteúdos relacionados a automutilação, podendo assim desenvolver contágio social, servindo como gatilho para este tipo de comportamento.

Nesta perspectiva, a pesquisa de Fonseca (2018), destaca que as principais causas do comportamento autolesivo são o gerenciamento de angústia e a regulação de afeto com intuito de obter alívio de sentimentos como: pedir ajuda e amor, anular estados cognitivos ou se acalmar; desempenhar influência interpessoal para mudar situações, dor emocional; punição relacionada a sentimentos bons; persuadir estado dissociativo para não sentir nada ou sentir-se “dormente”; mostrar extensão da dor física; explorar sensações como excitação ou euforia relacionada a descarga de adrenalina produzida pelo corte; lidar com o risco de suicídio; demonstrar ou lidar com a própria sexualidade e manter ou explorar fronteiras a partir da criação de limites simbólicos entre o indivíduo e os outros.

Desse modo, a assistência psicológica e familiar, é essencial durante a adolescência, permitindo ao jovem desvendar suas aptidões e talentos. Atualmente passar pela juventude de forma saudável e consciente é um grande desafio, ainda mais com as inúmeras possibilidades que o a sociedade e o mundo globalizado oferecem. A família, escola e comunidade devem estar atentas para esse tipo de ocorrência propiciando total apoio e compreensão com os adolescentes que passam por esta situação. Desse modo, o apoio psicológico e familiar, nessa fase, é essencial para que o jovem descubra suas aptidões e oportunidades. Atravessar essa fase da vida de maneira saudável no mundo atual torna-se um desafio, mas possível diante dos inúmeros recursos (PINTO *et al.*, 2017).

Já em relação aos resultados das variáveis sociodemográficas serão apresentados na tabela 1, e são eles: sexo, faixa etária e Zona geográfica de residência. Para a análise dos dados será mostrando sempre a quantidade (n) e posteriormente percentual (%).

De acordo com a tabela 1, o perfil dos adolescentes que se autoprovocaram

algun tipo de lesão é composto majoritariamente por meninas (75,8%), de faixa etária entre os 14 e 18 anos (82,1%), e residem na zona sul de Macapá (32,3%).

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (N°)	FREQUÊNCIAS RELATIVAS (%)
SEXO		
Feminino	47	75,8%
Masculino	15	24,2%
FAIXA ETÁRIA		
12 anos	2	3,3%
13 anos	3	4,9%
14 anos	11	17,7%
15 anos	10	16,1%
16 anos	10	16,1%
17 anos	10	16,1%
18 anos	10	16,1%
19 anos	6	9,7%
ZONA DE RESIDÊNCIA		
Central	13	21%
Zona Norte	17	27,5%
Zona Sul	20	32,3%
Zona Leste	7	11,2%
Zona Oeste	5	8%

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica dos adolescentes com lesão autoprovocadas. Macapá/AP/ Brasil, 2019 (N = 62).

Fonte: Secundária (SINAN/CVS/SEMSA/PMM)

Destacando a questão do sexo, os valores encontrados no presente estudo condizem com outras pesquisas que apontaram para frequência mais elevada da autolesão entre adolescentes do sexo feminino. Um estudo português apresentou frequência de 57,0% de autolesão no público feminino. Estudos com adolescentes espanhóis de 10 a 18 anos mostram frequência de 54,0%. Pesquisas com adolescentes ingleses apontam frequência de 74,5% de autolesão em meninas escolares e pesquisa norte-americana encontrou a frequência de 54,0% de autolesão em meninas escolares (GUERREIRO, 2014).

Uma das explicações para que meninas seja mais suscetíveis à práticas autolesivas é o fato de mulheres e homens lidarem de forma diferente com os acontecimentos da vida, isso relaciona-se diretamente a forma como foram criados na infância, onde tradicionalmente as meninas tentem a reconhecer, identificar e ter consciência das experiências emocionais. Assim elas buscam formas de regulação emocional muito mais que os homens, dentre essas formas de regulação surge como opção a autolesão.

No que concerne à crescente tendência de lesões autoprovocadas na faixa etária dos 10 aos 19 anos, pode-se inferenciar como explicação os constantes conflitos pessoais que o adolescente vive. Situações conflituosas como os amores platônicos, conflitos familiares relacionados a sua mudança de comportamento,

a constante busca por identidade própria, intensa instabilidade emocional e a inquietude e o medo diante da vida que se expõe acaba induzindo o jovem a ações que atraíam a atenção familiar para ele, dentre essas ações surge a automutilação. Outra situação que se destaca é que pela baixa idade muitos adolescentes tendem a apresentar problemas de maturidade emocional para a elucidação de problemas cotidianos, como relações afetivas, assuntos escolares e brigas familiares passando a agir com impulsividade e chega a pensar em medidas drásticas como o suicídio (TETI *et al.*, 2014).

A pesquisa de Guerreiro (2014), demonstrou prevalência de 9,48% de comportamento autolesivo entre os adolescentes de 10 e 14 anos e que pode relacionar-se a mecanismos de descobertas e crises existenciais do próprio período da juventude. Destaca-se que o número de casos de automutilação vem aumentando nos últimos anos e é extremamente prevalente na população jovem, uma das explicações para tal fato é que a adolescência de um período de vulnerabilidade social e emocional e com tendências autolesivas.

No que se refere ao local de residência desses adolescentes, nota-se que a maioria dos adolescentes que se auto provocaram algum tipo de lesão residem nas áreas periféricas da cidade, como nos bairros Universidade, Zerão, Congós e Jardim Marco Zero que fazem parte da Zona Sul de Macapá e onde um total de 20 casos foram notificados, em seguida os bairros da Zona norte da capital amapaense apresentaram 17 casos notificados distribuídos por bairros como Brasil Novo, Infraero I e II, Jardim Felicidade I e II, Boné azul e outros. Além dos casos que ocorreram na zona Leste e Oeste que juntos somam 12 no total.

Com isso, nota-se que juntos, 79% dos casos de lesão autoprovocadas ocorreram na periferia de Macapá, esses dados vão em contraposto da distribuição geográfica dos serviços de assistência aos adolescentes com transtornos mentais, a exemplo dos próprios Centros de Apoio psicossocial que estão distribuídos na área central de Macapá. Isso acaba tornando mais difícil o acesso dos jovens aos serviços de apoio e aconselhamento psicossocial, e em alguns casos a própria continuação do tratamento. Desse modo, é fundamental a aproximação dos serviços de saúde e apoio psicossocial com os adolescentes na área periférica da cidades, que é onde estão os maiores números de jovens se auto lesionando.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que no período estudado ocorreram 62 casos notificados de autolesão em adolescentes de 10 a 19 anos no município de Macapá, divididos em 12 casos em 2014, seguidos de 06 em 2015, 08 em 2016, 09 em 2017 e 27 novos casos em 2018. Além disso, o perfil dos

adolescentes que se auto lesionam é de meninas (75,8%), de faixa etaria entre os 14 e 18 anos (82,1%), que residem na zona sul de Macapá (32,3%).

Destacamos como hipotese para este resultado o fato de que o municipio de Macapá tem como base da sua economia o funcionalismo público, com isso, os adolescentes e crianças tendem a ficar sozinhos ou acompanhados de outras pessoas que não são os pais durante longos peridos do dia, periodos estes que os genitores encontram-se trabalhando, desse modo, sentimentos de solidão e triteza acabam sendo incorporados por estes jovens que ao sofrerem a influencia da internet ou de amigos acabam praticando atos autolesivos como mecanismo compensatório.

Os comportamentos autolesivos vem sendo utilizados pelo adolescentes com função de tentar controlar situações externas (reforço social) tanto como para regular as emoções (reforços automoaticos). Com isso, as ações de prevenção deste tipo de ocorrencia deve ter suas ações centradas na diminuição dos mecanismos que levam a automutilação. Propostas de intervenção devem ainda, possibilitar o desenvolvimeto de habilidades pessoais que ajudem o enfrentamento positivo e o gerenciamento das propias emoções, contudo é evidente que para essas ações possam ser efetivas a participação de profissionais qualificados e preparados para apoiar os jovens deve ser constante.

Deste modo, demonstra-se imprescindível a realização de estudos que possibilitem o aprimoramento e a descobertos dos motivos socioculturais, econômicos e psicológicos que de forma direta ou indireta induzem a ocorrência de lesões autoprovocadas de forma intencional, sendo essas informações de essencial importância para a elaboração e implantação de políticas públicas para a redução deste tido de fato

Como limitações este estudo não foi possível realizar um levantamento do tipo de material utilizado para a autolesão, nem em que parte do corpo isso foi feito e nem o motivo que levou cada um desses 62 adolescentes a submeter-se a tal situação. Com isso, esperamos que este estudo possa embasar novas pesquisas e ações de promoção a saúde desse grupo populacional.

Portanto, o surgimento de ações de valorização da vida, apoio psicológico e de educação em saúde relacionadas aos riscos de autolesão dentro de ambientes frequentados por famílias, crianças e adolescentes como escolas, parque e igrejas poderiam apresentar-se como opção para que as famílias e comunidades pudessem deixar de discriminar os adolescentes que apresentam este tipo de comportamento e passar a apoiar-los para a prevenção de novas ocorrências.

REFERÊNCIAS

BAKER, T.G.; LEWIS, S.P. Responses to online photographs of non-suicidal selfinjury: a thematic analysis. **Arch Suicide Res.** v. 17, p. 223-235, 2013.

CARMONA, L.F. *et al.* Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizades (Caldas, Colômbia), 2000-2008. **Archivos de Medicina**. v. 10, n. 1, p. 9-18, 2010.

CASTILHO, P. Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. **Psychologica, Coimbra**, v. 52, n. 2, p. 331-360, 2010.

ESPERÓN, J.M.T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 21, n. 1, e20170027, 2017. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

FONSECA, P.H.N. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018

GUERREIRO, D. **Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping**. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2014.

LOESCH, C.; STEIN, C.E. **Estatística descritiva e teoria das probabilidades**. Blumenau: Edifurb, 2008.

OTTO, S.C.; SANTOS, K.A. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 265-288, dez. 2016. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/24537/21352>. Acesso em: 06 ago. 2019.

PINTO, L.L.T. *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-210, Out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000400203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019.

SILVA, A.C.; BOTTI, N.C.L. Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual Facebook*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 203-210, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019.

TETI, G.L. *et al.* Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. **Rev Panam Salud Publica**. v. 36, n. 2, p. 124-133, 2014.

WONG, P.W.C. *et al.* Accessing suicide-related information on the internet: a retrospective observational study of search behavior. **J Med Internet Res.**, v. 15, n. 1, e3, 2013.

PREVALÊNCIA DO *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

Data de aceite: 01/12/2020

Francisco José Barbas Rodrigues

Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Castelo Branco – Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8405-4249>

Patrícia Margarida dos Santos Carvalho Coelho

Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Castelo Branco – Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9862-0691>

RESUMO: **Introdução:** O *Staphylococcus aureus* é uma das bactérias mais prevalentes no ser humano, fazendo parte desde membro efetivo da flora normal até uma bactéria causadora de infeções mortais. Na sua forma mais agressiva (MRSA), constitui-se habitualmente como um enorme problema de saúde pública. Os Profissionais de Saúde são habitualmente um veículo de transmissão, podendo contribuir para surtos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de MRSA nas Instituições de Saúde da região Centro de Portugal; Estimar a prevalência de MRSA nos Profissionais de Saúde da região Centro de Portugal; Analisar a prevalência de *S. aureus* nos diferentes Serviços Clínicos das Instituições de Saúde; Avaliar a prevalência de *S. aureus* nas diferentes profissões englobadas no grupo dos Profissionais de Saúde. **Materiais e métodos:** Foram realizados a cada participante uma zangaratoa nasal (pesquisa da bactéria)

e um inquérito (questões sociodemográficas).

Resultados: 271 amostras, sendo 24% positivas para *S. aureus* e 3,30% para MRSA. **Conclusão:** Apesar de não existir uma prevalência muito elevada de MRSA nos profissionais de saúde, é necessário reforçar sempre os cuidados de higiene e quebrar as possíveis cadeias de transmissão (isolamento de profissionais infetados), uma vez que a presença de MRSA em doente internados potencia outros factores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: *S.aureus*; MRSA; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT: **Introduction:** *Staphylococcus aureus* is one of the most prevalent bacteria in humans, being part of an effective member of normal flora to a bacterium caused by deadly infections. In its most aggressive form (MRSA), it is usually a huge public health problem. Health professionals are usually a vehicle for transmission and can contribute to outbreaks.

Objective: To assess the prevalence of MRSA in Health Institutions in the Center of Portugal region; Estimate the prevalence of MRSA in Health Professionals in the Center of Portugal region; Analyze the prevalence of *S. aureus* in the different Clinical Services of Health Institutions; To evaluate the prevalence of *S. aureus* in the different professions included in the group of Health Professionals. **Materials and methods:** Each participant was given a nasal swab (investigation of the bacterium) and a survey (sociodemographic questions). **Results:** 271 samples, 24% positive for *S. aureus* and 3.30% for MRSA. **Conclusion:** Although there is

no very high prevalence of MRSA in health professionals, it is always necessary to reinforce hygiene care and break possible transmission chains (isolation of infected professionals), since the presence of MRSA in hospitalized patients other risk factors. **KEYWORDS:** S.aureus; MRSA; Health professionals.

INTRODUÇÃO

O género *Staphylococcus* pertence à família Micrococcaceae. O seu nome provém de origem grega, significando cocos (células com forma esférica), que se organizam sob a forma de cachos de uva, quando observados ao microscópio ótico, nomeadamente com a coloração de Gram (Brooks, Butel e Stephen, 2006).

Como características gerais temos o facto de serem células esféricas, Gram positivas, catalase positivas e imóveis. São ainda capazes de tolerar temperaturas entre 18C° e 40C°, anaeróbios facultativos, fermentadores de açúcares, não formadores de esporos, capazes de crescer em altos teores de NaCl, produtores de pigmentos, que podem variar desde o branco ao amarelo, e com grande capacidade de ganharem resistências aos antibióticos (Brooks et al, 2006). São bactérias que vivem em grande contato com o Ser Humano numa relação de comensalismo (apenas um dos organismos retira pontos positivos da relação, contudo o outro organismos não apresenta nenhum aspeto negativo). Muitas das espécies são parte integrante da flora normal, transitória ou residente dos Seres Humanos, contudo inclui também um dos principais microrganismos patogénicos para o Ser Humano – o *Staphylococcus aureus* (Parker e Collier, 1998).

As infeções Humanas causadas pelos estafilococos são muito variadas, tanto nas manifestações clínicas como na potencial gravidade. O contexto epidemiológico em que surgem apresenta condicionalismos particulares. A profilaxia e o controlo das infeções são desafios importantes que se têm revelado difíceis de superar (Parker et al, 1998).

A classificação que atualmente se utiliza tem por base as características fenotípicas, e o estudo genético do ADN bacteriano, nomeadamente as relações de homologia do ácido desoxirribonucleico. As características fenotípicas dizem respeito a aspetos morfológicos, bioquímicos e de suscetibilidade aos agentes antimicrobianos, entre outros (Murray, Baron, Pfaller e Tenover, 1999).

O *S. aureus* se constitui como o mais patogénico, devido aos vários mecanismos de agressividade que possui, do qual se realça a enzima coagulase (sendo o único estafilococo que a possui).

Os Profissionais de Saúde colonizados constituem uma questão a ter em conta. São, claramente, uma potencial fonte de transmissão e disseminação bacteriana. Vários trabalhos Internacionais demonstram que o seu afastamento

temporário se mostra como uma das medidas mais aceites e consensuais, sendo, contudo, por si só, pouco efetiva, pois há a necessidade do uso de antimicrobianos tópicos ou sistémicos, de onde se destaca o uso de mupirocina.

Como existe grande necessidade de Profissionais na área da Saúde, estes sentem-se pressionados a procurar mais formação, muitas vezes até prévia à sua entrada nas Instituições de Saúde, outras já após o desempenho de funções. Estas formações podem ser uma chave importante para lhes inculcar princípios básicos de formatura em infeções dos Cuidados de Saúde, contribuindo-se assim significativamente para uma eventual redução das mesmas e mesmo para a proteção individual destes Profissionais.

Existem ainda os Administrativos, as pessoas encarregues de toda a parte burocrática da Instituição de Saúde, nomeadamente da gestão e organização de papéis. Atualmente são também estes Profissionais de Saúde que desempenham funções muito próximas (mesmo fisicamente), dos Doentes, fazendo com que também eles estejam expostos a várias contaminações e, por conseguinte, sejam também importantes veículos de transmissão de microrganismos entre os indivíduos internados. São profissionais que muitas vezes não apresentam formação superior (uma vez que a carreira de Administrativo não o prevê), logo a maioria não terá qualquer formação específica na área da Saúde e, muito menos, na área associada à prevenção das infeções dos Cuidados de Saúde.

Torna-se indispensável que os outros Profissionais de Saúde devidamente formados e treinados desempenhem um papel pró-ativo a fim de conseguirem proteger os seus Doentes, toda a equipa de trabalho e os próprios Profissionais. A formação em serviço tem sido demonstrada por vários autores como fundamental para a gestão de riscos laborais, logo poderá ser uma ferramenta chave indicada nestes casos.

OBJETIVOS

Como objetivo geral para a dinâmica deste trabalho foi delineado:

Avaliar a prevalência de *Staphylococcus aureus* nos Profissionais de Saúde da região centro de Portugal;

Como objetivos específicos para a realização deste estudo temos:

1. Avaliar a prevalência de MRSA nas Instituições de Saúde da região Centro de Portugal;
2. Calcular a prevalência de MRSA nos Profissionais de Saúde da região Centro de Portugal;
3. Estimar a prevalência de *S. aureus* nos diferentes Serviços Clínicos das Instituições de Saúde;

4. Analisar a prevalência de *S. aureus* nas diferentes profissões englobadas no grupo dos Profissionais de Saúde;

MATERIAL MÉTODOS E AMOSTRA

A amostra foi proveniente dos Profissionais de Saúde que desempenham funções na região Centro de Portugal, nomeadamente numa Unidade Local de Saúde (com Profissionais de Saúde de um Hospital e de um Centro de Saúde) e numa Unidade de Cuidados Continuados da mesma região.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

- a. questionário em que se solicitavam dados do tipo sócio-demográficos, para valorizar as variáveis pessoais, familiares e de contexto laboral;
- b. zaragatoa para recolha na mucosa nasal;

Preceitos éticos

Todos os preceitos éticos foram acautelados.

Tratamento estatístico

Recorreu-se à estatística descritiva, para a caracterização sócio demográfica da amostra, através da análise do grupo I do questionário.

Com os dados obtidos nos duzentos e setenta e um inquéritos recolhidos e com a análise dos resultados das amostras de zaragatoa procedeu-se a um cálculo de frequências, médias e desvios padrão de cada uma das respostas dos sujeitos.

Utilizou-se o teste t (de Student) ou análises de variância para comparação entre grupos, em que as variáveis independentes são a identificação bacteriana e as variáveis dependentes são cada um dos fatores ou dimensões em estudo.

No caso da não existência de uma distribuição normal, ou uma desigualdade do n entre os grupos, recorreremos à estatística não paramétrica. As provas utilizadas foram: contrastes de diferenças de médias para dois grupos (U de Mann Whitney), o K para várias amostras independentes (H de KruskalWallis), com variáveis contínuas e a prova de chi-quadrado (χ^2) para variáveis nominais.

RESULTADOS

Todas as amostras recolhidas para o estudo foram consideradas válidas, nomeadamente pelo fato de todas serem acompanhadas do respetivo inquérito. Assim obteve-se um universo de duzentos e setenta e um Profissionais de Saúde que aceitaram colaborar com este trabalho. Dado o número de Profissionais de Saúde inicialmente previsto, ou seja, aquele que os Investigadores ponderaram no início do trabalho, salienta-se que a adesão superou em muito as expetativas.

Das duzentas e setenta e uma colheitas realizadas, a maioria (80,8%) foi a Profissionais de Saúde do Hospital, 10,7% a funcionários da Unidade de Cuidados Continuados e os restantes 8,5% a funcionários do Centro de Saúde.

O Centro de Saúde foi considerado como um Serviço (10,70%), a Unidade de Cuidados Continuados como um Serviço (8,50%) e o Hospital foi dividido nas várias Enfermarias que o constituem. Assim, de entre os duzentos e dezanove funcionários do Hospital temos que 5,48% são funcionários do Serviço de Medicina A, 9,13% do Serviço de Medicina B, 11,87% do Serviço de Cirurgia Homens, 6,39% do Serviço de Cirurgia Mulheres, 9,59% da Unidade de Cuidados Intensivos, 1,84% da Unidade de Diabetes, 18,26% do Serviço de Nefrologia, 13,24% da Consulta Externa, 6,39% do Serviço de Urologia, 4,11% do Serviço de Ortopedia, 4,11% do Serviço de Fisioterapia, 5,48% do Bloco Operatório e 4,11% do Serviço de Urgência.

A maioria dos indivíduos que colaboraram com este estudo (48,00%) são Enfermeiros, seguido dos Auxiliares de Ação Médica (29,20%), dos Médicos (10,00%), dos Administrativos (7,00%), dos Fisioterapeutas (3,00%), dos Assistentes Sociais (1,10%). Existiu ainda colheita em duas dietistas (0,70%), uma Terapeuta da Fala (0,40%), uma Psicóloga (0,40%) e uma Animadora Sócio Cultural (0,40%).

A maioria (80,10%) são Mulheres e os restantes 19,90% Homens.

A maioria (76,40%) apenas desempenharam funções em um Serviço nos últimos cinco anos, 14,40% desempenharam funções em dois Serviços diferentes, 3,00% em três Serviços, 1,80% em quatro Serviços e 4,40% em cinco ou mais Serviços diferentes ao longo dos últimos cinco anos.

A quase totalidade dos indivíduos em estudo (98,90%) referiu nunca ter realizado rastreio para o *S. aureus*. Apenas 1,10% responderam afirmativamente a esta questão.

A totalidade dos indivíduos em estudo (100,00%) apontou como importante a existência deste rastreio.

Neste trabalho pesquisou-se a presença de *S. aureus* na mucosa nasal e de MRSA. Sempre que os indivíduos não tinham qualquer uma destas bactérias foram considerados negativos.

72,70% apresentaram resultado negativo, 24,00% positivo para *S. aureus* e 3,30% positivo a MRSA.

Na análise das bactérias identificadas por género, verifica-se que 1,90% dos elementos do sexo masculino estavam colonizados com MRSA, 25,90% com *S. aureus* e os restantes 72,70% apresentaram resultado negativo. Já de entre os elementos do sexo feminino, observa-se que 3,70% estão colonizadas com MRSA, 23,50% com *S. aureus* e as restantes surgiram com resultado negativo

O Hospital surgiu com uma percentagem de 4,10% de MRSA e 25,10% de *S. aureus*. O Centro de Saúde com 8,7% de *S. aureus* e a Unidade de Cuidados

Continuados com 27,60% de *S. aureus*. Estas duas últimas Instituições não apresentaram presença de MRSA, não se verificando, contudo, a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Em relação à análise das bactérias identificadas em cada uma das diferentes Enfermarias/Serviços que constituem o Hospital, constata-se que no Serviço de Medicina A 33,30% estão colonizados com *S. aureus*. Já no Serviço de Medicina B 10,00% dos funcionários estão colonizados com MRSA e 15%00 com *S. aureus*. No Serviço de Cirurgia Homens há 15,40% colonizados com MRSA e 3,80% com *S. aureus*. Já no Serviço de Cirurgia Mulheres 10,00% dos funcionários estão colonizados com MRSA. Na Unidade de Cuidados Intensivos 28,60% têm *S. aureus*. Na Unidade de Diabetes 25,00% dos funcionários tem *S. aureus*. No Serviço de Nefrologia este número sobe para 45,00%. Na Consulta Externa temos 31,00% dos colaboradores colonizados com *S. aureus* e no Serviço de Urologia 30,00%. No Serviço de Ortopedia 33,30% dos funcionários tem *S. aureus* na mucosa nasal, descendo esse valor para 22,20% nos colaboradores do Serviço de Urgência e descendo novamente para 16,70% dos Profissionais de Saúde do Bloco Operatório. No Serviço de Fisioterapia temos 11,10% dos colaboradores colonizados com *S. aureus* na mucosa nasal.

Verifica-se ainda que 28,60% dos MRSA encontrados se localizavam em funcionários do Serviço de Medicina B, 57,10% nos colaboradores do Serviço de Cirurgia Homens e 14,30% no Serviço de Cirurgia Mulheres.

De entre os Enfermeiros, observa-se que 4,60% estão colonizados com MRSA, 21,50% com *S. aureus* e os restantes 73,80% obtiveram resultado negativo. De entre os Médicos 3,70% possuem, na sua mucosa nasal MRSA, 18,50% *S. aureus* e 77,80% alcançaram resultado negativo. 2,50% dos Auxiliares têm MRSA, 27,80% têm *S. aureus* e os restantes 69,60% não estão colonizados com nenhuma destas bactérias. Nos Administrativos, 31,60% têm *S. aureus* e os restantes têm resultado negativo. 12,50% dos Fisioterapeutas estão colonizados com *S. aureus* e os restantes têm resultado negativo. 50% das Dietistas têm *S. aureus* positivo, assim como a única Terapeuta da Fala e a única Psicóloga também. Observa-se ainda que todas as Assistentes Sociais, assim como a Animadora Sócio-Cultural apresentaram resultado negativo, não se constatando a existência de diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Em Portugal não existem muitos trabalhos centrados na epidemiologia concreta da flora bacteriana “normal” existente nas Unidades de Saúde.

Como em todos os trabalhos científicos com componente prática, para além

de todo o empenho dos Investigadores e dos Responsáveis Institucionais é também indispensável a colaboração, neste caso, dos Profissionais de Saúde das várias Instituições envolvidas. Precisamente neste ponto é de valorizar a grande adesão registada, sendo que em todos os Serviços analisados se denotou uma enorme vontade de participação e de interesse pelo trabalho aqui proposto.

A ULS aqui analisada, em toda a sua enorme extensão, conta atualmente com cerca de 900 funcionários, sendo que perto de 600 podem ser integrados no grande grupo “Profissionais de Saúde”. Este grupo engloba todas as profissões que têm um contacto direto (maior ou menor) com Doentes/Utentes, tendo sido a maioria dessas Profissões aqui analisadas neste trabalho.

Assim, o número rastreado de duzentos e quarenta e dois Profissionais de Saúde é extremamente animador, constituindo cerca de 40,3% de todos os Profissionais de Saúde potencialmente integrantes neste trabalho. Há ainda a salientar o facto de existirem alguns Serviços (Enfermarias) específicos, com taxas de participação muito próximas dos 100%. Nestes serviços o que sempre se destacou foi a excelente organização hierárquica, com patamares de burocracia muito bem definidos. Denotou-se ainda uma capacidade de operacionalização enorme e ainda um interesse muito grande nos possíveis resultados, bem como uma avidez de percepção acerca do que fazer em várias situações práticas. Em relação à Unidade de Cuidados Continuados obtivemos vinte e nove Profissionais de Saúde, de entre os cerca de trinta e cinco registados nesta Instituição, sendo, uma vez mais, esta amostra bastante representativa do panorama, chegando a representar cerca de 82,8% de Funcionários potencialmente integrados no estudo.

Daqui se revela a grande e crescente importância que os Profissionais de Saúde têm dado às questões relacionadas com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). O facto de demonstrarem um grande interesse e participação na realização de um rastreio a uma bactéria potencialmente letal para os Doentes de que cuidam, é sinal de uma noção elevada dos virtuais perigos destas infeções, revelando que esta comunidade está, cada vez mais, empenhada na diminuição das IACS, que todos os anos, segundo a maioria dos estudos, se associam a enormes perdas Humanas e ao aumento de custos materiais, a nível de dias de internamento, bem como de medicação utilizada (Kenneley, 2011).

Na análise face às Profissões de Saúde mais rastreadas, observamos um claro domínio dos Enfermeiros, na linha da frente, com cerca de metade dos Profissionais analisados neste estudo. O grupo de Auxiliares de Ação Médica foi o segundo mais prevalente, muito influenciado pelas indicações fornecidas pelos Enfermeiros Chefes dos vários Serviços analisados. Denotou-se que este grupo Profissional foi bastante “empurrado” para o rastreio por parte dos Enfermeiros, não obstante do voluntariado da ação. Os Médicos surgiram como o terceiro grupo Profissional com

maior número de elementos. Apesar da dificuldade tradicional de adesão que este grupo profissional tem, demonstrado e patente nos mais variados estudos Nacionais e Internacionais, este trabalho ainda conseguiu um número razoável, embora muito aquém do que seria desejável e mesmo expectável pelo assunto em questão (Gardam, Reason e Rykert, 2010). Devemos, à semelhança do que fizemos com Enfermeiros, remetermo-nos para o Plano de Estudos destes Profissionais, onde as IACS são extremamente abordadas, de uma forma multidisciplinar (Bellini, Petignat, Masserey, Büla, Burnand, Rousson, Blanc, Zanetti, 2015). Um grupo Profissional que surpreendeu pela sua adesão foi os Fisioterapeutas, que, apesar de apenas constituírem 3% do total de indivíduos estudados, este valor representa cerca de 80% do número total de Fisioterapeutas que desenvolvem as suas funções nesta ULS. Ainda dentro da área das Profissões analisadas, uma nota para o facto de existirem alguns Profissionais que, não sendo historicamente analisados, demonstraram total disponibilidade e vontade para fazerem o rastreio, como Psicólogos, Terapeutas da Fala, Dietistas, entre outros. Este comportamento poderá ser explicado por algum trabalho de sensibilização feito pelos responsáveis do Projeto junto dos Profissionais, nomeadamente dos que desempenham funções nesta Unidade de Saúde. Poderá também ser explicado por, uma vez mais, a grande importância que as IACS têm. Os próprios Planos de Estudos destes Profissionais demonstram uma evolução no sentido de abordar esta problemática e de os alertar para o futuro, uma vez que muitos deles têm o ambiente clínico como potencial empregador.

Este estudo que não exclui nenhuma Profissão que lide diretamente com Doentes, o que se revela uma mais-valia em relação à maioria dos trabalhos Nacionais e Internacionais, onde se limitam a análises individuais de determinadas Profissões que, historicamente, têm maior ligação com os Doentes, como sejam os Médicos, os Enfermeiros e os Auxiliares de Acção Médica (Obadia, Opatowski, Temime L, Herrmann, Fleury, Boëlle, Guillemot, 2015, Busato et al., 1998; Askarian et al., 2009; Elie-Turenne et al., 2010; Dulon et al., 2011).

Na análise dos Profissionais de Saúde por sexo, observa-se que a maioria clara é do sexo feminino, o que é perfeitamente expectável, face à população normal e característica que constitui as Unidades de Saúde (Dulon et al., 2011). Existe sempre um predomínio de mulheres, logo a partir dos cursos do Ensino Superior que habilitam ao desenvolvimento da maioria das Profissões de Saúde.

Em face do número de Serviços diferentes onde os Profissionais de Saúde desempenharam funções nos últimos 5 anos, observa-se uma enorme estabilidade, uma vez que cerca de 76% estiveram no mesmo Serviço durante, pelo menos, o período referido. Esta manutenção pode acarretar bastantes benefícios, pois integra o Profissional numa rotina que poderá ser positiva, uma vez que está completamente familiarizado com os procedimentos decorrentes naquele serviço específico (Huang,

Lien, Su, Chou e Lin, 2011). Aliás esta estabilidade de Profissionais no mesmo Serviço tem sido referido como um ponto positivo para a diminuição das IACS, pois a maior rotatividade entre Serviços também pode ser prejudicial na propagação de bactérias, nomeadamente nos portadores assintomáticos (Profissionais de Saúde), que podem servir de veículos (Huang et al., 2011).

Apesar destes dados, por nós considerados positivos, há que ter também em atenção o facto de 4,40% dos Profissionais de Saúde terem, nos últimos 5 anos, desempenhado funções em 5 ou mais Serviços diferentes.

Devido à importância que, na nossa opinião, o rastreio ao *S. aureus* tem, tentámos averiguar se já teria existido alguma ação semelhante anteriormente e verificamos, como era expectável, que a maioria clara (98,90% dos indivíduos por nós analisados) nunca tinha feito nenhum rastreio a esta bactéria. Estes dados são facilmente corroborados com a constatação da inexistência de programas semelhantes promovidos pelas Administrações Hospitalares. Pela análise de trabalhos internacionais, podemos constatar que a existência de programas, promovidos diretamente pelas Administrações Hospitalares e que devem ter um carácter inter-institucional, acarreta grandes benefícios, principalmente refletidos em termos monetários. Ou seja, apesar do investimento inicial que este tipo de programas pode apresentar, a médio prazo irá ter retorno, não só económico, como principalmente na qualidade do serviço prestado (Anderson et al., 2011).

Apesar da grande importância que todos (100,00%) os Profissionais de Saúde apontaram ao trabalho e ao seu âmbito, não existiu nenhum estudo prévio no qual pudessem ter sido rastreados.

Em relação aos microrganismos identificados, observamos uma prevalência de 24,00% de *S. aureus* e de 3,30% de MRSA. Estes resultados são claramente animadores, quando comparados com a maioria dos trabalhos analisados. Denota-se principalmente valores baixos, nomeadamente no que diz respeito à incidência de MRSA nos Profissionais de Saúde analisados (Busato et al., 1998; Elie-Tuenne et al., 2010; Dulon et al., 2011). Contudo os números obtidos por nós não serão caso único, uma vez que existem estudos recentes, realizados em Profissionais de Saúde, que apontam valores de prevalência de MRSA na mucosa nasal muito próximos de 5%, valor que apesar de ligeiramente mais alto do que o do nosso estudo é bem inferior aos apontados anteriormente (Askarian et al., 2009). O trabalho realizado por Dulon e colaboradores demonstrou que quando os estudos realizados abrangem várias classes profissionais (sempre dentro do grande grupo “Profissionais de Saúde”), existe uma tendência para que os valores obtidos de prevalência de MRSA diminuam (Dulon et al., 2011).

Em termos Europeus, a Roménia tem surgido como o País com maior prevalência de MRSA entre os seus Profissionais de Saúde, com valores a rondarem

os 60 a 72% de portadores (Ionescu et al., 2010).

Analisando os resultados por sexo, e apesar do grande predomínio de mulheres, não se constata a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à prevalência de MRSA ou *S. aureus* por sexo. De facto e sempre devido ao maior número de mulheres nos vários trabalhos semelhantes realizados, a prevalência costuma ser maior, contudo a existência de diferenças estatisticamente significativas não é observada. (Horner, Wilcox, Barr, Hall, Hodgson, Parnell, Tompkins, 2012; Dulon et al., 2011; Askarian et al., 2009).

Analisando as Instituições aqui estudadas constatamos que apenas no Hospital foram identificados MRSA nos seus Profissionais de Saúde. Tal facto pode dever-se a vários fatores, como seja o maior número de Profissionais rastreados, o contacto destes Profissionais com um maior número de Doentes diferentes, a existência de situações clínicas mais graves com consequente utilização de medicamentos mais combativos (antibióticos principalmente) e a obtenção de uma flora “normal” mais agressiva. Dos vários trabalhos por nós analisados, a referência a Profissionais de Saúde dos Cuidados Primários como população alvo do estudo não existia. Alguns trabalhos referenciavam a “Consulta de Seguimento”, que será uma estrutura semelhante ao Centro de Saúde em Portugal. Aqui os níveis de prevalência de MRSA eram sempre extremamente baixos ou inexistentes, estando em linha com o que se apurou nos Profissionais de Saúde que trabalham no Centro de Saúde (Askarian et al., 2009; Dulon et al., 2011).

A presença de MRSA, como temos visto, cinge-se ao Hospital. Realizando a análise das Enfermarias/Serviços mais afetados, observamos que são os Serviços de Cirurgia e o Serviço de Medicina os locais problemáticos. Como justificação podemos atender ao tipo de Doentes que estão presentes nos Serviços de Cirurgia, quase sempre imunodeprimidos e debilitados devido a intervenções cirúrgicas, logo bastante expostos a infeções oportunistas. Também o Serviço de Medicina, quase sempre mais frequentado por Doentes idosos, com infeções graves, necessitando de doses de terapêutica elevadas e agressivas pode contribuir para a presença de MRSA. Obviamente que alguns dos Doentes destes Serviços referidos passaram, por exemplo, pelo Bloco Operatório e pela Unidade de Cuidados Intensivos, sendo expectável que também aí existissem Profissionais de Saúde colonizados. Contudo e felizmente, tal não se verifica. Pode extrapolar-se, atendendo aos devidos cuidados necessários, uma relação diferente entre os Profissionais de Saúde dos Serviços com MRSA negativo e os Doentes (que, como foi referido, podem muitas vezes ter proveniência ou destino em Serviços com Profissionais de Saúde portadores). Na maioria dos trabalhos por nós analisados, as Unidades de Cuidados Intensivos e os Blocos Operatórios surgem sempre como locais problemáticos e que apresentam MRSA na flora dos seus Profissionais de Saúde (Askarian et al., 2009; Elie-Turenne

et al., 2011; Horowitz, Baorto, Cirillo e Davis, 2011). Também os Serviços de Urgência são, amiúde, referenciados como locais a ter em conta quando se analisa esta problemática (Askarian et al., 2009). Pensamos que será a ausência de resultados positivos para MRSA, principalmente nestes Serviços considerados historicamente como problemáticos, que mais contribui para os baixos valores obtidos no geral.

Referir ainda que a maioria dos MRSA identificados neste trabalho, estavam na flora nasal de Profissionais de Saúde que desempenham a sua actividade no serviço de Cirurgia Homens.

Em relação à prevalência de *S. aureus*, apenas o Centro de Saúde ficou com valores mais inferiores, sendo os níveis obtidos na Unidade de Cuidados Continuados e no Hospital muito semelhantes. Os valores obtidos de *S. aureus* nestes Profissionais de Saúde são muito semelhantes aos obtidos por outros trabalhos, que apontam para cerca de 1/4 de portadores (Askarian et al., 2009; Munckhof et al., 2009). São ainda semelhantes a trabalhos que utilizaram como população a comunidade em geral (Holý, Vlčková, Matoušková, Kolář, 2015; Earley, Friedel, Govindaraj, Tessema, Eloy, 2012; Skrám, Moen e Bukholm, 2011; Lo, Lin, Tseng, Lu, Lee, Chu e Wang, 2007). Contudo os valores obtidos variam muito, existindo trabalhos realizados com populações semelhantes à investigada por nós, em que a média ronda os 40% de portadores assintomáticos de *S. aureus* (Elie-Turene et al., 2011).

Na análise das prevalências do *S. aureus*, por serviço, os valores situam-se dentro do esperado, face à média geral. Há, contudo, a destacar o Serviço de Cirurgia Mulheres que tem uma prevalência de 0% e, por outro lado, o serviço de Nefrologia, onde a prevalência atinge os 45% de Profissionais de Saúde. Os trabalhos analisados que avaliam a presença de *S. aureus* mostram resultados muito diferentes entre si, indo desde aqueles que demonstram o *S. aureus* como “habitante normal” de uma Instituição, com valores muito próximos dos 100%, até a outros que demonstram a quase ausência desta bactéria. Há que recordar que está, muitas vezes, associada à flora normal do Ser Humano, aparecendo mesmo em percentagens elevadas na população geral, logo será de esperar a sua presença, significativa, também na população predominantemente constituída por Profissionais de Saúde.

Mesmo em outras áreas que não as Instituições hospitalares, há várias demonstrações que a aposta na prevenção resulta sempre benéfica e que os custos efetivos são sempre muito baixos face às consequências positivas (Jennings, Timm, Duma, 2015; Newitt, Myles, Birkin, Maskell, Slack, Nguyen-Van-Tam, Szatkowski, 2015)

CONCLUSÃO

Todos os objetivos a que nos propusemos no início do trabalho foram concretizados, nomeadamente, conseguiu-se avaliar e conhecer a prevalência de MRSA e de *S. aureus* nos Profissionais de Saúde em análise. Conseguiu-se um total de participantes significativo, face ao universo pretendido no estudo (mais de 40%). 24% dos Profissionais de Saúde estavam colonizados com *S. aureus* na sua mucosa nasal. 3,30% dos Profissionais de Saúde estavam colonizados com MRSA na sua mucosa nasal. Apenas no Hospital foram encontrados Profissionais de Saúde colonizados com MRSA. No Hospital, as Enfermarias problemáticas em relação à presença de MRSA nos seus Profissionais de Saúde são a Cirurgia e a Medicina.

REFERÊNCIAS

- Anderson D.J., Miller B.A., Chen L.F., Adcock L.H., Cook E., Cromer A.L., Louis S., Thacker P.A., Sexton D.J. (2011). The network approach for prevention of healthcare-associated infections: long-term effect of participation in the Duke Infection Control Outreach Network. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 32(4):315-22.
- Askarian M., Zeinalzadeh A., Japoni A., Alborzi A., Memish Z.A. (2009). Prevalence of nasal carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and its antibiotic susceptibility pattern in healthcare workers at Namazi Hospital, Shiraz, Iran. **Int J Infect Dis.** 13(5):e241-7.
- Bellini C, Petignat C, Masserey E, Büla C, Burnand B, Rousson V, Blanc DS, Zanetti G. (2015). Universal screening and decolonization for control of MRSA in nursing homes: a cluster randomized controlled study. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 36(4):401-8.
- Brooks G.F., Butel J.S., Stephen M. (2006). **Medical microbiology.** Berkshire: McGraw-Hill.
- Busato C.R., Carneiro Leão M.T., Gabardo J. (1998). *Staphylococcus aureus* Nasopharyngeal Carriage Rates and Antimicrobial Susceptibility Patterns Among Health Care Workers and Their Household Contacts. **Braz J Infect Dis.** 2(2):78-84.
- Dulon M., Haamann F., Peters C, Schablon A., Nienhaus A. (2011). MRSA prevalence in european healthcare settings: a review. **BMC Infect Dis.** 20;11:138.
- Elie-Turenne M.C., Fernandes H., Mediavilla J.R., Rosenthal M., Mathema B., Singh A., Cohen T.R., Pawar K.A., Shahidi H., Kreiswirth B.N., Deitch E.A. (2010). Prevalence and characteristics of *Staphylococcus aureus* colonization among healthcare professionals in an urban teaching hospital. **Infect Control Hosp Epidemiol.**31(6):574-80.
- Gardam M, Reason P, Rykert L. (2010). Healthcare culture and the challenge of preventing healthcare-associated infections. **Healthc Q. Spec.** 116-20.
- Holý O, Vlčková J, Matoušková I, Kolář M. (2015). The prevalence of nasal carriage of *Staphylococcus aureus* and methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) among general medicine students of the Palacky University Olomouc. **Epidemiol Mikrobiol Imunol.**64(2):98-101.

Horner C, Wilcox M, Barr B, Hall D, Hodgson G, Parnell P, Tompkins D. (2012). The longitudinal prevalence of MRSA in care home residents and the effectiveness of improving infection prevention knowledge and practice on colonisation using a stepped wedge study design. **BMJ Open**. 12;2(1).

Horowitz I.N., Baorto E., Cirillo T., Davis J. (2011). Methicillin-resistant *Staphylococcus Aureus* colonization in a pediatric intensive care unit: Risk factors. **Am J Infect Control**. 39, 866-873.

Huang Y.C., Lien RI, Su L.H., Chou Y.H., Lin T.Y. (2011). Successful Control of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Endemic Neonatal Intensive Care Units-A 7-Year Campaign. **PLoS One**. 6(8):e23001

Ionescu R., Mediavilla J.R., Chen L., Grigorescu D.O., Idomir M., Kreiswirth B.N., Roberts R.B. (2010). Molecular characterization and antibiotic susceptibility of *Staphylococcus aureus* from a multidisciplinary hospital in Romania. **Microb Drug Resist**. 16(4):263-72.

Jennings JE, Timm NL, Duma EM. (2015). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: decolonization and prevention prescribing practices for children treated with skin abscesses/boils in a pediatric emergency department. **Pediatr Emerg Care**. 31(4):266-8.

Kenneley I.L. (2011). Stopping HAIs at their source. **Nurse Pract**. 36(9):47-51.

Khan A., Lampitoc M., Salaripour M., McKernan P., Devlin R., Muller M.P. (2009). Rapid control of a methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) outbreak in a medical surgical intensive care unit (ICU). **Can J Infect Control**. 24(1):12-6.

Lo W.T., Lin W.J., Tseng M.H., Lu J.J., Lee S.Y., Chu M.L., Wang C.C. (2007). Nasal carriage of a single clone of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among kindergarten attendees in northern Taiwan. **BMC Infect Dis**. 1;7:51.

Munckhof W.J., Nimmo G.R., Schooneveldt J.M., Schlebusch S., Stephens A.J., Williams G., Huygens F., Giffard P. (2009). Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*, including community-associated methicillin-resistant strains, in Queensland adults. **Clin Microbiol Infect**. 15(2):149-55.

Murray P.R., Baron E.J., Tenover F.C., Tenover F.C., Tenover F.C. (1999). **Manual of Clinical Microbiology**. Washington: ASM Press.

Newitt S, Myles PR, Birkin JA, Maskell V, Slack RC, Nguyen-Van-Tam JS, Szatkowski L. (2015). Impact of infection control interventions on rates of *Staphylococcus aureus* bacteraemia in National Health Service acute hospitals, East Midlands, UK, using interrupted time-series analysis. **J Hosp Infect**. 90(1):28-37.

Obadia T, Opatowski L, Temime L, Herrmann JL, Fleury É, Boëlle PY, Guillemot D. (2015). Interindividual Contacts and Carriage of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*: A Nested Case-Control Study. **Infect Control Hosp Epidemiol**. 36(8):922-9.

Parker M.T., Collier L.H. (1998). Topley and Wilson's Principles of Bacteriology, **Virology and Immunity**. London: Edward Arnold.

Skråmm I., Moen A.E., Bukholm G. (2011). Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*: frequency and molecular diversity in a randomly sampled Norwegian community population. **APMIS**. 119(8):522-8.

CAPÍTULO 17

DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Elton Filipe Pinheiro de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2829054084850625>

Francisca Maria Pereira da Cruz

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5343894061869778>

Maria Eliane Andrade da Costa

Faculdade Piauiense – FAP
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/0544987509697049>

Diana Nogueira Villa Jatobá

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5416696320343327>

Ana Rachel Cavalcante Araújo Fernandes

Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/4781833465626357>

Fernanda Lorrany Silva

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina- PI
<http://lattes.cnpq.br/0991702229687255>

Ana Zilda Rodrigues do Nascimento

Faculdade UNINASSAU
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/9833931624004552>

Jessica Mykaella Ferreira Feitosa

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
Caxias-MA
<http://lattes.cnpq.br/0958255018991156>

Jordeilson Luis Araujo Silva

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/9561612823974865>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina - PI
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Thamirys de Carvalho Mota

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/0073012015260764>

RESUMO: As doenças ocupacionais são consideradas um problema de saúde pública e acometem cada vez mais os profissionais de enfermagem, em decorrência de fatores como jornada de trabalho, baixa remuneração e condições precárias para a implementação da assistência. Dessa forma, este trabalho objetiva investigar as doenças ocupacionais mais frequentes entre os profissionais de enfermagem, através de uma revisão integrativa da literatura, utilizada como ferramenta metodológica para o desenvolvimento da pesquisa. A estratégia PICO apresentou-se como base de análise dos dados, a partir dos periódicos indexados em bases de dados e publicados entre 2014 e 2018. As doenças mais frequentes na literatura estavam relacionadas às causas osteomusculares,

psicossionais (estresse) e Burnout. Depreendeu-se que essas doenças de origem ocupacional acarretam transtornos da vida do profissional, como absenteísmo, aposentadoria precoce, problemas financeiros e deficiência na qualidade da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de enfermagem; Consequências; Doenças ocupacionais.

OCCUPATIONAL DISEASES RELATED TO THE HEALTH OF NURSING PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Occupational diseases are considered a public health problem and increasingly affect nursing professionals, due to factors such as working hours, low pay and poor conditions for the implementation of care. Thus, this work aims to investigate the most frequent occupational diseases among nursing professionals, through an integrative literature review, used as a methodological tool for the development of research. The PICo strategy was presented as a basis for data analysis, based on journals indexed in databases and published between 2014 and 2018. The most frequent diseases in the literature were related to musculoskeletal, psychosocial (stress) and burnout causes. It appeared that these occupational diseases cause disorders in the professional's life, such as absenteeism, early retirement, financial problems and deficiency in the quality of care provided.

KEYWORDS: Nursing professionals; Consequences; Occupational diseases.

1 | INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, que atuam na equipe de Enfermagem, estão expostos a diversos riscos ocupacionais decorrentes da sua atuação profissional nos diversos ambientes, seja hospitalar, ambulatorial e até mesmo no domicílio (VASILIKI; ANTONAKI, 2013), esses riscos decorrem do desgaste e sobrecarga de trabalho, depreendidos no processo de cuidado ininterrupto e contínuo, prestado ao usuário e sua família (RESENDE, LEITE, SANTOS et al., 2015).

Além das condições de trabalho e baixa remuneração, outros fatores de risco são associados à gênese das doenças ocupacionais entre os profissionais de enfermagem, tais como os riscos químicos, físicos, ergonômicos, de acidente, biológicos e psicossociais (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2013).

Para Wurdig e Ribeiro (2014) os aspectos envolvidos no surgimento de agravos à saúde do trabalhador são bem mais agressivos entre os profissionais de enfermagem, em decorrência do desenvolvimento de suas atividades ocorrer em ambientes insalubres e com estrutura física deficiente.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, com o objetivo de identificar as ocorrências relacionadas aos acidentes de trabalho com e sem afastamentos, licenças médicas e atendimentos psicológicos) dos trabalhadores de enfermagem

e descrever suas consequências, evidenciou que a maioria das ocorrências entre os trabalhadores de enfermagem decorrem, principalmente, de doenças osteomusculares, respiratórias e traumatismos. Essas condições comprometem a realização das atividades laborais, impactando negativamente na assistência prestada, em virtude dessas ocorrências acometerem, em maior parte, adultos jovens, com idade entre 30 e 49 anos, trabalhadores do gênero feminino, que correspondem ao maior número entre os profissionais de enfermagem (BERNARDES, VASCONCELOS, SILVA et al., 2014).

Neste sentido, a saúde do trabalhador, que está inserida no âmbito da saúde pública, atua por meio de procedimentos próprios, com a finalidade de promover e proteger a saúde das pessoas envolvidas no exercício do trabalho, por meio da promoção de condições necessárias ao desenvolvimento das atividades laborais, em todos os ambientes (LACERDA, NETO, FEITOSA et al., 2014), objetivando minimizar o absenteísmo e as incapacidades temporárias ou permanentes, cuja ocorrência compromete a qualidade da assistência prestada aos usuários e a própria qualidade de vida desses trabalhadores e os avanços na saúde pública do país.

No contexto do atual cenário que caracteriza o risco ocupacional que o profissional de enfermagem está sujeito, torna-se imprescindível conhecer as principais doenças que o acomete, na perspectiva de sua prevenção. Nesse sentido, questionou-se: Quais as doenças ocupacionais mais frequentes entre profissionais de enfermagem? O objetivo deste trabalho é investigar as doenças ocupacionais mais frequentes entre os profissionais de enfermagem.

Este estudo poderá contribuir para ampliação do conhecimento sobre a temática, baseado em seus resultados, bem como servir de suporte aos trabalhadores da Enfermagem, na perspectiva de propor uma reflexão sobre sua prática profissional e possibilitando mudanças positivas no contexto das atividades laborais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura, escolhida por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema. Esta revisão utilizou a metodologia proposta no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Sua elaboração está estruturada nas etapas mostradas na figura 1.

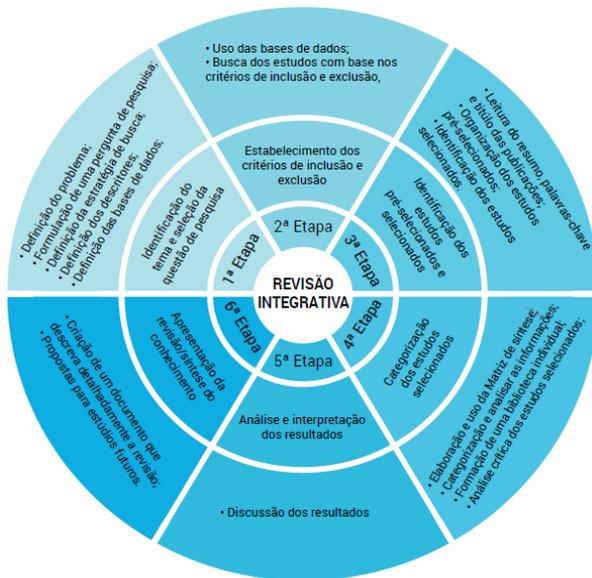


Figura 1: Etapas de construção de uma revisão integrativa.

Fonte: Adaptado de Botelho; Cunha; Macedo, 2011, p.129.

O tema determinou a construção da estratégia PICo, que representa um acrônimo para Paciente (P), Intervenção (I) e Contexto (Co), na qual foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: Quais as doenças ocupacionais mais frequentes entre profissionais de enfermagem?

Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizou-se de descritores indexados nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores foram obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como mostra o Quadro 1.

Consultou-se por meio dos descritores as bases de dados PubMed da National Library of Medicine; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação.

ELEMENTOS	MESH	DECS
P "Profissional de Enfermagem"	"Nursing Professional"	"Profissional de Enfermagem" "Nursing Professional" "Profesional de Enfermeria"
I "Consequências"	"Consequences"	"Consequências" "Consequences" "Impacto"
Co "Doenças Ocupacionais"	"Occupational diseases"	"Doenças Ocupacionais" "Occupational diseases" "Enfermedades ocupacionales"

Quadro 1 – Elementos da estratégia PICO e descritores utilizados – Teresina, PI, Brasil, 2019.

Fonte: Descritores, Títulos e Palavras-chaves, 2019.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	FILTRADOS	SELECIONADOS
BIREME (descritores Decs)	(tw:((tw:((tw:(Profissional de enfermagem)))) OR tw:((tw:))) OR tw:((tw:(Enfermeiro)))) AND tw:((tw:((tw:(Consequências)))) OR tw:((tw:(impacto)))) OR tw:((tw:(consequences)))) AND tw:((tw:((tw:(doenças ocupacionais)))) OR tw:((tw:(Occupational diseases))))	115	44	7
PubMed (descriptors MeSH)	((("nursing professional"[MeSH Terms] OR "nursing professional" AND ("occupational diseases"[Subheading] OR "occupational diseases"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "professional"[All Fields]) OR "consequences"[All Fields] OR "occupational diseases"[MeSH Terms] OR ("nursig"[All Fields] AND "care"[All Fields]))) AND ("nursing"	78	33	3

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados BIREME e PUBMED – Teresina, PI, Brasil, 2019.

Fonte: Bases de dados, 2019.

Como critérios de inclusão utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade,

publicados entre os anos de 2014 e 2018, nos idiomas Português e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos.

A análise para seleção dos estudos foi realizada em duas fases: na primeira, os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados, obtendo-se cento e quinze (115) estudos como busca geral na BVS, sendo que limitando a busca pra artigos com texto completo realizado com humanos nos últimos cinco anos nos idiomas Português e Inglês, obteve-se dezoito (18) estudos, destes foram analisados títulos e resumos onde apenas sete (7) estudos foram condizentes com a questão desta pesquisa.

Na base PUBMED, como busca total foram encontrados setenta e oito (78) estudos, aplicando na pesquisa o filtro que limita por texto completo dos últimos cinco anos com humanos, obteve-se sete (7) estudos, destes foram analisados títulos e resumos e teve como resultado final três (3) estudos.

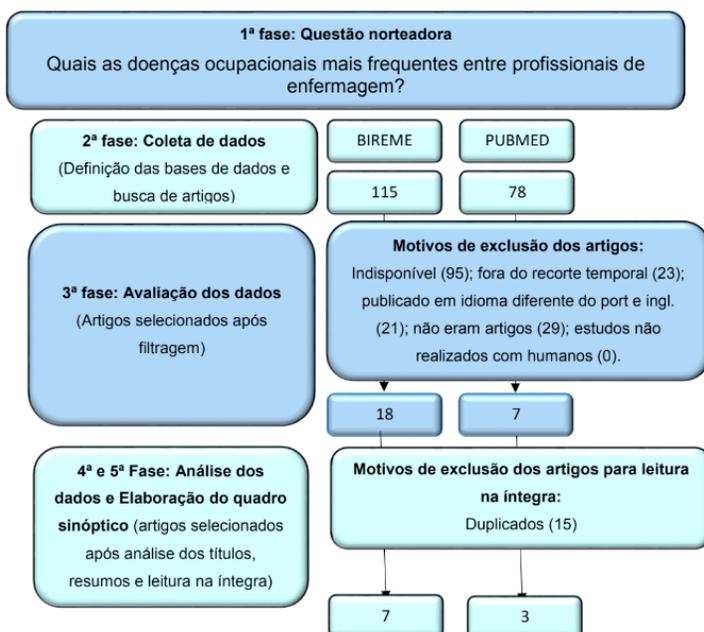


Figura 2- Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa - Teresina, PI, Brasil, 2019.

Fonte: Bases de dados, 2019.

Na segunda fase os estudos foram analisados quanto ao potencial de participação no estudo, avaliando o título, autor/ano, tipo de estudo e objetivos resultando em dez (10) artigos.

Para realização da categorização dos estudos selecionados, utilizou-se um instrumento denominado de matriz de síntese ou matriz de análise, que permite analisar separadamente cada artigo, extrair e organizar os dados tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas.

Nesta etapa foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos e criadas categorias analíticas que facilitou a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo. A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos da pesquisa quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão. Optou-se pela análise em forma estatística e de forma de texto, utilizando cálculos matemáticos e inferências, que serão apresentados em quadros.

3 | RESULTADOS

Do total dos artigos científicos incluídos nesse estudo, 08 (80%) foram publicados no idioma português e 02 (20%) no idioma inglês. Sendo 07 deles encontrados na base de dados BIREME e 03 deles na base de dados da PUBMED.

Quanto ao ano de publicação dos referidos artigos científicos, 04 deles foram publicados no ano de 2016, seguido de 03 artigos publicados no ano de 2014, 02 no ano de 2015 e, por fim, 01 publicado no ano de 2017.

As principais características dos artigos selecionados neste trabalho de revisão integrativa são apontadas no quadro 3.

TÍTULO	AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino	Bernardes et al. (2014)	Natureza quantitativa do tipo exploratório descritivo	Identificar os agravos ocorridos com os trabalhadores de enfermagem por meio do Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem
Lombalgia ocupacional em trabalhadores de enfermagem: massagem versus dor	Borges, Kurebayashi e Silva (2014)	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia da massagem para diminuição de lombalgia ocupacional em trabalhadores da equipe de Enfermagem de um Pronto-Socorro.
Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia	Machado et al. (2014)	Estudo de corte transversal	Estimar a ocorrência de agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital na Bahia.
Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de <i>Burnout</i> em Profissionais de Enfermagem	Campos et al. (2015)	Quantitativa de corte transversal	Investigar a prevalência da síndrome de <i>Burnout</i> nos profissionais de enfermagem de um hospital e de Unidades Básicas de Saúde
Riscos ocupacionais e os agravos à saúde dos profissionais de enfermagem	Rodrigues, Magalhães e Lima (2015)	Revisão Sistemática	Identificar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem.
Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise	Prestes et al. (2016)	Pesquisa quantitativa/descritiva	Mensurar os danos à saúde relacionados ao trabalho e associá-los com as características sociolaborais de trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise do Sul do Brasil.
Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário	Guimarães e Felli (2016)	Estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa.	Identificar os problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem e descrever suas consequências.
Enfermeiros do trabalho: experiência interdisciplinar em saúde do trabalhador	Roloff et al. (2016)	Qualitativo, exploratório e descritivo	Analisar a relação profissional dos enfermeiros do trabalho com os demais integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.
Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista	Sousa et al. (2016)	Pesquisa exploratória, qualitativa	Apreender as representações sociais da biossegurança por profissionais de Enfermagem na Atenção Primária e analisar como elas se articulam com a qualidade da assistência prestada.
Doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho da Enfermagem	Rocha et al. (2017)	Revisão Sistemática	Analisar os riscos e as doenças ocupacionais relacionadas aos profissionais de Enfermagem.

Quadro 3: Características dos artigos científicos quanto ao título, autor/ano, tipo de estudo e objetivo, 2014 a 2018. Teresina - PI, Brasil, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

O trabalho é essencial para a vida humana. A maneira como é desenvolvido associa-se às vivências objetivas e subjetivas dos trabalhadores. Nesse sentido, os agravos à saúde do trabalhador desenvolvem-se de maneira multicausal, cuja interação entre fatores patogênicos precisa ser monitorada e determinada, na perspectiva da promoção da saúde ocupacional e da prevenção das doenças relacionadas à saúde.

No campo da saúde do trabalhador, o monitoramento dos agravos permite aos gestores e aos profissionais de saúde ocupacional identificar os riscos, os acidentes e as doenças relacionadas à saúde do trabalhador. Este monitoramento é importante, pois possibilita caracterizar o perfil de adoecimento dos trabalhadores e gerenciar informações de saúde, a fim de implantar programas de saúde e segurança no trabalho, bem como auxiliar na organização e estruturação dos serviços de saúde.

Os estudos sobre o adoecer dos trabalhadores e as formas como ele interage com o trabalho tem ganhado destaque na comunidade científica e propiciam uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos agravos à saúde, bem como das suas consequências diretas e indiretas para os indivíduos, famílias e sociedade.

Na área da saúde, os profissionais da equipe de enfermagem ganham destaque pelo crescente número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, cuja ocorrência está associada aos distúrbios osteomusculares decorrentes do trabalho e aos transtornos mentais e comportamentais, evidenciados a partir de um estudo exploratório e descritivo, realizado em um hospital-escola, situado na zona oeste do município de São Paulo (BERNARDES, VASCONCELOS, SILVA et al., 2014).

Em um estudo transversal, realizado com 309 profissionais de enfermagem, mostrou que, no processo de adoecimento relacionado ao trabalho, os profissionais de enfermagem apresentam perfis diferenciados, quando comparados à população geral. Os profissionais de enfermagem estão mais propensos a adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho e pela exposição às cargas e riscos inerentes a sua atividade laboral (MACHADO, RODRIGUES, OLIVEIRA et al., 2014).

Conceitualmente, considera-se risco uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Os riscos de acidentes podem ser classificados em físicos (calor, iluminação e artigos cortantes, por exemplo), químicos (soluções químicas e aerossóis), biológicos (representados pelos fluidos corporais com vírus, bactérias ou fungos) e ergonômicos. Dentre estes, o risco biológico destaca-se como um dos mais presentes nas atividades laborais dos profissionais de Enfermagem, principalmente devido à manipulação de material contaminado com sangue e secreções (SOUSA, QUEIROZ, OLIVEIRA et al., 2016).

Campos, Angélico e Oliveira et al. (2015) ainda apontam que apesar dos estudos sobre a temática enfatizarem o trabalho em hospitais, os profissionais de enfermagem da atenção básica também enfrentam diversos desafios e estressores laborais. Ademais, os ambientes nos quais esses profissionais atuam são, muitas vezes, perigosos, insalubres e propícios a riscos à saúde.

Rodrigues, Magalhães e Lima (2015) destacam que em geral, o trabalhador de enfermagem atua num ambiente, às vezes penoso e insalubre, que não oferece condições favoráveis para sua saúde e satisfação pessoal. As condições precárias as quais os profissionais de enfermagem são expostos, seja pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou mesmo má remuneração ocupacional no sistema de saúde, é determinante para a ocorrência dos acidentes e doenças relacionadas à saúde.

Portanto, os danos relacionados ao trabalho representam a manifestação dos efeitos nocivos da atividade laboral à saúde, considerando-se as consequências das exigências e vivências em termos de danos físicos e psicossociais.

Segundo Prestes, Beck e Magnano et al. (2016) os danos físicos são definidos pela presença de manifestações como dores no corpo e distúrbios biológicos. Os danos psicológicos são caracterizados pela vivência de sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida no geral. Os danos sociais compreendem o isolamento e dificuldades nas relações sociais e familiares, em todos os contextos.

Diante desse cenário, a Vigilância da Saúde do Trabalhador precisa ser constante e deve identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde, a caracterização do território e o seu perfil social, econômico e ambiental.

Guimarães e Feli (2016) afirmam que tal cenário ainda necessita intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los, atenuá-los e controlá-los; avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação destes agravos, a fim de subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo; e utilizar os diversos sistemas de informação.

Além disso, há a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), criada para integrar a rede de serviços do SUS e implementada por meio de estruturação de uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), inclusão das ações na atenção básica, implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, instituição e indicação de serviços de retaguarda, média e alta complexidade, denominados Rede de Serviços Sentinela, e caracterização de Municípios Sentinela em saúde do trabalhador (ROLOFF, VAZ, BONOW et al., 2016).

Essas ferramentas de atenção e prevenção a saúde do trabalhador ainda

não consegue atuar de modo integral e significativamente eficiente, pois, ainda se tem um alarmante quantitativo de profissionais diagnosticados e subdiagnosticados com problemas laborais, dificultando assim a assistência prestada dentro das unidades de saúde.

Segundo Rocha, Santana, Silva et al. (2017) esses números estão relacionados com doenças osteomusculares, Síndrome de Burnout, depressão, afecções do trato respiratório, afecções do trato urinário e dermatoses, cabendo destacar que a evolução destas enfermidades pode causar incapacidade parcial, levando o trabalhador ao absenteísmo ou até mesmo incapacidade permanente, resultando em aposentadoria. Além disso, os riscos hospitalares não devem ser levados em conta somente pelo contato profissional com os pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, mas também devido ao perfil da Unidade, como a cozinha, lavanderia, central de procedimentos, esterilização de materiais, laboratório, dentre outros.

Borges, Kurebayashi e Silva (2014) apontam outros fatores, além daqueles já mencionados, que levam a ocorrência dos riscos ocupacionais: número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho, rodízio de turnos de plantões noturnos, desgaste mental e emocional, condições físicas impróprias, falta de capacitação dos profissionais, exposição às substâncias tóxicas, exposição ocupacional, indisposição ou mal-uso dos EPI's, condições precárias de trabalho e ambiente de trabalho. Todos esses fatores levam ao estresse crônico e desenvolvimento principalmente da Síndrome de Burnout.

Sendo assim, a enfermagem é reconhecida como uma das ocupações com alto risco de estresse e adoecimento. Os distúrbios musculoesqueléticos ganham proporção cada vez maior entre esses profissionais. Estresse e aspectos psicossociais do trabalho são importantes fatores de risco a serem identificados e compreendidos no ambiente laboral.

Nesse sentido, o adoecimento dos trabalhadores traz à tona questões intrínsecas ao processo de trabalho da equipe de enfermagem que necessitam serem revistas, como a sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais, baixos salários e longas jornadas.

Desse modo, recomenda-se que os trabalhadores de enfermagem incorporem ao seu cotidiano atividades preventivas e ampliem a consciência do seu processo de trabalho e do desgaste decorrente deste, adquirindo conhecimento científico para prevenção dos agravos à saúde e fomentando o fortalecimento da categoria para lutar por melhores condições de trabalho e de vida.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho é essencial para a vida do indivíduo, assim, o mesmo precisa se adequar às principais condições do ambiente em que está inserido, levando em consideração os pontos positivos e negativos.

O ambiente de trabalho, ao qual o profissional de enfermagem está inserido, apresenta inúmeros riscos que estão diretamente associados à gênese das doenças ocupacionais, cuja a ocorrência gera incapacidades temporárias e permanente aos profissionais de enfermagem.

Entre as principais incapacidades apontadas em estudos, destacam-se as doenças osteomusculares, problemas psicossociais (estresse), Síndrome de Burnout e as afecções respiratórias, todas relacionadas à fatores físicos, baixa remuneração, excessivas jornadas de trabalho e número reduzido de profissionais enfermagem para atender às demandas decorrentes do processo de cuidar.

Torna-se importante que os profissionais de enfermagem sejam inseridos, também, como centro do cuidado, na perspectiva da promoção da saúde ocupacional e da prevenção das doenças relacionadas ao trabalho. Para isso, é imprescindível que os ambientes de trabalho incentivem práticas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, baseadas em evidências e na realidade do local de trabalho, por meio de estratégias, programas de educação continuada, disponibilização e incentivo ao uso de EPI's, disseminação de informações sobre os riscos e as formas de prevenção.

REFERÊNCIAS

- ASCARI, R. A.; SCHMITZ, S. S.; SILVA, O.M. **Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: Revisão de literatura**. Revista UNINGÁ. Vol.15, n.2, p.26-31 (Jul-Set), 2013.
- BERNARDES, C. L.; VASCONCELOS, L. H. S.; SILVA, S. M.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A., et al. **Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino**. Rev Esc Enferm USP, v.48, n.4, p.676-82, 2014.
- BORGES, T. P.; KUREBAYASHI, L.F.S.; SILVA, M.J.P. **Lombalgia ocupacional em trabalhadores de enfermagem: massagem versus dor**. Rev Esc Enferm USP, v.48, n.4, p.699-75, 2014.
- CAMPOS, I. C. M.; ANGÉLICO, A. P.; OLIVEIRA, M. S.; OLIVEIRA, D. C. R. **Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem**. Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica, v.28, n.4, 764-771, 2015.
- GUIMARÃES, A. L. O.; FELI, V. E. A. **Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário**. Rev Bras Enferm, v.69, n.3, p.507-14, 2016.

LACERDA, D. L. C.; NETO, J. D.; FEITOSA, A. A. N.; SOUSA, M. N. A. **Riscos ocupacionais: um estudo com os profissionais de enfermagem do centro cirúrgico.** Revista Interdisciplinar em Saúde, v.1, n.1, p.100-113, 2014.

MACHADO, L. S. F.; RODRIGUES, E. P.; OLIVEIRA, L. M. M.; LAUDANO, R. C. S.; SOBRINHO, C. L. N. **Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia.** Rev Bras Enferm, v.67, n.5, p.684-91, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S.; SILVA, R. M.; COELHO, P. F. **Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise.** Rev Gaúcha Enferm, v.37, n.1, 2016.

REZENDE, L. C. M.; LEITE, K. N. S.; SANTOS, S. R.; MONTEIRO, L. C.; COSTA, M. B. S.; SANTOS, F. X. **Occupational accidents and their impact to the health of nursing professionals.** Rev Baiana Enferm. 2015;29(4):307-17.

ROCHA, V. N.; SANTANA, A. C. C. S.; SILVA, A. J.; OLIVEIRA, Z. G.; FONSECA, I. S. F. **Doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho da Enfermagem.** International nursing congresso, v.9, n.12, 2017.

RODRIGUES, G.L; MAGALHÃES, D.M; LIMA, R.C. **Riscos ocupacionais e os agravos à saúde dos profissionais de enfermagem.** Revista Fafibe On-Line, v.8, n.1, p.265-286, 2015.

ROLOFFI, D. I. T.; VAZ, M. R.; BONOW, C. A.; LAUTERT, L.; SANT'ANNA, C. F.; COUTO, A. M. **Enfermeiros do trabalho: experiência interdisciplinar em saúde do trabalhador.** Rev Bras Enferm, v.69, n.5, p.897-905, 2016.

SOUSA, A. F. L.; QUEIROZ, A. C. F. L.; OLIVEIRA, L. B.; MOURA, M. E. B.; BATISTA, O. M. A.; ANDRADE, D. **Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.69, n.5, 2016.

VASILIKI, B.; ANTONAKI, E. **Health and safety risks, implications and training in hospitals.** Ind Comm Train [Internet]. 2013; 45(7):420-7.

WURDIG, V.S; RIBEIRO, E.R. **Stress e doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho executado por profissionais da área da saúde.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v.6, n.3, 2014.

O CONHECIMENTO SOBRE HOMEOPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR QUE ATUAM NAS USFS DO MUNICÍPIO DE LAJEDO – PE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 21/10/2020

José Walter Rodrigues da Silva

UNIFAVIP | WYDEN

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/2192482514371366>

Isabela Fernanda da Silva

UNIFAVIP | WYDEN

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8232885033530273>

José Edson de Souza Silva

UNIFAVIP | WYDEN

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8529937109441457>

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Vale do Ipojuca – UniFAVIP | WYDEN como requisito para obtenção do título de bacharel em Farmácia sob orientação do Prof. Msc. José Edson de Souza Silva.

RESUMO: A Homeopatia foi fundada e impulsionada pelo médico alemão Samuel Hahnemann em 1811. No entanto, foi introduzida no Brasil pelo médico francês Benoit Mure (1809-1858), que em 1843 criou os primeiros estabelecimentos homeopáticos do Brasil, destinados a ensinar, atender e vender homeopáticos. Esse projeto visa identificar o entendimento sobre homeopatia por profissionais de saúde de nível superior que atuam nas USFs

do município de Lajedo - PE e com isso elucidar a possível falta de informações técnico/científica por parte desses profissionais a respeito da homeopatia. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada nas USFs do município de Lajedo-PE. E a amostra foi por Conveniência. Os dados foram coletados através de um questionário, contendo perguntas objetivas e subjetivas que abordaram questões a respeito do conhecimento sobre homeopatia. A metodologia utilizada foi capaz de verificar o nível de conhecimento dos profissionais entrevistados. Diante disso verificou-se a carência de informações, práticas e aperfeiçoamentos na área da homeopatia, tanto pelo SUS quanto pelos cursos de saúde, o que mostra a necessidade de estudo aguçada nas cadeiras dos cursos de saúde e a aplicação dessa prática nas USFs.

PALAVRAS-CHAVE: *Homeopatia*. Unidade de Saúde da Família. Profissionais de saúde.

THE KNOWLEDGE ABOUT HOMEOPATHY OF HIGHER LEVEL HEALTH PROFESSIONALS THAT WORK IN THE USFS OF THE MUNICIPALITY OF LAJEDO - PE

ABSTRACT: Homeopathy was founded and promoted by the German doctor Samuel Hahnemann in 1811. However, it was introduced in Brazil by the French doctor Benoit Mure (1809-1858), who in 1843 created the first homeopathic establishments in Brazil, intended to teach, attend and sell homeopathic. This project aims to identify the understanding of homeopathy by higher-level health professionals who work in the

USFs in the municipality of Lajedo - PE and thereby clarify the possible lack of technical / scientific information on the part of these professionals regarding homeopathy. This is a descriptive, cross-sectional, prospective study with a quantitative and qualitative approach. The research was carried out at the USFs in the municipality of Lajedo-PE. And the sample was for convenience. The data were collected through a questionnaire, containing objective and subjective questions that addressed questions about knowledge about homeopathy. The methodology used was able to verify the level of knowledge of the interviewed professionals. Therefore, there was a lack of information, practices and improvements in the area of homeopathy, both by SUS and by health courses, which shows the need for a sharp study in the chairs of health courses and the application of this practice in USFs.

KEYWORDS: *Homeopathy*. Family Health Unit. Health professionals.

1 | INTRODUÇÃO

A Homeopatia foi fundada e impulsionada pelo médico alemão Samuel Hahnemann em 1811. Apenas em 1992 foi reconhecido oficialmente pela União Europeia (UE) através da primeira legislação, regulamentando e liberando os medicamentos homeopáticos (PINHEIRO, 2018). No entanto, foi introduzida no Brasil pelo médico francês Benoit Mure (1809-1858), que em 1843 criou os primeiros estabelecimentos homeopáticos do Brasil, destinados a ensinar, atender e vender homeopáticos. Porém, foi reconhecida como uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1980. Muitos médicos não deixam a medicina convencional para serem homeopatas, mas agregam a homeopatia ao seu arsenal terapêutico (CORRÊA et al., 2015).

Somente em 1999, o Ministério da Saúde incluiu as consultas médicas de homeopatia no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 3 de maio de 2006, foi instituída a portaria n. 971, pela qual o Conselho Nacional de Saúde regulamentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), onde foi inserida a prática de homeopatia no SUS (GONTIJO et al., 2017)

A PNPIC define a homeopatia como “sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes” (BRASIL, 2006, p. 16), tratando-se de uma terapêutica que valoriza aspectos físicos, emocionais e espirituais do indivíduo (NARDY, 2007).

O medicamento homeopático deve ser individualizado, adaptando-se de maneira integral, ao conjunto de sintomas de cada enfermo. Sendo assim, o processo de diagnóstico e individualização medicamentosa pode não ser imediato (TEIXEIRA, 2007)

Segundo a Diretiva 2001/83/CE, o medicamento homeopático pode ser definido como “... Medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks

ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado-membro (EM), e que pode conter vários princípios” (PINHEIRO, 2018). A Homeopatia assume-se assim como uma medicina preventiva e curativa, que pretende tratar o ser humano como um todo, atribuindo desta forma ao método homeopático a característica da individualização do tratamento (Lockie, 2006).

As Medicinas Alternativas e/ou Complementares (MAC), particularmente a Homeopatia, popularizou-se aumentando o seu consumo, o fato de não necessitar de prescrição médica e a ausência de efeitos adversos contribuíram para esse desempenho (PINHEIRO, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) está particularmente interessada em apoiar o desenvolvimento destas práticas, fomentando o uso apropriado, seguro e eficaz (OMS, 2002).

Na Homeopatia, o processo de diagnóstico difere do processo adotado pela medicina clássica (ou convencional). Enquanto a medicina clássica centra-se nos parâmetros clinicamente observáveis e mensuráveis, a Homeopatia centra-se nos sintomas do paciente como um todo, deixando de parte a fisiologia subjacente desenvolvida (TEIXEIRA, 2009).

O tratamento pode ser realizado através de substâncias vegetal, animal, mineral ou química. Podendo ser utilizadas na forma em que são obtidas ou como tinturas-mãe ou macerados glicerinados (PINHEIRO, 2018). Existe uma grande resistência a essa terapêutica, talvez pelo fato de não existir nenhuma técnica que possa possibilitar a demonstração da efetividade das diluições homeopáticas (PINTO, 2013).

A eficácia do tratamento homeopático se dá por meio de resultados clínicos a partir de relatos de pacientes que fazem o uso do mesmo. Em suas vantagens se destacam a segurança e confiança por parte dos usuários, pois não apresentam efeitos colaterais, não interagem com outros medicamentos e podem ser utilizados em todas as faixas etárias, além de possuir baixo custo (GUIA DA FARMÁCIA, 2014).

Estudos de metanálises, randomizados, duplo-cego e placebo controlado também demonstraram a eficácia dos medicamentos homeopáticos. Por meio de uma avaliação bioquímica, comprovou-se o efeito protetor do medicamento homeopático *Chelidonium majus* sobre o fígado (Banerjee et al., 2010). Em pesquisa desenvolvida na Faculdade de Medicina de Jundiaí sobre os efeitos de medicamentos homeopáticos em pacientes depressivos do SUS, foi constatada a eficácia terapêutica semelhante à da fluoxetina (Adler et al., 2009).

Pesquisadores tem identificado que a Homeopatia não está presente na formação de muitos profissionais de saúde, e os fundamentos da prática não são conhecidos por estes, já que não se dispõe do direito de ser apresentada a todos os estudantes da saúde, assim, frequentemente, esses profissionais iniciam suas

práticas profissionais sem qualquer informação sobre essa outra forma legítima de cuidado terapêutico, favorecendo a construção de representações equivocadas e reducionistas sobre a Homeopatia (SALLES, 2008).

A qualidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente é também um fator importante (Frank, 2002). Além disso, dados recentes têm demonstrado potenciais efeitos benéficos da homeopatia para a saúde pública, como a redução no uso desnecessário de antibióticos (Grimaldi-Bensouda et al., 2014); a redução no custo do tratamento de certas doenças respiratórias (Rossi et al., 2009); ou a melhoria na depressão associada à Peri menopausa (Macías-Cortés et al., 2015).

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade UNIFAVIP WYDEN Caruaru – PE. Previamente à coleta dos dados, os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia do estudo, e foi solicitada autorização para a realização da entrevista, através do preenchimento, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 Características Gerais do Cenário de Estudo

O presente estudo foi realizado no Município de Lajedo, PE, localizado no agreste Pernambucano, a uma distância de 196 km da capital Recife, faz parte da V Gerência Regional de Saúde (GERES), tem uma população de 36.628 habitantes conforme Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2020). No período da pesquisa, Lajedo contava com 11 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que 06 apresentavam o profissional dentista, 11 apresentavam o profissional enfermeiro e 10 apresentavam o profissional médico, onde desses 10 médicos, ao menos 02 atendiam em mais de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

2.3 População do Estudo

A população do presente estudo foi constituída por profissionais de nível superior que trabalhavam em 10 das 11 USFs do município de Lajedo, PE, no ano de 2020.

2.4 Fase Piloto

Antes do início da fase experimental, um estudo piloto foi aplicado com profissionais de saúde de nível superior que não atuam nas USFs do município de Lajedo – PE foi compreendido em um questionário contendo perguntas necessárias a fim de validar um instrumento de coleta. A fim de favorecer o entendimento em

relação às questões aplicadas. Participaram das entrevistas 1 médico, 2 enfermeiros, 6 nutricionistas e 1 Farmacêutico, totalizando 10 sujeitos, que não fizeram parte integrante da amostra da fase experimental. As entrevistas foram agendadas com antecedência, com autorização prévia de cada profissional. No dia da entrevista, as mesmas ocorreram em local apropriado. Desta forma, fase piloto teve a finalidade de testar os métodos de entrevista e corrigir possíveis distorções e problemas relacionados ao método de coleta de dados.

2.5 Fase Experimental

Após a análise da fase piloto, procedeu aos ajustes no questionário. Assim, o roteiro final continha questões que abordaram temas ligados à inserção da Homeopatia como PICS no SUS. Para a coleta dos dados nas USF, foi feito o contato com o (a) responsável por cada Unidade de Saúde da Família, informando sobre os objetivos e metodologia empregada no estudo. A partir daí, estabeleceu-se um cronograma para as entrevistas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2020. Participaram desta fase 20 dos 25 profissionais dos quais 05 médicos, 10 enfermeiras e 05 dentistas que trabalhavam nas USF do município, na época, totalizando 20 profissionais. Como critérios de inclusão, os entrevistados deveriam concordar em responder o questionário apresentado mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e que estivessem presentes nos dias da pesquisa. No dia da entrevista, os profissionais de cada USF foram novamente esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia do estudo. As entrevistas foram realizadas nas instalações das Unidades de Saúde da Família, e gravadas em aparelho celular Samsung A51.

2.6 Análise dos Dados

Após todas as gravações serem gravadas, transferimos os arquivos de áudio para o notebook Samsung E22, no qual ouvimos cada áudio e transcrevemos para o questionário, a partir daí selecionamos os pontos principais das entrevistas, e desenvolvemos as tabelas e gráficos.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÕES

3.1 Perfil da amostra estudada

Profissional	Dentista		Enfermeiro		Médico		Total		Total Geral Masc. e Fem.
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Ma sc.	Fe m.	
Faixa etária 23 a 29 anos	0,0% (00)	80% (04)	0,0%(00)	70% (07)	33,33%(01)	100%(02)	(1)	13	(14)
30 a 35 anos	0,0% (00)	20% (01)	0,0%(00)	30% (03)	33,33%(01)	0,0%(00)	(1)	(4)	(5)
63 anos	0,0% (00)	0,0%(00)	0,0%(00)	0,0%(00)	33,33%(01)	0,0%(00)	(1)	(0)	(1)
	0,0% 00	100% 05	0,0% 00	100% 10	100% 03	100% 02	03	17	20

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados, segundo a faixa etária e gênero. Lajedo, PE, 2020.

Entre os 20 entrevistados, a maioria era do sexo feminino, totalizando 17 sujeitos. Verificou-se que entre as enfermeiras a faixa etária de maior frequência esteve entre 23-27 anos. Entre as dentistas, a faixa etária de maior frequência esteve entre 23-28 anos. Entre os profissionais da classe médica, a faixa etária de maior frequência esteve compreendida entre 26-29 anos.

3.2 Resultados Quali-quantitativos

	CATEGORIA	Enfermeira		Dentista		Médico	
		N	%	N	%	N	%
A	Algo relacionado a planta, estudo medicamentoso com coisas naturais, técnica natural	3	30	-	-	-	-
B	Tratamento feito por elementos que não são da base farmacêutica	-	-	-	-	1	20
C	Insuficiência renal, problemas sanguíneos ou no fígado	1	10	1	20	-	-
D	Princípios bastante diluídos, frações muito pequenas de um agente específico	-	-	-	-	2	40
E	Medicação terapêutica	1	10	-	-	-	-
F	Forma de tratamento não medicamentosa	-	-	-	-	1	20
G	Equilíbrio do corpo, homeostasia	1	10	1	20	-	-
H	Conheço muito pouco, quase nada, não tenho conhecimento	3	30	2	40	1	20
I	Crenças que passam de família	-	-	1	20	-	-
J	Técnica que vê o paciente de forma holística	1	10	-	-	-	-

Quadro 1A - Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 4 (Lajedo,2020)

Ao serem questionados o que conheciam sobre homeopatia, 3 enfermeiros citaram que *seria algo relacionado a planta, estudo medicamentoso com coisas naturais* e que *era uma técnica natural*, 1 médico citou que *é um tratamento feito por elementos que não da base farmacêutica*, 1 enfermeira e 1 dentista relacionaram que *tratava-se de alguma patologia*, 2 médicos descrevem a *homeopatia como sendo uma técnica com princípios bastante diluídos* e que *são feitos por frações muito pequenas de um agente específico*, 1 enfermeira disse que *tratava-se de uma medicação terapêutica*, já uma médica relata que *é uma forma de tratamento não medicamentosa*, 1 enfermeira e 1 dentista relacionou a *homeopatia como equilíbrio do corpo ou homeostasia*, 3 enfermeiras, 2 dentistas e 1 médico disseram que *conheciam muito pouco sobre o assunto*, 1 dentista falou que *se tratava de crenças que passava de família*, por fim 1 enfermeira ver a homeopatia como *uma técnica que ver o paciente de uma forma holística*. Diante dessas afirmativas é notável que apenas 3 profissionais sendo: 2 médicos e 1 enfermeira souberam o que realmente se trata a homeopatia, o que representa 15% dos profissionais entrevistados, isso mostra a necessidade de incentivos por parte do SUS em manter os profissionais capacitados e ao mesmo tempo a necessidade dos próprios profissionais em se atualizarem no que se refere ao tema abordado.

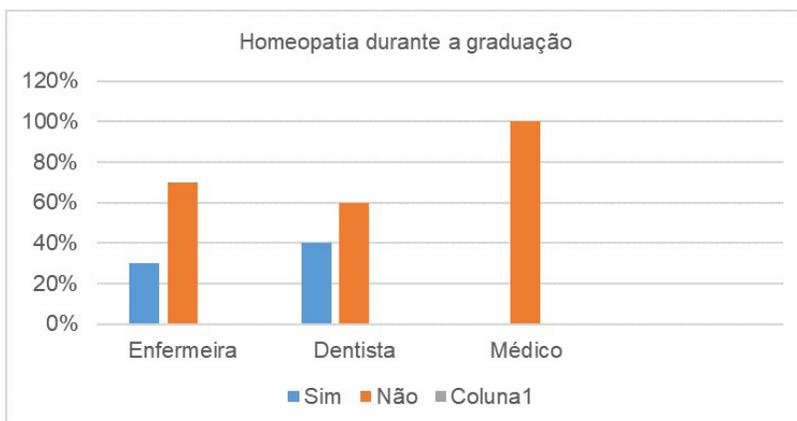


Gráfico 1A. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 5 (Lajedo,2020)

Das 10 enfermeiras entrevistadas, 7 não tiveram contato sobre o tema abordado o que representa 70%, apenas 3 o tiveram representando 30%. Duas entre as 5 dentistas tiveram o assunto abordado em sua graduação sendo 40%, as outras 3 não tiveram o tema abordado o que equivale a 60%. Nenhum dos 5 médicos entrevistados viram o tema Homeopatia durante a sua formação acadêmica

totalizando 100%. Isso comprova a necessidade de as instituições de ensino superior inserirem nos cursos de saúde cadeiras de homeopatia ou atividades extra curriculares na graduação, aumentando assim o acesso a informações sobre o tema e aumentando o interesse dos graduandos em se aprofundar nesse assunto.

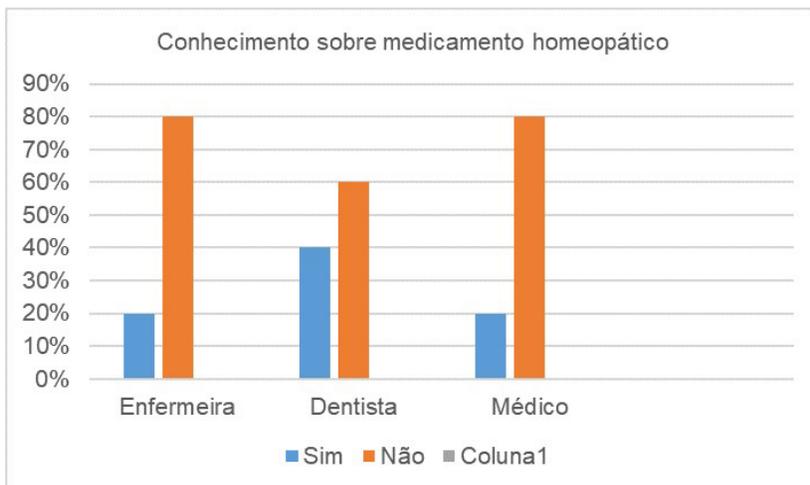


Gráfico 1B. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 6 (Lajedo,2020)

Apenas 5 profissionais disseram conhecer algum medicamento homeopático, o que representa 25% do total dos entrevistados, sendo duas enfermeiras, representando 20%, duas dentistas que representa 40% e um médico, representado 20%. Das 2 enfermeiras, 1 citou o medicamento *Ritmoneuran*, as dentistas citaram: *Bromelin* e *Camomilina* como sendo medicamento homeopático e um dos médicos citou o *Almeida prado 46*. Entre os que não conheciam nenhum medicamento homeopático estão: 8 enfermeiras, o que vale a 80%, 3 dentistas, equivalendo a 60% e 4 médicos, que equivale a 80%. Esse resultado representa a falta de acesso que esses profissionais tem a medicamentos homeopáticos, isso se deve pela falta de aplicação da homeopatia nas Unidades Saúde da Família.

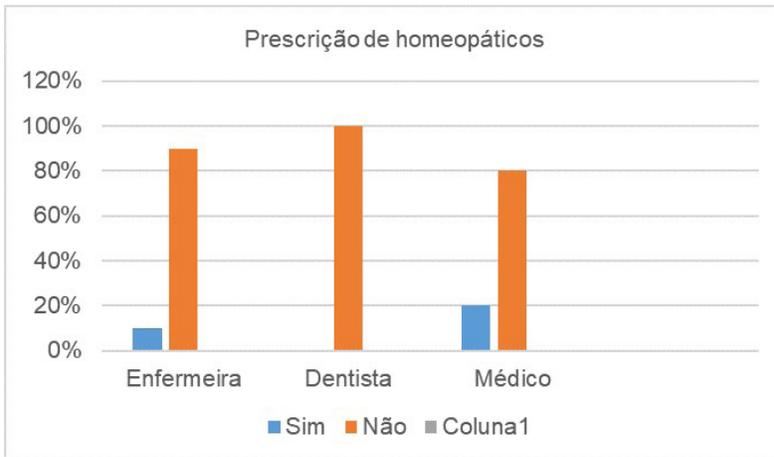


Gráfico 1C. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente a questão 7 (Lajedo,2020)

Nove enfermeiras nunca prescreveram medicamentos homeopáticos, apenas uma já prescreveu. O que representa 10%, porém não relatou qual. Nenhuma das dentistas entrevistadas já havia prescrito algum medicamento homeopático. Um dos cinco médicos, que participaram da pesquisa já prescreveu, que representa 20%, no entanto não citou qual o medicamento, os outros quatro nunca prescreveram. A falta de conhecimento e a falta de acesso a medicamentos homeopáticos impossibilitam os profissionais de prescreverem tais fórmulas, necessitando assim de incentivos e aplicabilidade no SUS.

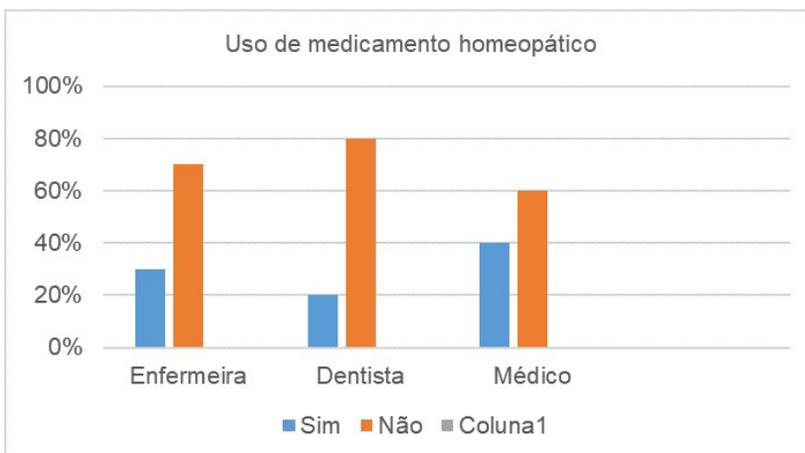


Gráfico 1D. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente a questão 8 (Lajedo,2020)

Sete enfermeiras nunca fizeram uso de medicamentos homeopáticos, o que vale a 70%, três delas afirmaram que sim, constituindo 30%, mas apenas uma citou que fez o uso para *rinite alérgica*. Uma das dentistas entrevistadas relatou que já fez uso de homeopáticos para o tratamento de *asma*, formando 20%, as outras quatro nunca utilizaram algum medicamento homeopático, o que forma 80%. Entre os médicos apenas dois disseram que sim, constituindo 40%, porém apenas um citou que fez uso do *almeida prado 46*, o outros três não fizeram o uso, o que constitui 60%. A falta de acesso a profissionais homeopatas sugere o pouco uso do medicamento homeopático pelos profissionais entrevistados, além da pouca prática existente há também a pouca experiência no que se refere a estudo sobre a homeopatia.

	CATEGORIA	Enfermeira		Dentista		Médico	
		N	%	N	%	N	%
A	É uma tendência muito boa, acho viável	1	10	1	20	-	-
B	Alternativa coadjuvante muito boa	-	-	-	-	1	20
C	Contribui para a saúde do paciente	1	10	-	-	-	-
D	Se tiver efeito é válido, válido	1	10	-	-	1	20
E	Temos muita teoria falta a prática	1	10	-	-	-	-
F	Nem sabia que tinha remédio, não identificou o que é a homeopatia, não sei, falta de conhecimento, não tenho como opinar	2	20	2	40	2	40
G	É benéfica, mas pode trazer prejuízo e agravar sintomas	1	10	-	-	-	-
H	Falta comprovação científica, deveria ser com comprovação científica	1	10	-	-	1	20
I	Nova, porém antiga. Poucos aderem	1	10	-	-	-	-
J	Eu particularmente gostei muito, gosto e simpatizo	-	-	2	40	-	-
K	Traz resultados se usar de forma correta	1	10	-	-	-	-

Quadro 1B- Distribuição do percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 9 (Lajedo, 2020)

Quando perguntado qual a opinião sobre o tema 1 enfermeira e 1 dentista disseram que *é uma tendência muito boa*, e que *acha viável*, 1 médico disse que era *uma alternativa coadjuvante muito boa*, 1 enfermeira falou que *contribui para a saúde do paciente*, 1 enfermeira e 1 médico disseram que *se tiver efeito é válido*, 1 enfermeira relatou que *tem muita teoria mais falta a prática*, 2 enfermeiras, 2 dentistas e 2 médicos não identificaram o que é homeopatia, 1 enfermeira relatou

que a homeopatia é benéfica, mais pode trazer prejuízos e agravar sintomas, 1 enfermeira e 1 médico sentem a falta de comprovação científica, 1 enfermeira opinou que a homeopatia é nova porém antiga e que poucos aderem, 2 dentistas disseram que gosta muito e simpatiza, 1 enfermeira finalizou dizendo que *três resultados se usar de forma correta*. Nove dos profissionais entrevistados relataram a homeopatia como sendo uma alternativa positiva, o que representa 45% dos entrevistados, 6 deles não conheciam o tema representando 30%, 5 disseram que essa alternativa de tratamento necessita de mais estudos e aplicabilidade o que representa 25%. Mesmo a homeopatia não sendo aplicado nas USFs do município de Lajedo-PE e os profissionais terem o conhecimento limitado no assunto, o resultado dessa questão mostra que a maioria dos entrevistados atribui a homeopatia um conceito bom, no entanto a falta de estudos científicos contribui para que esses profissionais vejam a homeopatia de forma negativa, motivo esse a necessidade de novas pesquisas serem desenvolvidas sobre homeopatia.

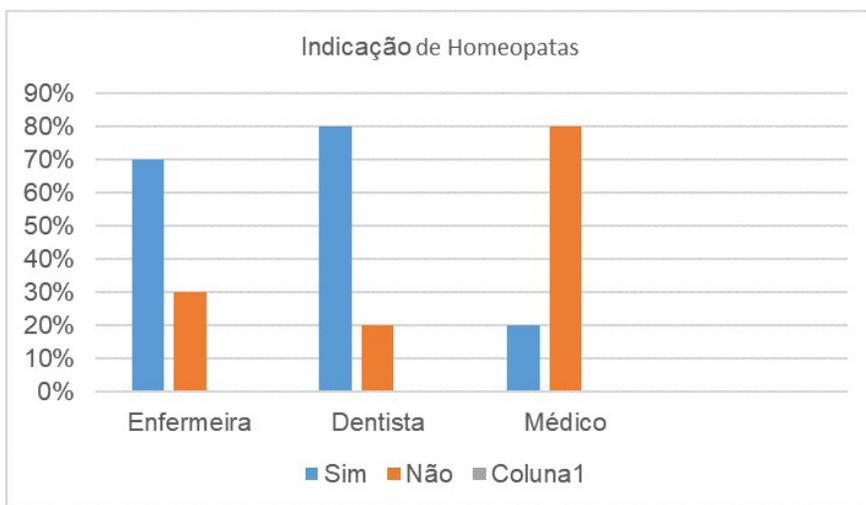


Gráfico 1E. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 10 (Lajedo, 2020).

Entre as enfermeiras entrevistadas, três não indicariam profissionais homeopatas, compondo 30%, das sete que indicariam, o que compõe 70% apenas duas citaram: uma indicaria para *psiquiatria* e outra indicaria para *dor e constipação*. Quatro dentistas indicariam o profissional, sendo 80%, no entanto apenas uma relatou para a finalidade de *doenças respiratórias*, apenas uma não indicaria profissionais homeopatas, sendo 20%. Dos cinco médicos que responderam o questionário apenas um indicaria profissionais homeopatas, equivalente a 20%,

para tratar *dores crônicas*. Os outros quatro não indicariam, o que equivale a 80%. A falta de referência de profissionais homeopatas impossibilitam que os profissionais entrevistados indiquem homeopatas, isso mostra tanto a falta de saber do tema quanto a carência de profissionais habilitados.

	CATEGORIA	Enfermeira		Dentista		Médico	
		N	%	N	%	N	%
A	Falta tempo	1	10	-	-	-	-
B	Vejo com bons olhos	-	-	-	-	1	20
C	Ainda está bem difícil de ver, não vejo, no momento não vejo, mas seria interessante	2	20	1	20	-	-
D	Tenho pouco conhecimento pouca prática, não tenho conhecimento, é difícil não sei	2	20	2	40	1	20
E	Não presenciei na prática, não tive contato ainda	1	10	-	-	1	20
F	Não é tão aceito pela população	1	10	-	-	-	-
G	Só tem a crescer	-	-	-	-	1	20
H	Bastante importante, acho interessante, acho válido, que bom, ótimo	-	-	2	40	1	20
I	Alternativa mais eficaz	1	10	-	-	-	-
J	Uma coisa longe de ser aplicada	1	10	-	-	-	-
K	Seria ótimo se tivesse profissionais que fizessem o uso	1	10	-	-	-	-

Quadro 1C - Distribuição do número e respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 11. (Lajedo2020).

Quando perguntados o que acham da homeopatia ser uma PICs no SUS, 1 enfermeira disse que *falta tempo*, 1 médico *ver com bons olhos*, 2 enfermeiras e 1 dentistas disseram *que não veem*, 2 enfermeiras, 2 dentistas e 1 médico relataram que *não tem conhecimento*, 1 enfermeira e 1 médico confirmaram *não ter presenciado na prática*, 1 enfermeira disse que *não é tão aceito pela população*, 1 médico disse *só tem a crescer*, 2 dentistas e 1 médico disseram que *é importante*, e *acham interessante*, 1 enfermeira acha que *é uma alternativa mais eficaz*, 1 outra enfermeira diz que *é uma coisa longe de ser aplicada*, por fim 1 enfermeira cita *seria ótimo se tivesse profissionais que fizessem o uso*. Oito dos profissionais entrevistados não veem a homeopatia inserida como Prática Integrativa no SUS o que representa 40%, 5 dos entrevistados não tem conhecimento que a homeopatia já esta inserida como PICs, o que representa 25%, 6 desses profissionais veem como alternativa positiva o que representa 30%, e 1 das entrevistadas disse que o profissional da saúde não tem tempo, o que representa 5%. Esse resultado mostra que a maioria dos profissionais entrevistados não presencia a homeopatia como terapia integrativa, e que não tem conhecimento que ela já é uma prática integrativa. É notória a falta de aplicação de PICs no SUS, representado pela alta falta de prática e de profissionais habilitados em homeopatia.

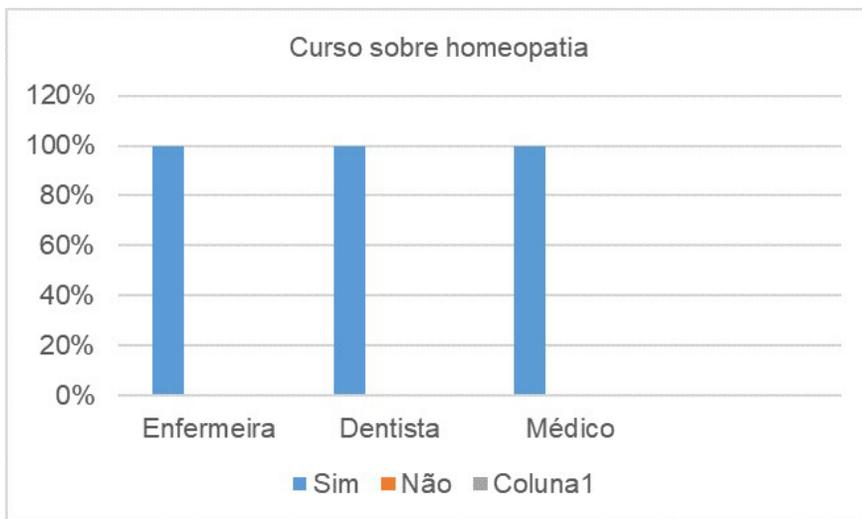


Gráfico 1F. Distribuição do número e percentual das respostas entre enfermeiras, dentistas e médicos frente à questão 12 (Lajedo, 2020).

Quando perguntado se os profissionais entrevistados fariam algum curso de aperfeiçoamento sobre homeopatia a resposta foi unânime, todas as enfermeiras, todas as dentistas, e todos os médicos relataram que fariam algum curso, exprimindo assim 100% dos entrevistados. Diante da dificuldade na resolução do questionário e mediante a falta de prática no SUS, mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família é que os profissionais enfermeiros, dentistas e médicos sentem a necessidade de aperfeiçoamento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta dessa pesquisa foi de avaliar o conhecimento e a aplicabilidade da homeopatia nas USFs do município de Lajedo, onde o público alvo foram os profissionais: enfermeiras, dentistas e médicos. A maioria dos entrevistados relacionaram a homeopatia como sendo um tratamento natural a base de plantas e relataram não ter conhecimento sobre o tema. Uma minoria evidenciou um conhecimento vago relacionando a homeopatia a frações diluídas. O que mostra a necessidade de mais estudos relacionados a essa área, aumentando assim a sua visibilidade e interesse dos profissionais.

Poucos dos profissionais tiveram o contato com o tema homeopatia durante a sua vida acadêmica, o que sugere a dificuldade para responder o questionário e pouco conhecimento apresentado. Dessa forma é visível a carência do assunto nas grades acadêmicas da área de saúde.

Apesar de a homeopatia ser uma terapia integrativa no SUS, a maioria dos entrevistados demonstrou não ter conhecimento sobre o assunto, dizendo não ter tido contato algum e nunca ter presenciado nenhum trabalho naquelas USFs. Situação que requer reciclagem e atualizações no âmbito do SUS, para atender as necessidades dos profissionais das USFs. Visto que desde 3 de maio de 2006, a homeopatia foi inserida como prática integrativa e complementar no SUS (GONTIJO et al., 2017).

Todos os profissionais sentiram a necessidade de fazer um curso de aperfeiçoamento sobre a homeopatia, devido ao pouco conhecimento apresentado sobre o tema. Isso mostra a importância de a homeopatia estar presente e atuante dentro das Unidades de Saúde da Família.

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus por me conceder a vida e permitir realizar esse sonho, que o mesmo me deu forças para chegar até aqui, pois não foi nada fácil, tive uma trajetória árdua, mais sempre com a sua presença chego ao fim do nosso trabalho. Dedico a minha mãe que é a minha inspiração que me incentivou, apoiou e acreditou que eu seria capaz, posso dizer que é minha maior riqueza, a meu esposo, aos meus irmãos, a minha avó, e a todos da minha família que torceram por minha vitória, aos meus amigos que tantas vezes me deram muitas palavras de incentivo, isso me fez ser forte para concluir.

“Consagre ao senhor tudo que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”.

Provérbios 16:3

Isabela Fernanda da Silva

Um retrospecto surge e nele um enredo de às vezes medo, às vezes tristeza, mas acima de tudo luta e superação; e não é só que chego aqui, nos bastidores estão aqueles me motivam e em cena estão aqueles de me impulsionam, neles firmo a minha missão. São estes a quem dedico esse êxito: a minha mãe “guerreira” e ao meu pai “herói”, incentivadores natos na minha carreira; aos meus irmãos; a minha sogra, fomento de esperança a cada dificuldade; aos meus amigos, propulsores de otimismo; a minha esposa, estrutura da minha trajetória, e a minha filha “inspiração” e ao meu filho “expiração”, verdadeiros sentidos da minha existência.

“Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta.”

Chico Xavier

José Walter Rodrigues da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, a Deus, por proporcionar essa conquista.

Ao nosso orientador, pela confiança e toda compreensão.

Ao meu amigo e companheiro de TCC, por ter uma dedicação imensa em nosso trabalho.

Aos ilustres professores por dividir conhecimentos riquíssimos, e contribuir para a minha evolução.

A meu esposo, que sempre esteve ao meu lado dando forças para continuar e nunca desistir.

A minha mãe que sempre me incentivou e nunca desistiu de mim.

A minha amiga e fiadora, por ter me dado tanto apoio e acreditar em minha pessoa.

A tantos outros amigos que torceram para minha vitória e aqueles que a faculdade me deu de presente.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a formação do nosso trabalho.

Por fim, agradeço de coração por tudo e a todos que acreditaram na minha capacidade. GRATIDÃO!

Isabela Fernanda da Silva

A Deus, inteligência suprema! Por permitir que tudo isso aconteça.

A instituição e aos professores, por proporcionar conhecimentos, e traçar caminhos retos no desenvolvimento humano e profissional através da educação.

Ao meu orientador, por acreditar no projeto.

A minha esposa, que sempre me apoiou e incentivou ao longo dessa caminhada.

Aos meus amigos, em especial a minha amiga e parceira de TCC, a quem prezo muito o respeito pela pessoa que é, por ter me ajudado, e por acreditar no nosso projeto.

A todos os profissionais que dispuseram de seu tempo e aceitaram participar da nossa pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida. Obrigado!

José Walter Rodrigues da Silva

REFERÊNCIAS

- ADLER, Ubiratan C. et al. **Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double-blind, randomized non-inferiority trial.** Evidence Based in Complementary and Alternative Medicine, Bethesda, v. 17, p. 1-7, ago. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nep114>>. Acesso em: 22 jan. 2020.
- BANERJEE, Antara et al. **Chelidonium majus 30C and 200C in induced hepato-toxicity in rats.** Homeopathy, London, v. 99, n. 3, p. 167-176, jul. 2010. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674840>. Acesso em: 22 jan. 2020.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 maio 2006a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 31 jan. 2020.
- CONTIJO, Mouzer Barbosa Alves et al. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. Brasil, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 301-320, jan./abr. 2017.
- Corrêa, A.O., & Quintas, L.E.M. (1994). **Princípios e conceitos atuais da medicina homeopática.** Rev. Bras. Med., 51, 914-20.
- CORRÊA, Anderson Domingues et al. Percepções dos discentes das graduações em farmácia sobre o ensino de homeopatia. Brasil, **REVISTA PRÁXIS**, Rio de Janeiro Ano VII, n. 13, janeiro de 2015
- Ernst, E. (1997). **Homeopathy, past present future.** Br. J Clin Pharmacol., 44, 435-437. doi: 10.1046/j.13652125.1997.t01-1-00611.x.
- FERNANDES, Helen Nicoletti et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. Brasil, **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, vol. 7, núm. 1, pp. 1915-1926 janeiro/março, 2015.
- FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins et al. Representações sociais da homeopatia: uma revisão de estudos produzidos no Estado do Espírito Santo. Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória 16(Supl. 1): 999-1005 2011.
- Frank, R. (2002). **Homeopath & patient-a dyad of harmony?** Soe Sei Med, 55(8), 1285-1296. doi: 10.1016/50277-9536(01)00283-0.
- FREITAS, Laise et al. Conhecimento sobre homeopatia entre os acadêmicos da área da saúde da faculdade ciências da vida. Brasil, **Faculdade Ciências da Vida-FCV**, Minas Gerais, 2017.
- Grimaldi-Bensouda, L., Bégaud, B., Rossignol, M., Avouac, B., Lert, F., Rouillon, F., Bénicou, J., Massol, J., Duru, G., Magnier, AM., Abenheim, L., Guillemot, D. (2014). **Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007-2008.** PLoS One., 9(3). doi: 10.1371/journal.pone.0089990.
- Hahnemann, S. (1994) **Matéria Médica Pura.** New Delhi: B. Jain Publishers.

Hahnemann, S. (1995) **Organon da arte de curar**. Ribeirão Preto: Museu de homeopatia Abrahão Brickman.

KRUG, Fernanda. O conhecimento e interesse dos cirurgiões dentistas a respeito das práticas integrativas e complementares à saúde bucal na prefeitura municipal de Florianópolis-SC. Brasil. **Trabalho de conclusão de curso** (graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis 2014.

LIMA, Luzitânia da Silva. Perfil populacional e dos serviços na atenção básica de saúde - USF CAIC – Guarabira-Paraíba. Brasil. **Trabalho de conclusão de curso** (graduação em geografia) – Universidade Estadual da Paraíba. Guarabira 2012.

Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eitel, F., Hedges, L.V., & Jonas, W.B. (1997). **Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials**. Lancet. 350, 834-843. doi:10.1016/S0140-6736(97)02293-9

Lockie, A. (2006). **Encyclopedia of Homeopathy**. New York: DK Publishing Inc.

MARQUES, Luciene Alves Moreira et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares do SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. Brasil, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 663-674 2011.

MEDEIROS, César Augusto Costa et al. Percepção de acadêmicos da saúde sobre a importância das práticas de homeopatia. Brasil. **1 Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Campina Grande 2017.

NARDY, Rosy de Oliveira. **A homeopatia aplicada a desordem temporomandibular e a dor orofacial**. Cadernos Unifoa, Volta Redonda, v.5 , p.63-72, abr. 2007

NOGUEIRA, Valéria Aparecida dos Santos. Perspectivas da utilização da homeopatia em saúde coletiva: representações das equipes de saúde. Brasil, **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba 2011.

PINHEIRO, Cindy Silva. Consumo de medicamentos homeopáticos na população do distrito do Porto. Portugal, **Dissertação (Mestrado)** – Instituto Politécnico do Porto, Porto, 2018.

PINTO, A. I. A. **Homeopatia em Pediatria**. 2013. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10284/4173>>

SALLES, S. A. C. **A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória**. Revista brasileira de educação médica, v. 32, n. 3, p. 283-290, 2008.

Teixeira MZ. **Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente**. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(1): 13-8.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. **Homeopatia: prática médica coadjuvante**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 53, n.4 p.374-376, jul./ago. 2007.

ANEXO

QUESTIONÁRIO

Nº da entrevista: _____ Data: ____/____/____

1. Sexo: M() F()

2. Idade: _____ anos

3. Categoria profissional: _____

4. O que você conhece sobre homeopatia?

5. Durante a sua formação acadêmica você teve algum contato sobre esse assunto?

SIM () NÃO ()

6. Você conhece algum medicamento homeopático: se sim qual?

7. Você já prescreveu medicamentos homeopáticos: se sim para quais finalidades?

SIM ()

NÃO ()

8. Você já fez uso de algum medicamento homeopático: se sim para qual propósito?

SIM ()

NÃO ()

9. Qual a sua opinião sobre essa alternativa de tratamento?

10. Você indicaria profissionais homeopatas: se sim para qual patologia?

SIM ()

NÃO ()

11. Como você vê a homeopatia já inserida em Práticas Integrativas e Complementares no SUS?

12. Você faria algum curso de aperfeiçoamento sobre homeopatia?

SIM () NÃO ()

CAPÍTULO 19

APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ NA INTERVENÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE DO RODOLFO TEÓFILO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 08/10/2020

Ariadne Freire de Aguiar Martins

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4965821100870678>

Antônia Lívia Silva Holanda

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0006598173023260>

Cicero Cleber Brito Pereira

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6554764959422181>

Francisco Lindomar Gomes Fernandes

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4591567265730875>

Luana Caetano de Medeiros Lima

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7811798352778575>

Cleide Carneiro

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7305279180111924>

Lidia Andrade Lourinho

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6662326867963958>

Heraldo Simões Ferreira

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4687823647729315>

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3438879778765325>

Alice Maria Correia Pequeno

Universidade Estadual do Ceará-UECE
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5606455282408274>

RESUMO: O Ensino Superior na área da saúde deve centrar olhares ainda mais fidedigno sobre as discussões pertinentes ao desenvolvimento de habilidades e competências relevantes ao aluno para sua atuação e resolução de problemas ligados à saúde da população. As Metodologias Ativas têm seu processo de ensino-aprendizagem baseado na educação crítica e reflexiva, a qual possibilita ao estudante um maior protagonismo na construção do conhecimento. Nesse contexto o presente estudo visa demonstrar a aplicação da metodologia da problematização - Arco de Charles Magueréz – aos problemas de saúde pública identificado na comunidade do bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza - Ceará, visando elencar hipóteses de solução para o mesmo. Para alcançar o objetivo proposto foram elaboradas algumas estratégias de intervenção para minimizar os principais problemas na comunidade do Rodolfo como, poluição e falta de saneamento básico, a falta de local na lagoa para

realizar atividade física, a falta de segurança, a falta de acessibilidade nas ruas para idosos, a falta de iluminação pública, principalmente próximos das ilhas hospitalares e o grande movimento de carros estacionados na rua, dificultando o caminhar das pessoas para ir até o posto de saúde e outros complexos de saúde. É de suma importância a intervenção, educação em saúde, acolhida humanizada e o cuidado integral aos usuários do bairro Rodolfo Teófilo, transmissão de conhecimentos e informações acerca das doenças, principalmente a problematização observada na comunidade, agudização da hipertensão e diabetes.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção; Saúde; Comunidade.

APPLICATION OF THE MAGUEREZ ARC IN THE INTERVENTION OF PROBLEMS IN THE RODOLFO TEÓFILO COMMUNITY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Higher education in the health field should focus even more trustworthy views on the discussions regarding to the development of skills and competences relevant to the student for his performance and solving problems related to the population's health. Active Methodologies have their teaching-learning process based on critical and reflective education, which allows students to play a greater role in the construction of knowledge. In this context, the present study aims to demonstrate the application of the problematization methodology - Charles Magueres Arc - to the public health problems identified in the Rodolfo Teófilo community, in the city of Fortaleza - Ceará, aiming to list hypotheses of solution for the same. To achieve the proposed objective, some intervention strategies were developed to minimize the main problems in the Rodolfo community, such as pollution and lack of basic sanitation, the lack of a place in the lagoon to perform physical activity, the lack of security, the lack of accessibility in the communities. streets for the elderly, the lack of public lighting, especially near the hospital isles and the large movement of cars parked on the street, making it difficult for people to walk to the health center and other health facilities. Intervention, health education, humanized care and comprehensive care for users of the Rodolfo Teófilo neighborhood are extremely important, transmission of knowledge and information about diseases, especially the problematization noticed in the community, worsening of hypertension and diabetes.

KEYWORDS: Intervention; Cheers; Community.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, as metodologias tradicionais de ensino, pautadas no mecanicismo cartesiano-newtoniano têm reduzido o processo ensino-aprendizagem a um mecanismo de reprodução do conhecimento, estando o professor na função de transmissor do conteúdo e os alunos como receptores passivos do mesmo. Atualmente, vive-se uma emergente necessidade de mudança nessa metodologia de ensino na educação superior, de modo que as instituições educacionais possam reconstruir a sua função social (MELLO,2014).

Nessa perspectiva, Prado et al. (2012) também afirmam a existência da necessidade de substituição do modelo de ensino tradicional por outro que possibilite a formação de profissionais reflexivos, críticos, atentos ao seu contexto social, tendo como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme Melo, Alves e Lemos (2014), o Ensino Superior na área da saúde tem sido alvo de discussões referentes à formação profissional que possibilite ao discente o desenvolvimento de habilidades e competência que possibilitem ao mesmo atuar na solução dos problemas de saúde da população. Nesse contexto, as instituições são estimuladas, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN – e Diretrizes Curriculares, a buscarem mudanças em suas metodologias de ensino, objetivando uma aproximação da realidade da social, buscando novas redes de conhecimentos (MITRE, 2008). Nessa vertente, estudos apontam as Metodologias Ativas (MA) como um meio para o alcance dessa formação.

As Metodologias ativas têm seu processo de ensino-aprendizagem baseado na educação crítica e reflexiva, a qual possibilita ao estudante um maior protagonismo na construção do conhecimento, sendo consideradas modelos inovadores, à medida que possibilita ao discente interagir ativamente na edificação do seu conhecimento, desenvolvendo assim uma aprendizagem significativa (BERBEL, 2011).

No segundo módulo do curso de mestrado profissional em Ensino na Saúde, da Universidade Estadual do Ceará – UECE – foi ofertada a disciplina Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, a qual proporcionou um maior entendimento desta metodologia, bem como fortaleceu a integração dos conhecimentos estruturados nas disciplinas anteriores, enriquecendo assim a formação profissional dos estudantes.

Os dados foram analisados sob a ótica da Metodologia da Problematização (MP) chamada Arco de Charles Maguerez (ACM). De acordo com Prado et al. (2012) e Berbel (1998), a MP é aplicada a situações relacionadas a vida em sociedade, a qual tem como base o método ACM, que pode ser compreendido como um percurso metodológico orientador da prática pedagógica que visa o desenvolvimento da autonomia intelectual, do pensamento crítico e da capacidade de atuação política.

Nesse contexto e visando apresentar, aplicar e discutir essa temática, foi desenvolvido esse estudo, o qual tem como objetivo demonstrar a aplicação da metodologia da problematização - Arco de Charles Maguerez - aos problemas de saúde pública identificado na comunidade do bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza - Ceará, visando elencar hipóteses de solução para o mesmo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de relato de experiência, pelo discentes da disciplina de Educação Orientada e Baseada na Comunidade, do mestrado Ensino

na Saúde (CMEPES) da UECE. Esse consistiu em um relato da territorialização realizada no bairro Rodolfo Teófilo, localizado na cidade de Fortaleza - Ceará, o qual faz parte da área de abrangência da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Anastácio Magalhães. O estudo ocorreu no primeiro semestre de 2019. O público alvo do estudo foram: 4 enfermeiras, 16 agentes comunitários de saúde, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 educador físico, 01 psicóloga, já com usuários foram 14 idosos do grupo educativo.

A UAPS de referência do Bairro é a Anastácio Magalhães, a qual realiza atendimento de nível ambulatorial, na Atenção Básica e na Média Complexidade, estando situada ao lado do complexo formador de recursos humanos para a saúde da Universidade Federal do Ceará - UFC e, praticamente, integra-se a ele, visto que sempre desempenhou um papel relevante na formação desses, como campo de estágio para diversos cursos de graduação e pós-graduação.

Os dados foram analisados sob a ótica da Metodologia da Problematização (MP) chamada Arco de Charles Maguerez (ACM). De acordo com Prado et al. (2012) e Berbel (1998), a MP é aplicada a situações relacionadas a vida em sociedade, a qual tem como base o método ACM, que pode ser compreendido como um percurso metodológico orientador da prática pedagógica que visa o desenvolvimento da autonomia intelectual, do pensamento crítico e da capacidade de atuação política.

Os dados foram analisados sob a ótica da Metodologia da Problematização (MP) chamada Arco de Charles Maguerez (ACM). De acordo com Prado et al. (2012) e Berbel (1998), a MP é aplicada a situações relacionadas a vida em sociedade, a qual tem como base o método ACM, que pode ser compreendido como um percurso metodológico orientador da prática pedagógica que visa o desenvolvimento da autonomia intelectual, do pensamento crítico e da capacidade de atuação política.

De acordo com Villardi, Cyrino e Berbel (2015), os caminhos didáticos da MP - ACM são os seguintes:

- **Observação da realidade concreta:** consiste na observação de uma determinada realidade e leituras das suas principais falhas, contrastes, dificuldades, discrepâncias, conflitos e outras condições que possibilitem a caracterização de um problema. Nessa etapa, é de grande valia os conhecimentos prévios dos alunos no processo de problematização.
- **Determinação de pontos-chave:** traduz-se na análise do problema identificado na etapa anterior, na busca de fatores relacionados ao mesmo e que o afetam, bem como seus principais determinantes (aspectos políticos, econômicos e éticos), de modo a tornar mais clara a situação de estudo identificada. O resultado será a elaboração de tópico para serem estudados.
- **Teorização:** é a busca de informações na literatura sobre os tópicos

elencados na etapa anterior.

- **Hipótese de solução:** pode ser entendida como uma projeção de ideias para solução do problema apontado. Essa ação é norteada pela percepção do problema e pelo entendimento da teoria estudada na etapa anterior.
- **Aplicação prática à realidade:** é a fase de análise e escolha das hipóteses de solução mais pertinentes, para posterior aplicação.

Arco da Problematização de Maguerz



Fonte: Adaptado de UNA-SUS, Universidade Federal de Santa Catarina, s/d, 2019

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

No primeiro módulo do curso de Mestrado em Ensino na Saúde, foi proposto como atividade avaliativa, na disciplina de Educação Orientada e Baseada na Comunidade, uma análise da situação de saúde de uma comunidade. Para esse fim, os autores deste trabalho realizaram visita na comunidade, para estabelecer o momento de interação com profissionais da Unidade Básica de Saúde e população da comunidade, bem como analisar o perfil da comunidade por meio observacional, para contextualização das percepções dos profissionais e usuários do serviço no bairro Rodolfo Teófilo, localizado na cidade de Fortaleza - Ceará, o qual faz parte da área de abrangência da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Anastácio Magalhães.

Para complementar o estudo, nos foi proposto a aplicação da MP - ACM a realidade observada na comunidade. Um recorte dos principais achados está disposto a seguir e tem como objetivo facilitar a análise contextual da comunidade na perspectiva da metodologia ativa supracitada.

Foi visualizado na comunidade e profissionais da unidade, que o maior número de pessoas que utilizam o serviço de saúde do bairro, de forma frequente

são os idosos, as gestantes, paciente hipertensos, diabéticos e os dependentes de ansiolíticos. Em períodos sazonais também se observa a procura ao serviço para atendimento de crianças, com problemas respiratório, diarreia e às arboviroses. Dentre os problemas enfrentados na comunidade, os mais citados foram o número insuficientes de equipes para suprir a demanda de atendimento diário e o risco gerado pela violência.

No dia 06 de setembro, nós discentes do curso de mestrado de ensino em saúde realizamos uma roda de conversa com os profissionais e idosos que participam de grupo de idosos e prevenção de queda na Paróquia da Igreja São Raimundo em parceria com a ESF e NASF da UAPS Anastácio Magalhães, o grupo tem a frequência em torno de 30 participantes, nesse dia estavam presente 14 usuários. O grupo operativo é um espaço de troca mútua entre todos os participantes, onde acontece a abertura dos agentes internos para que os agentes externos para que os idosos apreendem seus valores sociais e culturais.

Já no contexto em saúde, desses 14 usuários do grupo de idosos, 3 são hipertensos e diabéticos, 6 idosos hipertensos, 01 idoso diabético, 01 com ansiedade e pânico. De 14 idosos, 10 são hipertenso/diabético, desses 07 são do bairro Rodolfo Teófilo. Além disso todos andam sem acompanhantes e 4 idosos relataram que moram sozinhos com outros idosos e 01 idosa mora só.

Já a roda de conversa foi de suma importância para o nosso projeto de intervenção, nesse momento ocorreu um levantamento da história de luta e resistência da comunidade, fazendo emergir alguns dos principais problemas da comunidade e as potencialidades presentes. Pouco a pouco, o trabalho em equipe vai sendo produzido por meio da construção de vínculos afetivos com a realidade social, do convívio com trabalhadores de saúde, técnicos dos serviços, atores comunitários, bem como com os colegas de equipe e discentes do CMEPES.

Os problemas mais citados, relacionado a comunidade do Rodolfo Teófilo, bem como profissionais da Paróquia e unidade saúde, fazem referência ao ambiente, onde a Associação do bairro e os moradores estão realizando projeto de urbanização, limpeza e revitalização da Lagoa de Porangabussu, devido a poluição e falta de saneamento básico, por muitos sendo visualizado como crime ambiental. Citaram também a falta de local na lagoa para realizar atividade física, a falta de segurança, a falta de acessibilidade nas ruas para idosos, a falta de iluminação pública, principalmente próximos das ilhas hospitalares e o grande movimento de carros estacionados na rua, dificultando o caminhar das pessoas para ir até o posto de saúde e outros complexos de saúde que possuem no bairro.

Buscamos também de elementos causadores ou agravantes do problema em análise. Os principais pontos elencados pela equipe foram: Território de abrangência da equipe de saúde, responsável pelo bairro Rodolfo Teófilo, não contempla todos

os moradores ou possui equipes insuficientes para atender as demandas da comunidade. Registro e monitoramento pouco fidedigno às reais necessidades da estratificação dos riscos para Hipertensos e Diabéticos; Estratégias insuficientes ou ineficazes para trabalhar com a educação em saúde na comunidade sobre a prevenção e controle das doenças crônicas citadas; Baixa adesão ao tratamento; Alta prevalência dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos acometidos por diabetes e/ou hipertensão.

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são classificadas como o problema de saúde de maior significância, equivalendo a 72,6% das causas de mortes, acometendo principalmente os extratos mais pobres da sociedade e grupos vulneráveis. as quatro DCNT de maior impacto na saúde da população mundial são: as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer, e as doenças respiratórias crônicas. Todos modificáveis e passíveis de ações de prevenção e combate (BRASIL, 2014).

Principais causas dessas doenças incluem os seguintes fatores de risco modificáveis. São eles: o tabagismo, o consumo nocivo de bebida alcoólica, a inatividade física, alimentação inadequada e o excesso de peso (BRASIL, 2014).

Baseado na experiência mútua dos profissionais e os estudos bibliográfico relativos a prevenção e controle das DCNT, o indivíduo deve adotar hábitos saudáveis desde a juventude e isso inclui uma alimentação saudável e equilibrada, com a redução do consumo de sal e gorduras, práticas de atividades físicas para combater o sedentarismo, redução do etilismo e tabagismo, assim também recomendado para pacientes diabéticos (SILVA, 2019).

Assim sendo, é necessária uma efetividade da educação permanente dos profissionais da equipe multiprofissional, pela gestão e demais envolvidos, para que assim possa estratificar o risco corretamente e condutas adequadas para o paciente de alto e muito alto risco, melhorando a qualidade do atendimento e otimizando o serviço.

Em relação aos fatores que dificultam a adesão ao tratamento das DCNT, Tavares et al. (2016) e outros autores, afirmam que as mesmas se relacionam às características pessoais do cliente, aos fármacos utilizados no tratamento e da forma como interagem o paciente e a equipe de saúde. Outros pontos citados foram: as barreiras determinadas pelas condições de saúde ou pelo próprio tratamento, doenças assintomáticas, déficit de conhecimento relativo ao curso da doença e a polifarmácia.

Na realização da aplicação do arco de Maguerez, observa-se que no estudo da problematização, foram observados e vivenciados pela a comunidade do bairro Rodolfo Teófilo da UAPS Anastácio Magalhães, os eventuais problemas de saúde que a população enfrenta. Foi aplicado o método de Hanlon junto à equipe de

saúde da unidade e membros da comunidade, para priorização do problema a ser trabalhado na comunidade a partir da idealização de um projeto de intervenção.

Utilizou-se, para a idealização desse processo de planejamento, as bases teóricas relativas às etapas do Arco de Charles Maguerez, descritas nos métodos deste estudo, o qual é de fundamental importância para o desenvolvimento dessa problematização. As descrições e os achados dessas estão explicitadas a seguir:

- Número insuficiente de equipes para atender adequadamente à demanda;
- Incidência significativa de casos de gravidez de risco em adultos e adolescentes;
- Dependência de ansiolíticos;
- Vulnerabilidade Social;
- Violência;
- Falta de saneamento básico e degradação do ambiente;
- Acompanhamento de saúde inadequado ao elevado número de hipertensos e diabéticos estratificados como sendo de muito alto risco, especialmente em idosos.

Quadro1 – Principais problema da comunidade, (Fortaleza, 2019).

Fortaleza, 2019.

Após o momento da visita e interação com a comunidade, bem como a análise do perfil e dos indicadores de impacto para a saúde dos seus membros, foram elencados os principais problemas que acometem mesma, visto na tabela-1.

PROBLEMAS	MAGNITUDE (1 - 10)	SEVERIDADE (1 - 10)	EFICÁCIA (0,5 - 1,5)	FACTIBILIDADE (0 - 1)	RESULTADO (M+S)*E*F
NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE NA COMUNIDADE	10	6	0,5	1	8
ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE INADEQUADO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS	10	10	1,0	1	20
INCIDÊNCIA DE GESTAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO	8	8	1,2	1	19,2
DEPENDÊNCIA DE ANSIOLÍTICOS	9	0	1,0	1	9
VULNERABILIDADE SOCIAL	10	7	0,5	1	8,5
VIOLÊNCIA	10	6	0,5	0	8
FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO E DEGRADAÇÃO DO AMBIENTE	8	8	1,0	1	16

A tabela 1- A priorização dos problemas a serem abordados foi realizada com base no método de Halon, (Fortaleza, 2019).

Fortaleza, 2019.

Diante disso, podemos observar consenso entre os participantes da análise dos problemas na comunidade junto aos discentes do Curso de Mestrado Profissional de Ensino da Saúde (CMEPES), que dentre os principais problemas encontrados na comunidade, o que apresenta maior viabilidade de planejamento de intervenção e possibilidade de avaliação de resultados foi o acompanhamento de saúde inadequado ao elevado número de hipertensos e diabéticos estratificados como sendo de muito alto risco, especialmente em idosos. Vale salientar que esse problema tem culminado em elevado número de complicações à saúde, devido ao risco para doenças cardiovasculares.

Considerando o impacto à saúde dos membros da comunidade acometidos por hipertensão e diabetes, surgem questionamentos sobre estratégias de intervenção eficazes que auxiliem no acompanhamento de saúde adequado ao elevado número de hipertensos e diabéticos estratificados como sendo de muito alto risco, especialmente em idosos, tais como:

- Aplicação de estratégias educacionais baseadas na andragogia e nas metodologias ativas com os agentes de saúde e membros da comunidade, para desenvolver intervenções objetivando a promoção da saúde e a prevenção dos fatores de risco para as DCNT, com destaque para a hipertensão e diabetes;
- Criação de grupos de convivência entre pacientes, com atividades que enfoquem os cuidados em saúde, incentivando assim, a promoção do autocuidado, bem como estimular formas positivas de interação entre o paciente e a equipe de saúde;
- Estabelecimento de estratégias, junto a equipe multiprofissional, para o controle eficiente do monitoramento e registro conforme estratificação do risco nos atendimentos à comunidade.
- Facilitação de estratégias que indiquem o manejo adequado e simplificado dos horários dos medicamentos e as demais formas de tratamento pelo paciente e sua família.

HIPÓTESE DE SOLUÇÃO	INTERVENÇÃO	METODOLOGIA	RESPONSÁVEL	PARCEIROS
Articulação com os possíveis parceiros presentes na comunidade.	Buscar parceiros na comunidade que divulguem e colaborem com a prevenção de agravos em saúde para pacientes hipertensos, diabéticos ou com risco estratificado.	Visitar igrejas, instituições de ensino e instituições de saúde e associações do bairro que possam apoiar através da divulgação ou execução de projetos na comunidade.	Gestor da Unidade junto aos Agentes Comunitários de Saúde	Igreja HEMOCE Hospital das Clínicas UFC Associação do Rodolfo Teófilo
Desenvolvimento de estratégias educacionais para os agentes de saúde e membros da comunidade, utilizando atividade lúdica, para proporcionar intervenções com a comunidade a partir da estratificação do risco.	Criar um <i>card games</i> cooperativo	Vivência de um jogo cooperativo pelos agentes de saúde	Equipe do CMEPES	Gestão Local; Equipe de saúde e NASF;
Disseminação de atividades educativas à comunidade, objetivando a prevenção e controle da hipertensão e diabetes.	Implementar Projeto Vida Saudável	Vivência da atividades: Grupo de Convivência; Dança-terapia; Atividade física direcionada.	Instituições Parceiras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Equipe de saúde; NASF; Comunidade acadêmica do bairro.
Relatos aos pacientes sobre os cuidados em saúde, incentivando assim, a promoção do autocuidado.	Elaborar palestras	Desenvolvimento do ciclo de 5 palestras com a comunidade	Equipe de saúde; NASF;	Equipe de saúde; NASF; Comunidade acadêmica do bairro.
Elaboração e avaliação das estratégias para o controle eficiente sobre o monitoramento e registro dos atendimentos à comunidade.	Incentivar a busca pelo cuidado em saúde	Fortalecer através do grupo de convivência, que outros membros da comunidade possam buscar o serviço de saúde. Vida saudável: Convide um amigo ou agende uma visita	Gestor da unidade em articulação com equipes da unidade	Membros da Comunidade
Conscientização dos profissionais da ESF a estratificação de risco e inserção ao prontuário Eletrônico.	Realizar capacitação com a ESF	Vivência da educação permanente e a realidade da comunidade em roda de conversa	Gestor da unidade em articulação com equipes da unidade	Gestão local ESF ACS

Quadro 2- Aplicação da prática à realidade da comunidade, (Fortaleza, 2019).

Fortaleza, 2019.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância a intervenção, educação em saúde, acolhida humanizada e o cuidado integral aos usuários do bairro Rodolfo Teófilo, transmissão de conhecimentos e informações acerca das doenças, principalmente a problematização observada na comunidade, agudização da hipertensão e diabetes.

A Prestação da assistência de equipe multidisciplinar e a intersetorialidade, contribui para um melhor entendimento e esclarecimento acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e do Diabetes Mellitus.

A realização de ações em saúde melhora a qualidade de vida das pessoas, fazendo diferença no processo saúde-doença. É necessário que os profissionais de saúde, que atuam nas ESF, NASF e outras redes de saúde, façam um melhor acompanhamento desses pacientes com hipertensão arterial e diabetes, a realização correta da estratificação de risco, estimulando aos pacientes a adesão ao tratamento e autocuidado, além de tornar esse processo primordial para uma melhor adesão às consultas de HiperDia.

Deve-se considerar ainda que quando se propõe estratificar pacientes para ajustar seus tratamentos com drogas baseadas em fatores de risco identificados é importante entender que tal estratificação não é conduzida apenas pelo número de fatores de risco ou comorbidades, mas também pelo seu tipo. Ou seja, hipertensos com diabetes são diferentes de hipertensos com dislipidemia, o que implica em dizer que o tratamento deve ser adequado a cada paciente, mas não apenas em relação ao número de comorbidades presentes.

A observação na comunidade para a intervenção na problematização, evidenciou que entre os hipertensos conduzidos na atenção primária através da estratégia de saúde da família, os fatores de riscos cardiovasculares utilizados na estratificação de risco corretamente são altamente prevalentes.

Com a implementação da proposta de intervenção, espera-se facilitar e melhorar o atendimento aos pacientes com hipertensão arterial e diabéticos, através da estratificação de risco, onde será priorizado o atendimento e acompanhamento regular dos portadores destas patologias de muito alto risco. Além da oferta frequente de grupos operativos para a realização de atividade física e educação em saúde, com a equipe multiprofissional e o envolvimento da comunidade com a finalidade de aumentar o vínculo com a clientela, podendo proporcionar maior confiança e credibilidade dos usuários com a equipe. Espera-se também que essa interação possa melhorar a situação de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.25-40, 27 mar. 2011.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.139-154, fev. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

MELLO, Carolina de Castro Barbosa; ALVES, Renato Oliveira; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Cefac**, Belo Horizonte - Mg, v. 16, n. 6, p.2015-2028, dez. 2014.

PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.1731-1739, jun. 2014.

PRADO, Marta Lenise do et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.172-177, mar. 2012.

SILVA, Fernando Henrique Meneses da et al. Health intervention on hypertension and diabetes. **J Nurs Ufpe Online**, [s.l.], v. 24093, n. 13, p.1-5, jun. 2019.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.01-11, fev. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 107, n. 3, Supl. 3, p. 1-64, Setem. 2016.

VILLARDI; CYRINO; BERBEL. A problematização em educação em Saúde [recurso eletrônico]: **percepções dos professores tutores e alunos** / Marina Lemos Villardi, Eliana Goldfarb Cyrino, Neusi Aparecida Navas Berbel. – 1.ed. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

PRODUÇÃO DO CUIDADO COM A INSERÇÃO DE UMA MÉDICA CUBANA EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 09/09/2020

Rose Manuela Marta Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
– UESB
Jequié, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7923-7518>

Tatiana Almeida Couto

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
– UESB
Jequié, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4843-1569>

Sérgio Donha Yarid

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
– UESB
Jequié, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0232-4212>

Edite Lago da Silva Sena

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
– UESB
Jequié, Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1236-8799>

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar os aspectos relacionados à produção do cuidado com a inserção de uma médica cubana em Unidade Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, realizada no interior da Bahia e teve como cenário uma unidade de saúde. O critério de inclusão da unidade deu-

se pela presença da médica cubana inserida na assistência desde que o município aderiu ao Programa Mais Médicos em 2013. A escolha dos participantes deu-se de forma não probabilística e refere-se a uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica formada em Cuba e dois usuários. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista dividido em aspectos sociodemográficos e questão disparadora. Para o tratamento dos dados foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin. Percebeu-se pontos positivos que potencializam as ações da atenção primária, com destaque aos elementos relacionados ao bom relacionamento interpessoal, o favorecimento de formação de vínculo, incentivo às práticas integrativas e de promoção da saúde. Pode-se perceber que a atenção dispensada pela médica cubana, que tem uma formação voltada para a assistência comunitária, está de acordo com as premissas da Política Nacional de Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Medicina Comunitária; Serviços de Saúde.

PRODUCTION OF THE CARE OF INSERTING A CUBAN MEDICINE IN A FAMILY HEALTH UNIT

ABSTRACT: The objective of the study was to analyze the aspects related to the production of care with the insertion of a Cuban doctor in the Family Health Unit. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, carried out in the interior of Bahia and had a health unit as a scenario. The criterion of inclusion of the Unit was given by the presence of the Cuban physician inserted in the assistance

since the municipality joined the Program More Doctors in 2013. The participants were chosen in a non-probabilistic way and refers to a nurse, a nursing technician, a doctor trained in Cuba and two users. For the data collection, an interview script was used, divided into sociodemographic aspects and a triggering question. For the data treatment, the Bardin content analysis was used. Positive aspects that potentiate the actions of primary care were highlighted, with emphasis on elements related to good interpersonal relationships, favoring bond formation, encouraging integrative practices and promoting health. It can be noticed that the attention given by the Cuban doctor, who has a training focused on the community assistance, is in accordance with the premises of the National Policy of Basic Attention.

KEYWORDS: Primary Health Care; Community Medicine; Health Services.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorientação da atenção básica no Brasil e visa além da formação de vínculo com a comunidade, a resolutividade nas ações. Também se propõe a reorganizar e fortalecer o processo de trabalho dos profissionais da equipe de Saúde da Família, de modo a garantir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e promover impactos na situação de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2012a). Para tanto, com o intuito de realizar um cuidado longitudinal e sensibilizar para a formação de vínculo, faz-se necessária a fixação de uma equipe multiprofissional no território.

Entretanto, no processo de expansão e efetivação dos serviços da ESF pode-se apontar desigualdades existentes, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Um aspecto comum sobre a limitação do acesso é a má distribuição dos médicos em localidades mais isoladas, com população predominantemente de baixa renda, com maior vulnerabilidade e que, muitas vezes, só dispõe dos serviços da ESF (OPAS, 2015).

Neste contexto, a escassez de profissional médico está associada diretamente como condicionante do estado de saúde da população, uma vez que dificulta o acesso a bens e serviços do SUS. A correção desta carência geográfica de profissionais de saúde consta como uma das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo em vista a redução das iniquidades existentes na atenção à saúde e a universalidade do acesso (BRASIL, 2012b).

De acordo com estudos sobre a demografia médica, no *ranking* ascendente dos 34 países analisados, o Brasil apresenta média de 2,18 médicos por mil habitantes e fica abaixo da maioria dos demais países, com exceção da Turquia com 1,8. A distribuição de médicos demonstra uma tendência de fixação destes profissionais nas regiões mais ricas e desenvolvidas do Brasil e a desigualdade em outras regiões é notória, tendo em vista que na região Norte o número de médicos é de 1,16 e o Nordeste com a proporção de 1,41, em contrapartida, no Sudeste é de

2,81 e o Sul com 2,31 médicos por mil habitantes (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Destarte, com o intuito de dirimir esta escassez e a má distribuição geográfica dos profissionais médicos, o governo brasileiro investiu em estratégias para interiorizar a medicina. Implementou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e mais recentemente, implementou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) com o objetivo de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

Porém, diante do novo cenário brasileiro e das novas conformações políticas e econômicas vivenciadas, cabe destacar a interrupção do acordo com o governo de Cuba, que acarretou no afastamento dos médicos cubanos com a suspensão do PMMB, fato este que foi noticiado pelas mídias impressas e eletrônicas nos cenários nacional e internacional.

Foi noticiado no site do Ministério da Saúde em 14 de novembro de 2018 sobre o comunicado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em relação ao encerramento pelo governo de Cuba do Programa Mais Médicos. Assim, com a justificativa para a medida de redução de médicos cubanos foi de oportunizar o mercado de trabalho brasileiro aos médicos com formação no Brasil, acreditando na distribuição de tais profissionais de forma a cobrir todo o território nacional e contemplar as necessidades de saúde das populações (BRASIL, 2018).

Assim como a primeira notícia no site da OPAS sobre a definição dos representantes do Brasil, Cuba e OPAS sobre a saída dos médicos cubanos foi apresentada em 19 de novembro de 2018, sendo ressaltado que tal processo ocorreria até 12 de dezembro de 2018. Além disso, menciona-se que essa decisão ocorreu pelo governo de Cuba. Além disso, foi apresentada a relevância de tal Programa para a ampliação da APS e a minimização das carências de médicos em alguns espaços do território nacional (OPAS, 2018).

Assim, é necessário estudos para demonstrar a importância do Programa, principalmente no que tange a produção do cuidado do médico cubano em uma Unidade de Saúde da Família. De forma a serem valorizadas as produções de cuidado existentes nos cenários de saúde e reflexões sobre o possível comprometimento dessa qualidade da assistência prestada diante de um cenário de crise política, social e econômica.

Diante disso, surgiu a questão norteadora desta pesquisa: quais os aspectos relacionados à produção do cuidado com a inserção de uma médica cubana na Unidade de Saúde da Família? Para o direcionamento da pesquisa, tem-se como objetivo analisar os aspectos relacionados à produção do cuidado com a inserção de uma médica cubana na Unidade de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em um município do interior da Bahia, em outubro de 2016. O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família. O critério de seleção da unidade deu-se pela presença da primeira médica cubana inserida na assistência à saúde desde que o município aderiu ao PMMB em 2013.

A escolha dos participantes trata-se de amostra não probabilística, uma vez que busca a opinião, a ação de elementos que não necessitam de representatividade populacional, mas ressaltam a singularidade que permite a generalização para demais contextos (BARDIN, 2012).

Os critérios de inclusão dos participantes da equipe de saúde foram: ter experiência de trabalho na unidade e ter trabalhado com médicos com formação no Brasil anteriormente. Os critérios de inclusão dos usuários foi possuir tempo de utilização dos serviços da unidade superior ao tempo em que a médica cubana chegou à unidade. Desta forma, participaram da pesquisa uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica formada em Cuba e dois usuários da USF.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista composto por dois blocos de perguntas. O primeiro bloco referiu-se as questões sociodemográficas e o segundo bloco constou de pergunta aberta que serviu como questão disparadora no intuito de deixar o participante livre para se expressar. Foram utilizados três instrumentos, sendo um direcionado aos profissionais que fazem parte da equipe de Saúde da Família, um específico para a médica cubana e um direcionado aos usuários que utilizam os serviços de saúde ofertados na unidade.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas pela Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2012). A exploração do material coletado deu-se com a leitura dos depoimentos, com a decodificação e categorização dos dados e a identificação das unidades de registro do conteúdo das falas. Posteriormente, deu-se a síntese dos dados e as inferências das categorias que emergiram.

Com o intuito de garantir o anonimato, os participantes foram identificados por códigos, sendo o código (Enf) para a Enfermeira, o código (Tec) para a Técnica em Enfermagem, o código (Med) para a Médica e os códigos (Usu1) e (Usu2) para os usuários.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: “Problemas Bioéticos vivenciados por Equipes de Saúde da Família”, que analisou os problemas éticos e bioéticos vivenciados no processo de trabalho por profissionais que atuam nas USF e, na realização da coleta de dados foi possível observar a produção do cuidado dos médicos com a formação em Cuba e, desta forma, surgiu o interesse de realizar este estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o número de CAAE: 24811513.4.0000.0055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados que caracterizam os participantes da equipe de Saúde da Família e dos usuários estão dispostos no quadro 1 segundo o sexo, idade, profissão, tempo de atuação na USF e tempo que o usuário utiliza os serviços da unidade.

Participantes - Equipe de Saúde	Sexo	Idade	Profissão	Tempo de atuação na USF
01	Feminino	42	Enfermeira	2 meses
02	Feminino	54	Técnica em Enfermagem	8 anos
03	Feminino	49	Médica	3 anos
Participantes - Usuários	Sexo	Idade	Profissão	Tempo que utiliza os serviços da USF
04	Feminino	18	Doméstica	6 anos
05	Feminino	31	Professora	4 anos

Quadro 1: Caracterização dos participantes segundo o sexo, idade, profissão, tempo de serviço e tempo de utilização dos serviços da Unidade de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, 2016.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Da análise temática emergiram cinco categorias: relacionamento interpessoal e vínculo; processo de trabalho e atendimento; práticas integrativas em saúde e promoção da saúde; dificuldades apresentadas no serviço e; formação profissional.

Categoria 1 - Relacionamento interpessoal e vínculo

Nos depoimentos dos participantes houve destaque para o relacionamento amistoso e o vínculo firmado entre a equipe de saúde e a comunidade a partir da inserção da médica cubana na unidade. No trabalho desempenhado numa ESF, em que se encontra uma equipe multiprofissional, é primordial o relacionamento interpessoal efetivo entre profissionais para desempenharem o trabalho em conjunto, em consonância com as premissas do atendimento integral e holístico. Neste contexto, o relacionamento interpessoal e o vínculo foram pontuados entre a equipe e também pelos usuários, nos seguintes depoimentos:

Ela sempre foi muito bem aceita pela equipe. É muito querida e atenciosa. Tem o dom de conquistar as pessoas (ENF).

Depois dela a equipe até se entrosou mais. Ela se relaciona bem com a equipe, como se fosse uma família (TEC).

A médica cubana escuta, conversa, enquanto médicos brasileiros nem conversam, você não fica nem um minuto no consultório [...] Parece que já conhece a gente há muito tempo (USU2).

A união com a equipe é muito boa, temos boa comunicação, muito respeito, parceria [...] nossa relação é muito boa. Minha relação com a população também é muito boa, são pessoas muito carentes que necessitam de atenção integral [...] qualquer pessoa que bate a minha porta eu escuto e se eu puder, resolvo o problema (MED).

Historicamente, o modelo de formação de recursos humanos para a assistência em saúde no Brasil está alicerçado nas condutas mercantilistas e produtivistas advindas do capitalismo. Assim, com o desenvolvimento e a valorização de procedimentos de alta densidade tecnológica na saúde, há o predomínio da utilização de tecnologias duras em detrimento das tecnologias relacionais. E, neste contexto, Batista, Vilela e Batista (2015) apontam que, sob a influência da economia capitalista vigente, a formação médica brasileira apresenta um modelo tecnicista e biologicista de assistência e que existe a necessidade de alterar esse modelo biomédico predominante.

Neste contexto, o processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF deve perpassar pelo modo da relação interpessoal e do vínculo estabelecido entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, a equipe de saúde deve utilizar estratégias de atenção em saúde para favorecer a aproximação e troca de saberes com os usuários, de forma a produzir o cuidado em saúde (ASSIS et al., 2010).

Para tanto, com a premissa básica de dar respostas às necessidades de saúde da comunidade, os profissionais de saúde tem à disposição tecnologias para o cuidado e oferta de procedimentos em saúde. Essas tecnologias são caracterizadas em: tecnologias leves – referente à tecnologia das relações, ou seja, o acolhimento, a escuta e à formação de vínculo com a comunidade; tecnologias leve-duras – referente ao conhecimento técnico do profissional e; as tecnologias duras – que estão relacionadas às máquinas e instrumentos tecnológicos utilizados nos procedimentos em saúde (MERRY, 2002).

Os depoimentos dos profissionais da equipe de saúde também demonstram que a chegada da médica cubana para a unidade fortaleceu a comunicação entre os profissionais, uma vez que ressaltam a atenção, o respeito e a cordialidade para com os colegas de trabalho. Além da formação do vínculo com a comunidade e o

fortalecimento dos laços de compromisso demonstrada na fala da usuária 2. Assim, para Martins e colaboradores (MARTINS et al., 2012), a formação de vínculo e o relacionamento amistoso interpessoal são elementos importantes para a conquista dos objetivos da ESF.-

Em estudo realizado para analisar a efetividade da iniciativa do PMM, os dados demonstraram a satisfação dos usuários no que se refere à escuta e a atenção dispensadas às queixas do usuário, bem como o respeito e a explanação das informações necessárias (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). Tais dados corroboram com as informações desta pesquisa, no que diz respeito à escuta qualificada, a atenção e a explicação sobre os aspectos do tratamento, com a inserção da médica cubana à equipe.

Diante da flexibilização da carga horária da assistência médica na ESF para 20, 30 e 40 horas semanais pela portaria nº 2.027, do dia 25 de agosto de 2011, como estratégia de fixação do profissional médico com formação no Brasil, pode-se analisar como uma proposta que foge ao princípio da estratégia de formação de vínculo com a comunidade, além da fragilidade no cuidado longitudinal e o enfraquecimento na produção do cuidado em equipe (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, a estratégia de inserir médicos cubanos nas ESF no Brasil teve como possibilidade a fixação do médico na unidade para o fortalecimento do vínculo, a atenção integral e longitudinal. A carga horária proposta para os médicos do PMM foi de 32 horas semanais voltadas para assistência na unidade, e de 8 horas voltadas para o curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica - Saúde da Família (BRASIL, 2012a).

Destaca-se que a cobertura do PMM é qualificada, uma vez que os profissionais cumprem a carga horária preconizada, possuem formação adequada para atuar na atenção primária, pois a graduação volta-se a prevenção neste nível de atenção e estão em constante processo de aprendizagem e educação em serviço (FLORENTINO JÚNIOR, 2014).

Assim, percebe-se que, a inserção da médica cubana na unidade, seguindo as diretrizes de fixação do médico na unidade, conforme as normas de adesão ao PMM favoreceu o estabelecimento de vínculo e o melhor relacionamento interpessoal entre equipe e entre equipe e comunidade.

Categoria 2 - Processo de trabalho e atendimento

Outra temática que emergiu refere-se ao processo de trabalho e do atendimento prestado à população pela médica cubana. O depoimento revela alguns elementos-chave para a produção do cuidado que foram implementados pela médica desde a sua chegada.

Quando cheguei aqui me deparei com uma reunião de equipe

diferenciada, que foi proposto pela médica cubana. Na reunião problematizamos as situações que aconteceram na semana, envolvendo toda a equipe: a técnica, os agentes, eu, e até o pessoal da higienização e recepção. Achei interessante trabalhar assim. Podemos dar resolutividade a casos que normalmente em unidade não são tão observados. Ela é uma médica muito minuciosa, investiga tudo, solicita os exames necessários. Eu a vejo como uma médica que dá uma resposta positiva pra comunidade (ENF).

Um fato importante que se apresentou no relato da enfermeira está relacionada com a implementação de uma reunião de equipe diferenciada, na qual os problemas advindos da semana de trabalho são problematizados e são traçadas metas para a resolutividade com todos os profissionais. Esta realidade favorece a produção do cuidado com planejamento em reunião de grupo, pautadas na problematização dos casos da unidade e a atenção integral ao indivíduo, além de proporcionar a efetiva comunicação e vínculo entre equipe (MATUMOTO *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2016).

Importante ressaltar que a atenção e o tempo dispensado pela médica no atendimento, enfatizando a duração, o toque e o exame minucioso, em um comparativo com outros médicos que atenderam naquela unidade, também foram destacados nos depoimentos:

O atendimento melhorou muito depois da chegada da médica cubana, porque antigamente os médicos ficavam no máximo 40 minutos na unidade, hoje ela (médica cubana) fica o período todo. O atendimento é digno dos pacientes, eles fazem o que todo médico deveria fazer (TEC).

Depois que ela chegou aqui (médica cubana) mudou totalmente, ela é muito boa. Explica a receita e passa a medicação certa porque examina a gente, toca a gente. Ela verifica minha pressão quando venho. Passa exames e eu saio sabendo pra quê. A consulta dos outros médicos, de antes, era de um minuto. Eu quase não comparecia à unidade, mas agora está melhor (USU1).

Toda população vê a diferença, todo mundo fala bem. E tem uma preferência pela médica cubana do que os que estavam aqui. Principalmente pela forma de atender que é diferente. A diferença entre os médicos que atendiam antes e os cubanos é a atenção, eles dão uma maior atenção aos pacientes. O atendimento agora melhorou uns 90% ou mais (USU2).

Com relação a duração da consulta, as duas usuárias do serviço relataram a rapidez na qual eram atendidas por outros médicos que atuaram na unidade, destacando a inexistência da escuta qualificada. Em menos de cinco minutos é difícil ouvir, avaliar, traçar um plano terapêutico e realizar educação em saúde individualizada. Neste contexto, o que se pode inferir nesta condição é a oferta do

serviço centrado prioritariamente na quantidade de atendimentos realizados, que pode influenciar na qualidade da atenção prestada (PADUA FILHO; PADUA, 2014).

É válido ressaltar que o Conselho Federal de Medicina não possui resolução determinando tempo médio dispensado a uma consulta médica ambulatorial. Entretanto, conselhos regionais como, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo apresentou a Resolução nº 279 de 2018, que altera a Resolução nº 229 de 2010, informando que a duração da consulta não poderá ser menor que quinze minutos no âmbito do SUS, com vistas a um atendimento com maior atenção às necessidades do usuário (CRM, 2018).

Nesta perspectiva, uma iniciativa importante foi encontrada na publicação da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, na qual foi desenvolvido um manual contendo as recomendações para organização do processo de trabalho no nível local, direcionado para o planejamento da demanda. De forma que as consultas tenham um tempo médio de quinze minutos, atentando-se às consultas de demanda agendada e da demanda espontânea (PEREIRA; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Em contraponto sobre o questionamento da qualidade da assistência por médicos com formação no Brasil, estudo que teve como objetivo a avaliação da satisfação dos usuários com os médicos do PMM e a responsividade destes serviços de saúde demonstrou que 98,1% dos usuários afirmam que o médico escuta as demandas com atenção; 95,8% informaram que receberam informações; 93,5% informaram que obtiveram esclarecimentos sobre o tratamento e 87% relataram a compreensão das orientações (COMES *et al.*, 2016).

Outro estudo apontou que o PMM mostrou-se potente nas relações pessoais e profissionais, superou as dificuldades iniciais e apresentou-se como ferramenta importante na superação do modelo biomédico (TERRA, 2016). Desta forma, pode-se observar que os médicos cubanos apresentaram diferenças significativas no desenvolvimento do processo de trabalho e no atendimento aos usuários quando comparados aos médicos com formação no Brasil.

Categoria 3 - Práticas integrativas e complementares em saúde e promoção da saúde

Emergiu dos depoimentos uma assistência pela médica cubana de também indicar práticas alternativas em saúde, que por vezes, na atenção tecnicista voltada para as tecnologias duras, faz com que tais práticas não sejam indicadas no atendimento e/ou não reconhecidas pelos profissionais de saúde.

Ela sempre indica algumas coisas que podem ser feitas em casa: como vaporização, incentivo à atividade física. Temos aqui um grupo de caminhada, do pessoal do Hiperdia, prática proposta por ela e ela participa (ENF).

Vejo sempre ela indicando exercícios, como caminhadas e orientações naturais para tratamento de feridas, muito interessante, principalmente para a minha profissão (TEC).

Ela não indica apenas remédio de farmácia. Indica chás e remédios naturais, com coisas que temos em casa, o que é melhor pra gente. [...] minha mãe vem para um grupo que o pessoal daqui da unidade tem para os idosos, é para a caminhada, sabe? (USU1).

Ela além da medicação de laboratório, sempre fala de algum tipo de medicamento natural pra gente tomar, chás e outras coisas naturais (USU2).

Neste íterim, o Ministério da Saúde de forma a direcionar para uma atenção integral com práticas alternativas de terapêutica estabeleceu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta política tem como objetivo incorporar e implementar ações da medicina tradicional chinesa, a homeopatia, fitoterapia, entre outros no SUS (BRASIL, 2015). Tais práticas trazem ao centro do atendimento o indivíduo em sua potência, com sua cultura, suas crenças e conhecimentos advindos dos antepassados, com práticas diferenciadas de saúde.

Numa pesquisa realizada com intuito de verificar o conhecimento e as opiniões dos gestores e dos profissionais de saúde sobre a PNPIC demonstrou que o modelo biomédico é prevalente nos atendimentos, no qual são excluídos os saberes tradicionais, tendo uma fragmentação da atenção e que subestimam a promoção da saúde e as práticas alternativas de saúde (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

Outra pesquisa com o objetivo de identificar as boas práticas e as experiências exitosas do PMM na APS dos municípios de Pernambuco apontou o direcionamento dado pelos médicos cubanos no tratamento com medicina alternativa. Destaca-se no processo de trabalho de tais médicos a inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) com atividades de grupo, acompanhamento domiciliar, além do esforço para o uso racional de medicamentos, com a indicação da utilização de tratamentos alopáticos por usuários, com exemplo de chás e garrafadas (OPAS, 2017).

Neste contexto, o incentivo e direcionamento de práticas alternativas em saúde e a promoção da saúde estão presentes no processo de trabalho da médica cubana na unidade. Tal prática pressupõe uma saúde voltada para a coparticipação do sujeito em seu plano terapêutico, com vistas a melhorar sua qualidade de vida, que está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

Desse modo, a adoção da PICS no planejamento das ações e terapêuticas

utilizadas pela médica cubana demonstra a preocupação em adicionar novas formas de produzir saúde, afastando-se do enfoque da assistência com indicação prioritária de medicamentos e/ou procedimentos tecnológicos de alto custo.

Categoria 4 – Dificuldades apresentadas no serviço

As dificuldades apontadas pelos participantes, incluindo a médica cubana, foram a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência e a adaptação ao idioma.

[...] ela sempre chama atenção sobre os encaminhamentos dos pacientes e que não temos uma resposta. Que é uma realidade diferente da atuação dela lá em Cuba (ENF).

Minha maior dificuldade foi o idioma, mas eu falo devagar e todo mundo consegue entender e também consigo entender o que as pessoas falam. Também tenho dificuldade nas referências que faço, não existe o retorno, não entendo o porquê (MED).

Apesar de ter um pouco de dificuldade com a língua portuguesa, ela explica com certa clareza que dá pra entender o que ela está falando e também consegue entender o que a gente está passando pra ela. É tranquilo, não vejo muito problema nisso (USU2).

No que se refere ao entendimento e compreensão da linguagem dos médicos cubanos destacado nos depoimentos, estudo realizado em 32 municípios do Brasil com objetivo de avaliar a satisfação dos usuários sobre os médicos de Cuba, foi apontado que 57,5% dos usuários apresentaram dificuldades quanto ao idioma. Entretanto, 87% compreendem as orientações e indicações do que seguir (COMES et al., 2016).

Em outra pesquisa realizada, no que se refere a compreensão da linguagem dos médicos cubanos, foi apontado que os usuários compreendem as informações e orientações sobre a terapêutica a ser utilizada, pois há explanação de maneira clara por parte dos médicos cubanos (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). Assim, apesar da diferença dos idiomas apresentar-se como uma possível barreira, existe o esforço do profissional e do usuário para que a escuta, a compreensão e a atenção à saúde sejam eficientes.

A estratégia de referência e contrarreferência utilizada no SUS constitui-se ainda como um entrave no processo de continuidade de cuidado do usuário na rede de assistência. A falta de respostas aos encaminhamentos promove desarticulação e fragmentação do cuidado. A ineficiência da referência e contrarreferência poderá ser modificada com a implementação de tecnologias de informação para operacionalização da rede de atenção, uma vez que o sistema logístico poderá

garantir a disposição racional das informações e usuários no sistema (MENDES, 2011).

Desse modo, para que esta configuração de assistência seja efetiva, há necessidade da concretização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma a organizar os fluxos de assistência e cuidado integral aos usuários (COSTA et al., 2013). Ademais, a continuidade do cuidado, a organização e disposição dos serviços de saúde precisam romper com a barreira existente do modelo “tempo e resposta”, com vistas à criação de linhas de cuidado para direcionar o usuário na rede de assistência de forma integral (MENDES, 2012).

Categoria 5 - Formação profissional

Dos depoimentos dos participantes emergiu a categoria formação, por mencionar a diferença na formação do médico brasileiro e do médico com formação cubano.

Ela é uma médica muito atenciosa, muito preocupada com o paciente, mesmo porque a gente sabe que Cuba tem uma saúde de referência (ENF).

[...] já trabalhei 7 anos na Venezuela, a diferença do sistema de saúde daqui com o de Cuba é muito grande. A prática lá em Cuba, desde a nossa formação é mais comunitária e meu objetivo aqui foi trabalhar com a comunidade (MED).

A importância do fortalecimento da APS se baseia na resolutividade que a mesma tem sobre as necessidades de saúde da comunidade, uma vez que é na ESF que mais de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos. Este cuidado longitudinal e resolutivo diminuiria a busca por hospitais com demandas que na ESF haveria resolutividade, se acaso a formação dos profissionais de saúde estivesse voltada às necessidades de APS.

No entanto, a formação dos recursos humanos para atuação na saúde ainda prioriza o modelo biomédico. Em estudo que teve como objetivo debater a formação do médico, do enfermeiro e do cirurgião-dentista para atuação na ESF, foi percebido que todos os profissionais possuem formação curativista, com atenção fragmentada, o que vai de encontro aos princípios de uma prática de atenção e cuidado longitudinal e multiprofissional. Ainda o mesmo estudo demonstra que os discentes de medicina apontaram em suas falas uma superioridade aos demais profissionais da equipe e uma atenção à saúde voltada para os aspectos técnicos e curativistas pautados na patologia (MORETTI-PIRE, 2009).

O direcionamento da formação médica em Cuba está voltado para as concepções e diretrizes da APS. Tal formação passou por mudanças na matriz curricular da formação médica, com o médico geral e integral e se firmou na base

dos cuidados comunitários de saúde e formação de um clínico geral preparado para trabalhar diante das necessidades de saúde que emergem da comunidade (ÁVILA; TOLEDO, 2014).

A equipe básica de Saúde da APS em Cuba é formada por um médico e uma enfermeira que desenvolvem suas atividades de atenção à saúde individual e comunitária, com promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação social e assistência social e são responsáveis por uma população de 1500 pessoas (DAL PRÁ et al., 2015).

Neste contexto, a formação dos médicos de Cuba, diferentemente da formação biomédica brasileira, é embasada nos preceitos de assistência da medicina de família e comunidade na perspectiva da APS (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Desta forma, os médicos cubanos apresentam conhecimento e práticas necessárias à identificação das iniquidades em saúde e ao desenvolvimento do processo de trabalho em locais mais vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que os impactos produzidos com a inserção da médica cubana na unidade em questão foram positivos, uma vez que ela implementou ações que condizem com os aspectos funcionais de uma ESF.

Os principais aspectos mencionados foram a atenção, a escuta qualificada, o tempo dispensado ao usuário no atendimento, o relacionamento interpessoal, a formação de vínculo com a comunidade, a implementação de ações e dispositivos de direcionamento do cuidado. Tais aspectos corroboram com os objetivos da PNAB, o que torna o trabalho mais efetivo e integral neste nível de atenção, chamando atenção principalmente para as contribuições importantes no processo de trabalho da equipe de saúde pela médica do PMMB.

Entretanto, em contraponto a estes aspectos importantes apontados neste estudo, o Brasil enfrenta uma crise política e econômica com a Proposta da Emenda Constitucional (PEC-95) desde 2017 que congela os incentivos públicos, e seus efeitos já podem ser percebidos, principalmente no que se refere à interrupção da cooperação internacional existente entre o Brasil e Cuba com o PMMB. Fator este que acarretará déficits do recurso humano médico em localidades mais vulneráveis e consequentemente, o aumento de problemas de saúde, assim como a existência de populações desassistidas. Fatores como esses, portanto, vão além de repercussões sociais e epidemiológicas de uma crise, não apenas do setor da saúde, mais nos mais diversos cenários.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n.(Supl.1), p. 1217-28, 2017.

ÁVILA, N. L. P.; TOLEDO, S. H. Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 30, n. 4, p. 449-59, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012.

BATISTA, N.A.; VILELA, R.Q.B.; BATISTA, S.H.S.S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: Cortez; 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília: 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **O Programa Mais Médicos em Pernambuco**: experiências da Atenção Primária em Saúde dos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. Brasília: OPAS, 2017.

BRASIL. **Mais Médicos**: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=834. Acesso em: 14 de jan. 2019.

BRASIL. **Posicionamento do Ministério da Saúde sobre o Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44685-posicionamento-do-ministerio-da-saude-sobre-o-programa-mais-medicos>. Acesso em: 14 de jan. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-63, 2016.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749-59, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM). **Resolução nº 279 de 26 de junho de 2018**. Dispõe acerca de parâmetros a serem observados no atendimento médico e/ou de equipes médicas. CRM: Espírito Santo, 2018.

COSTA, S. M. *et al.* Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, p. 287-93, 2013.

DAL PRÁ, K. R. *et al.* O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Colet.**, v. 9, n. 2, p. 91-103, 2015.

FLORENTINO JÚNIOR, A. L. **Mais Médicos e Mais Cobertura? Efeitos iniciais do Projeto Mais Médicos na cobertura da Atenção Básica no Brasil**. 2014. 76f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 1, p. 233-38, 2012.

LIMA, F. S. *et al.* Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **J. Res.: Fundam. Care**, v. 8, n. 1, p.3893-3906, 2016.

MARTINS, A. R. *et al.* Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. (1 Supl.2), p. 6-12. 2012.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. [08 telas], 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília: OPAS, 2015.

PADUA FILHO, W. C.; PADUA, I. C. C. Os impactos do capitalismo no modelo de gestão em Saúde no Brasil. **Revista UNINGÁ Review**, v. 18, n. 3, p. 62-5, 2014.

PEREIRA, A. F.; FERREIRA, J. M.; SANTOS, J. D. P. (org.). **Demanda espontânea na atenção primária à saúde em belo horizonte**: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-52, 2015.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286p.

TERRA, L. S. V. *et al.* Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2825-36, 2016.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: CONHECIMENTO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REGIÃO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Fernanda Massan

Hospital Santa Alice
Santa Mariana/PR

<https://orcid.org/0000-0001-6911-4637>
<http://lattes.cnpq.br/8225187788941206>

Mayara Almeida Martins

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - PR

<https://orcid.org/0000-0002-8623-9519>
<http://lattes.cnpq.br/5569392451864021>

Léia Regina de Souza Alcântara

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – PR, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0001-7847-4810/>
<http://lattes.cnpq.br/9381783548900432>

Mariza Fordellone Rosa Cruz

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – PR, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0003-0993-315X/>
<http://lattes.cnpq.br/5308615937693528>

Carolina Fordellone Rosa Cruz

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – PR, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0002-8936-9191>
<http://lattes.cnpq.br/3478210290276971>

Cada região possui suas ações específicas relacionadas à situação epidemiológica da LTA, pode-se notar a elevada incidência de casos da LTA em todo o Brasil destacando a necessidade dos profissionais de saúde em ter um bom conhecimento sobre a doença, quanto à prevenção, principalmente em áreas de risco, diagnóstico precoce e tratamento adequado. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana, no município de Bandeirantes-PR no ano de 2016. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado. A amostra constituiu-se de 74 profissionais de saúde. Entre eles, 77% são do sexo feminino, 52% tem Ensino Superior Completo. Entre eles, 93% receberam capacitação nos últimos cinco anos, mas nenhuma sobre Leishmaniose Tegumentar Americana, 94% dizem saber sobre a doença e 63% concordam que os casos da doença em Bandeirantes aumentaram. Apenas 26 pessoas sabem que a doença se manifesta na forma tegumentar (única ou múltiplas) e forma mucosa. Conclui-se que se torna necessário a elaboração de um plano de educação permanente em parceria com a secretaria municipal de saúde do município de Bandeirantes para estimular o interesse do aprendizado, aumentando o conhecimento dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose Tegumentar Americana; Recursos Humanos em Saúde; Capacitação.

RESUMO: As leishmanioses são classificadas como antroponozoonoses, infecções transmitidas ao homem a partir de um reservatório animal.

AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIOSIS: INFORMATION BY HEALTH PROFESSIONALS IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: Leishmaniasis are classified as anthroponozoonoses, infections transmitted to man from an animal reservoir. Each region has its specific actions related to the epidemiological situation of ATL, one can note the high incidence of cases of ATL throughout Brazil, highlighting the need for health professionals to have a good information about the disease, regarding prevention, especially in risk areas, early diagnosis and adequate treatment. The objective of this research was to evaluate the knowledge of health professionals about American Tegumentary Leishmaniasis, in the municipality of Bandeirantes-PR in 2016. For the data collection, a structured form was used. The sample consisted of 74 health professionals. Among them, 77% are female, 52% have completed Higher Education. Among them, 93% received training in the last five years, but none about American Tegumentary Leishmaniasis, 94% say they know about the disease and 63% agree that the cases of the disease in Bandeirantes have increased. Only 26 people know that the disease manifests itself in the cutaneous form (single or multiple) and mucous form. It is concluded that it is necessary to elaborate a permanent education plan in partnership with the municipal health department of the municipality of Bandeirantes to stimulate the interest of learning, increasing the information of health professionals.

KEYWORDS: American Cutaneous Leishmaniasis; Human Resources in Health; Training.

INTRODUÇÃO

As leishmanioses são classificadas como antroponozoonoses, ou seja, infecções transmitidas ao homem a partir de um reservatório animal (BRASIL, 2017).

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) caracteriza-se por única ou múltiplas lesões ou ulcerações na pele e mucosas. As lesões mucosas acometem principalmente a região bucal e nasofaríngea podendo ser persistentes, desfigurantes e de difícil cura clínica. A lesão cutânea clássica apresenta uma ulceração de bordas elevadas, endurecidas e de fundo com tecido de granulação. Caso ocorra disseminação hematogênica ou linfática do parasita, a infecção poderá evoluir para a forma mucosa (CINCURÁ et al., 2017; RANGEL et al., 2018).

São enfermidades vinculadas a desnutrição, deslocamento, condições precárias de habitação, analfabetismo, de gênero, atividade do sistema imunológico, falta de recursos, mudanças ambientais decorrentes de desmatamento, construção de barragens, sistema de irrigação novos e urbanizados, e acompanha a imigração de pessoas não-imunes para áreas endêmicas (KARMAOUI, 2018).

São relatadas em 5 continentes do planeta, sendo endêmica em 102 países sobretudo nos países tropicais. Estima-se que anualmente cerca de 1,3 milhões de novos casos e ocorra até 30.000 mortes, uma das razões pela qual a Organização

Mundial da Saúde (OMS) a considera como uma das seis endemias prioritárias no mundo (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018; WHO LEISHMANIASIS, 2020).

Nas Américas, a LTA está presente desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina. De 2001 a 2017, foram registrados 940.396 casos de LTA no Sistema Regional de Informações de Leishmanioses da OPS/OMS (SisLeis). Destacamos que o Uruguai registrou seu primeiro caso em 2018, evidenciando a expansão territorial da doença (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2019). Neste mesmo período, o Brasil apresentou 17.526 casos, o maior número dentre os países das américas, seguido pela Colômbia com 7.764.

A região Sul do Brasil contribuiu em um período de 10 anos, de 2004 a 2013, com 2,05% dos casos que ocorreram no Brasil. E dentre os casos registrados na região Sul, 87,2% foram registrados no estado do Paraná (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2019). Entre as regiões com maior incidência do Paraná, a maior concentração encontra-se na região Norte do Paraná (ALCÂNTARA; DEMARCHI; ARISTIDES, 2016).

O Brasil possui extensão territorial Brasil que lhe confere características continentais e peculiaridades no padrão de transmissibilidade da LTA, pois a diversidade de biomas e climas propicia também a diversidade de vetores, agentes e reservatórios (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Estabelecer as ações de controle da LTA caracteriza um grande desafio, dado que essa doença apresenta uma extensa diversidade e constantes mudanças nos seus padrões epidemiológicos de transmissão e requer dos profissionais um bom conhecimento sobre a doença, sobre sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, principalmente em áreas de risco (MENDES et al., 2016).

Segunda a Organização Mundial da Saúde (2020), é essencial para a diminuição da incidência de LTA sob condições de epidemias a busca ativa de casos a partir da triagem por trabalhadores de saúde baseada em fatores de risco bem definidos.

No entanto, segundo Cruz (2010) e Alcântara (2016), dos 187 casos notificados de LTA em Bandeirantes no período de 2000 a 2013, com pico endêmico em 2007, a distribuição foi heterogênea com predominância de casos urbanos, no gênero feminino, domésticas, com 60 anos ou mais. Dados sugestivos de transmissão domiciliar ou peridomiciliar.

Conscientes de que a LTA é uma doença altamente prejudicial ao ser humano e endêmica no Estado do Paraná, consideramos importante a realização deste estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre Leishmaniose Tegumentar Americana, no município de Bandeirantes – PR no ano de 2016 e descrever a categoria profissional e o tempo de profissão, traçar um perfil socioeconômico dos entrevistados e avaliar o nível de conhecimento sobre a

doença.

MÉTODO

Estudo descritivo com base de dados primários em carácter quantitativo, que foi realizado em unidades de Saúde, localizados na cidade de Bandeirantes no Norte Pioneiro do Paraná, Brasil. Segundo o último censo realizado no ano de 2015 no município de Bandeirantes, a população estimada foi de 32.639 mil habitantes (IBGE, 2015).

A amostra foi constituída por profissionais da saúde, entre técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos e farmacêuticos pertencentes às Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Municipal, Atendimento Médico Especializado, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Secretária Municipal de Bandeirantes e Vigilância Sanitária.

Foram incluídos os técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e farmacêuticos que prestam serviços na atenção básica de saúde do município de Bandeirantes-PR do ano de 2016. E excluídos os fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas, psicólogos, biomédicos e demais profissionais de saúde, por não possuírem contato primário com a patologia. E também foram excluídos os que não aceitaram participar da pesquisa ou os que não tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações sobre os profissionais de saúde foram obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Bandeirantes.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado composto por questões sobre o perfil socioeconômico, caracterização da profissão, conhecimento geral e específico sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Bandeirantes - Paraná.

Os profissionais de saúde foram abordados logo após as oficinas de capacitação sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana que ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Universidade Estadual do Norte do Paraná através do desenvolvimento de um Projeto de Extensão. Durante o período do projeto foram realizadas quatro oficinas de aprendizagem com os profissionais de saúde, sendo que, a primeira foi feita com todos os agentes comunitários de saúde, a segunda com os agentes de endemia, a terceira com os auxiliares e técnicos de enfermagem e a quarta com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos. As oficinas aconteceram nos meses de julho e agosto de 2016 e tiveram duração de quatro horas cada. Nas oficinas foram disponibilizados um manual de leishmaniose e um folder para cada profissional participante.

Todos os profissionais que participaram das oficinas foram convidados para

participarem da pesquisa, foram informados sobre os objetivos do projeto e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e somente após a assinatura do termo, os formulários foram entregues para os participantes.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do Excel® e posteriormente foram convertidos em tabelas e gráficos e foram analisados por percentual simples e outras análises estatísticas pertinentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, Bandeirantes-PR, sob o número do parecer: 036/2011. A coleta de dados iniciou-se após aprovação do CEP e da Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes-PR. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram aplicados individualmente, omitindo-se dados pessoais como nome, endereço e outros, não colocando em risco físico, moral ou emocional nenhum dos sujeitos a serem pesquisados, conforme disposto pela Resolução 466/2012.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 74 profissionais de saúde do município de Bandeirantes – PR, atuantes em diferentes unidades de saúde, das quais se destacam o Unidade Básica de Saúde (UBS) com 55,41% seguida por secretaria municipal de Bandeirantes (20,27%) e vigilância sanitária (17,57%) conforme figura 1.

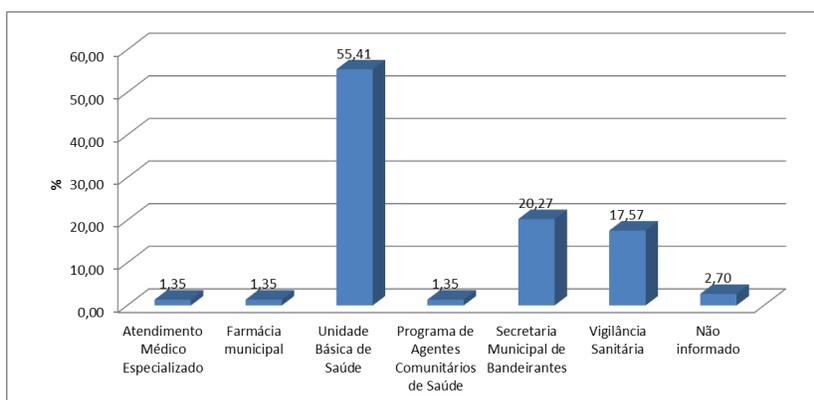


Figura 1 – Locais de atuação dos profissionais de saúde entrevistados. Bandeirantes-Paraná, 2016.

No que se refere ao perfil socioeconômico 77,03% pertencem ao sexo feminino e 22,97% ao sexo masculino. Entre eles, 78,38% são brancos, 2,70%

pertencem a raça/cor negra, 14,86% são pardos e 4,05% não souberam informar. De acordo com o estado civil, 37,84% são casados, 50,00% são solteiros, 1,35% são viúvos, 6,76% são divorciados e 4,05% não informaram. Entre as faixas etárias atingidas 27,03% pertencem ao grupo de 19-28 anos, 25,68% tem entre 29-38 anos, 21,62% entre 38-48, 18,92% entre 49-58 anos e 6,76 não informaram. Na escolaridade a maior incidência foi de 52,70% referente ao ensino médio completo e a menor foi de participantes com pós-graduação com 1,35%. A renda familiar mais frequente foi de um a três salários mínimos (tabela 1).

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	17	22,97
	Feminino	57	77,03
Idade	19 – 28	20	27,03
	29 – 38	19	25,68
	39 – 48	16	21,62
	49 – 58	14	18,92
Raça/cor	Não informado	5	6,76
	Branca	58	78,38
	Negra	2	2,70
	Parda	11	14,86
Estado Civil	Não informado	3	4,05
	Casado	28	37,84
	Solteiro	37	50,00
	Viúvo	1	1,35
	Divorciado	5	6,76
Escolaridade	Não informado	3	4,05
	Ensino fundamental completo	2	2,70
	Ensino médio completo	39	52,70
	Ensino superior completo	23	31,08
	Ensino superior incompleto	9	12,16
Renda Familiar (em Salário Mínimo)*	Pós-graduação	1	1,35
	até 1	7	9,46
	1 a 3	29	39,19
	3 a 5	11	14,86
Não Informado	> 5	3	4,05
	Total	74	100,00

Tabela 1 - Características socioeconômicas segundo sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, renda familiar dos profissionais de saúde entrevistados. Bandeirantes, 2016.

Na avaliação do perfil profissional, 32,43% pertencem ao grupo de agentes comunitários de saúde, 31,08% aos agentes comunitários de endemias, 1,35% aos auxiliares de enfermagem, 16,22% corresponde aos técnicos de enfermagem, 12,16% aos enfermeiros, 5,41% aos farmacêuticos e 1,35 corresponde aos médicos (tabela 2).

De acordo com o tempo de formação, 28,38% são formados a menos de um ano e 51,35% entre 1 a 10 anos. No vínculo trabalhista 60,81% são concursados e 1,35% são estatutários. Entre os 74 entrevistados 93,24% receberam capacitação nos últimos cinco anos (tabela 2).

Variáveis		N	%
Profissão	Agente Comunitário de Endemia	24	32,43
	Agente Comunitário de Saúde	23	31,08
	Auxiliar de Enfermagem	1	1,35
	Técnico de Enfermagem	12	16,22
	Enfermeiro	9	12,16
	Farmacêutico	4	5,41
	Médico	1	1,35
Tempo de Formação	até 1 ano	21	28,38
	1 a 10 anos	38	51,35
	11 a 20 anos	11	14,86
	> 20 anos	2	2,70
	Não informado	2	2,70
Vínculo Trabalhista	Concursado	45	60,81
	Estatutário	1	1,35
	Celetista	25	33,78
	Outros	1	1,35
	Não informado	2	2,70
Tempo de Cargo	até 1 ano	24	32,43
	1 a 10 anos	41	55,41
	11 a 20 anos	8	10,81
	> 20 anos	1	1,35
Recebeu capacitação nos últimos 5 anos?	Sim	69	93,24
	Não	3	4,05
	Não informado	2	2,7
	Total	74	100,00

Tabela 2 - Perfil profissional segundo profissão, tempo de formação profissional, vínculo trabalhista, tempo de cargo e capacitação. Bandeirantes, 2016.

O conhecimento sobre a doença também foi investigado e 94,59% dos entrevistados disseram saber o que é a LTA e 85,14% afirmaram que a LTA é uma doença de notificação compulsória. Entre os entrevistados 63,51% disseram que o número de casos de LTA no município de Bandeirantes aumentaram, 98,65% concordaram que a LTA é provocada por protozoário, 81,08% afirmaram que a LTA é adquirida por humanos, cães e animais silvestres, 87,84% disseram que a LTA é transmitida através da picada do flebótomo infectado, 91,89% concordam que o diagnóstico da doença é feito através de exames clínicos e laboratoriais, 35,14% disseram que a doença se manifesta na forma mucosa, 87,84 afirmam que a principal droga utilizada para o tratamento é o Antimoniato de meglumina, 95,95% concordam que o vetor transmissor são os flebotomíneos, 50,00% disseram que os animais com suspeita de LTA são encaminhados ao hospital veterinário para tratamento, 87,84% afirmaram que o uso de repelente mais o destino adequado de lixo orgânico é a melhor maneira de prevenir a LTA (tabela 3).

Variáveis		N	%
Você sabe o que é LTA?	Sim	70	94,59
	Não	3	4,05
	Não informado	1	1,35
A LTA é uma doença de notificação compulsória?	Sim	63	85,14
	Não	10	13,51
	Não informado	1	1,35
Qual é a sua opinião sobre o número de casos humanos no município de Bandeirantes?	Aumentou	47	63,51
	Diminui	13	17,57
	Estável	12	16,22
	Não sei	2	2,70
A LTA é provocada por?	Protozoário	73	98,65
	Fungo	1	1,35
Quem pode adquirir a LTA?	Humano	2	2,70
	Humanos e cães	10	13,51
	Humanos e animais silvestres	1	1,35
	Humanos, cães e animais silvestres	60	81,08

	Não informado	1	1,35
Como a LTA é transmitida?	Picada de qualquer inseto infectado	4	5,41
	Picada do culicídeo infectado	2	2,70
	Picada do flebótomo infectado	65	87,84
	Arranhadura por animais com LTA	1	1,35
	Não informado	2	2,70
Como é feito o diagnóstico da doença?	Apenas laboratorial	4	5,41
	Cínico e laboratorial	68	91,89
	Exame Clínico	1	1,35
	Não Informado	1	1,35
Como a doença se manifesta?	Forma tegumentar (única ou múltiplas) e forma mucosa	26	35,14
	Forma tegumentar com lesões múltiplas ou única	20	27,03
	Lesão tegumentar única	15	20,27
	Forma mucosa	6	8,11
	Lesões tegumentares múltiplas	4	5,41
	Não informado	3	4,05
Qual é a principal droga utilizada para o tratamento?	Penicilina	2	2,7
	Antimoniato de meglumina	65	87,84
	Não sei	1	1,35
	Não informado	6	8,11
Qual é o vetor transmissor da LTA?	Flebotomíneos	71	95,95
	Não informado	3	4,05
O que é feito com os animais com suspeita de LTA?	Eutanásia	19	25,68
	São encaminhados ao hospital veterinário para tratamento	37	50,00
	Recebe tratamento	12	16,22
	Não sei	2	2,7
	Não informado	4	5,41

Como se previne a LTA?	Uso de repelente mais destino adequado de lixo orgânico	65	87,84
	Uso de repelentes quando exposto a ambientes onde os vetores podem ser encontrados	3	4,05
	Destino adequado de lixo orgânico	3	4,05
	Todas estão erradas	2	2,7
	Não informado	1	1,35
Total		74	100,00

Tabela 3 - Conhecimento sobre a Leishamniose Tegumentar Americana (LTA) pelos profissionais capacitados. Bandeirantes, 2016.

DISCUSSÃO

Entre os locais de atuação dos profissionais de saúde entrevistados, destaca-se um maior número de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido a sua extensa área de trabalho e a necessidade de uma equipe multiprofissional.

São atribuições comuns a todos os membros da equipe o mapeamento e territorialização, juntamente com realizar o cuidado da saúde da população. Planejar e gerenciar, organizar atividades programada para promoção e prevenção da saúde, realizar consulta de enfermagem, dentre outras atividades, são atribuições do enfermeiro. Cabe ao auxiliar ou técnico de enfermagem, realizar atividades programadas, participar do gerenciamento de insumos e realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. E ao médico basicamente cabe realizar consultas clínicas, encaminhar quando necessário e participar de atividades programadas (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Em Bandeirantes – PR, pode-se observar que a predominância de sexo dos trabalhadores foi do sexo feminino. Marsiglia, (2011), realizou uma pesquisa com 87 UBS da região norte e central de São Paulo (SP), com o objetivo de levantar o perfil dos trabalhadores, observando a predominância dos funcionários do sexo feminino.

Tomasi et al. (2008), avaliaram o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores de 120 profissionais de UBS da região Sul do Brasil e de 120 UBS da região Nordeste, podendo nos confirmar a prevalência de funcionários do sexo feminino em ambas as regiões.

Marsiglia (2011), também mostra em seu estudo a predominância de profissionais com a faixa etária entre 21 e 40 anos. O que concorda com os resultados obtidos em Bandeirantes – PR, predominando a faixa etária dos profissionais são

de 19 – 38 anos. Já na pesquisa de Tomasi et al. (2008) encontramos uma maior proporção de trabalhadores na faixa etária de 31 a 45 anos.

Segundo Corrêa et al. (2012), que estudou o perfil sociodemográfico e profissional de 79 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá – Mato Grosso, a maioria dos funcionários entrevistados eram casados, assim como na pesquisa realizada em Bandeirantes – PR.

Em Bandeirantes – PR houve predomínio de profissionais que cursaram até o Ensino Médio Completo, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, o que corresponde aos resultados de Moreira et al. (2016), que pesquisou o perfil sociodemográfico, 83 trabalhadores de 11 unidades de Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul.

De acordo com Zanetti et al. (2010), que pesquisou o perfil socioprofissional e formação de 330 profissionais de equipes de saúde da família da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, diz que há predomínio de profissionais nas equipes são de Agentes Comunitários de Saúde, o que difere do presente estudo, onde podemos constatar que a maior porcentagem é de Agentes Comunitários de Endemias.

Em Bandeirantes – PR, pode-se observar que o tempo de formação profissional mais relatado foi de um a dez anos, o que discorda com o resultado encontrado no estudo de Corrêa et al., (2012), no qual o tempo de formação mais relatado foi de um período menor que cinco anos.

Corrêa et al. (2012), diz que a maior parte dos entrevistados de sua pesquisa participaram de capacitações nos últimos cinco anos. O que é condizente com os resultados encontrados na presente pesquisa, onde a maior parte dos funcionários participaram de capacitações em igual período. Entre as capacitações citadas, Saúde Mental, Dengue, Zika vírus, Escorpião e animais peçonhentos, Tuberculose, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Puericultura, Primeiros Socorros, Hanseníase, Microcefalia, Saúde do Idoso e Feridas, porém, nenhuma que se tratasse de Leishmaniose Tegumentar Americana.

Através da entrevista, realizada logo após a oficina de capacitação, foi possível avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Bandeirantes – PR, sobre o conhecimento de Leishmaniose Tegumentar Americana, notou-se que a maioria tem conhecimento sobre a doença e que é uma doença de notificação compulsória, dados que confirmam a eficácia da capacitação.

Em 2016, os profissionais de saúde afirmam que o número de casos em humanos de LTA no município de Bandeirantes aumentou, que a doença é provocada por um protozoário e transmitida pela picada do flebótomo infectado e humanos, cães e animais silvestres podem adquirir, que a principal droga utilizada para o tratamento é o Antimoniato de Meglumina e que umas das maneiras de se prevenir

da LTA é o uso de repelente mais destino adequado de lixo orgânico. E discordam de como a doença se manifesta.

A LTA é uma doença com manifestações que variam desde úlcera de pele única até formas disseminadas, podendo acometer a mucosa oral, nasal, vias aéreas superiores e levar a destruição do septo nasal (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018).

O diagnóstico parasitológico ainda é a melhor referência em diagnóstico para leishmaniose cutânea por causa de sua alta especificidade. A sensibilidade varia, dependendo da localização geográfica, espécies e estágio da lesão. O material para o diagnóstico parasitológico pode ser adquirido por aspiração, raspagem, com agulha fina ou biópsia de lesões. O Antimonial Pentavalente ou antimoniato de Meglumina, foi padronizado pela Organização Mundial da Saúde como o medicamento de escolha para LTA (BRASIL, 2017; WHO LEISHMANIASIS, 2020).

Algumas medidas de prevenção são: o uso de repelentes quando exposto a ambientes onde os vetores habitualmente possam ser encontrados; evitar a exposição nos horários de atividades do vetor; uso de mosquiteiros de malha fina bem como telar portas e janelas; manejo ambiental por meio de limpeza de quintais e terrenos; e limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos (BRASIL, 2017).

CONCLUSÕES

Foi possível notar-se o perfil dos profissionais, a predominância do sexo feminino (77%), a faixa etária de 19 a 28 (27%) e que a maioria tem o ensino médio completo (52%).

Quanto ao resultado do conhecimento sobre leishmaniose, conclui-se sobre um resultado satisfatório, uma vez que a maioria relata saber o que é a LTA, e demonstraram conhecimento sobre as variáveis da Leishmaniose, tais como, qual é o vetor, o modo de transmissão, como é feito o diagnóstico, como a doença se manifesta e qual a droga que é utilizada para o tratamento.

Conclui-se, observando os resultados, a importância da capacitação e da educação continuada sobre esse e outros temas, como de doenças prevalentes na região, para assim facilitar a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças por parte das equipes das unidades básicas de saúde. E também podendo orientar a população, melhorando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Léia Regina De Souza; DEMARCHI, Izabel Galhardo; ARISTIDES, Sandra Mara Alessi. Evolution of american tegumentary leishmaniasis cases reported in paraná state, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo**, [S. l.], v. 58, 2016. DOI: 10.1590/S1678-9946201658067. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-9946201658067>. Acesso em: 3 set. 2020.

BURZA, Sakib; CROFT, Simon L.; BOELAERT, Marleen. Leishmaniasis. **The Lancet**, [S. l.], v. 392, n. 10151, p. 951–970, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31204-2.

CHRISTINA PAULA CORRÊA, Áurea; FRANCISCO DE ARAÚJO, Emerson;

CÉSAR RIBEIRO, Antônio; DE CÁSSIA FRANCO PEDROSA, Inês. **Artigo Original Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso Sociodemographic and professional profile of primary health care nurses in Cuiabá-Mato Grosso Perfil sociodemográfico y profesional de enfermeros de atención básica de salud de Cuiabá-Mato Grosso**. [s.l.: s.n.].

CINCURÁ, Carolina; DE LIMA, Clara Mônica F.; MACHADO, Paulo R. L.; OLIVEIRA-FILHO, Jamary; GLESBY, Marshall J.; LESSA, Marcus M.; CARVALHO, Edgar M. Mucosal leishmaniasis: A retrospective study of 327 cases from an endemic area of *Leishmania (Viannia) braziliensis*. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [S. l.], v. 97, n. 3, p. 761–766, 2017. DOI: 10.4269/ajtmh.16-0349. Disponível em: <https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.16-0349>. Acesso em: 2 set. 2020.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.31512019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2020.

IBGE. 2015. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2020.

KARMAOUI, Ahmed. The cutaneous leishmaniasis vulnerability index (CLVI). **Acta Ecologica Sinica**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 288–295, 2018. DOI: 10.1016/j.chnaes.2018.01.001.

Manual de procedimientos para la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2019. Disponível em: www.paho.org. Acesso em: 3 set. 2020.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidadeSaúde e Sociedade**. [s.l.] : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública., 2011. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/>. Acesso em: 3 set. 2020.

MENDES, Chrystian Soares; COELHO, Alexandre Bragança; FÉRES, José Gustavo; SOUZA, Elvanio Costa De; CUNHA, Dênis Antônio Da. Impacto das mudanças climáticas sobre a leishmaniose no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 263–272, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.03992015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100263&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, Brasil. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico]**. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_. Acesso em: 2 set. 2020.

MOREIRA, IJB; HORTA, JA; ... LN Duro-.... de medicina; 2016, Undefined. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande. **rbmfc.emnuvens.com.br**, [S. l.], 2016. DOI: 10.5712/rbmfc11(38)967. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11>. Acesso em: 3 set. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Leishmaniasis: Epidemiological Report in the Americas. **Washington, D.C.: PAHO**, [S. l.], p. 2–5, 2019. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50505>.

RANGEL, Elizabeth F.; LAINSON, Ralph; CARVALHO, Bruno M.; COSTA, Simone M.; SHAW, Jeffrey J. Sand Fly vectors of American cutaneous leishmaniasis in Brazil. In: **Brazilian Sand Flies: Biology, Taxonomy, Medical Importance and Control**. [s.l.] : Springer International Publishing, 2018. p. 341–380. DOI: 10.1007/978-3-319-75544-1_7. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-75544-1_7. Acesso em: 2 set. 2020.

TOMASI, E.; FACCHINI, LA; ... RX Piccini-Cadernos de Saúde; 2008, Undefined. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **SciELO Public Health**, [S. l.], 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24suppl1/s193-s201/es/>. Acesso em: 3 set. 2020.

WHO Leishmaniasis. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1. Acesso em: 2 set. 2020.

ZANETTI, Tatielle Galli; CRISTINA, Isabel; VAN DER SAND, Pacheco; MARILENE, Nara; GIRARDON-PERLINI, Oliveira; WICROWISKY KOPF, Águida; BRAZ DE ABREU, Paola. PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO. **Jul/Set**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 448–455, 2010. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.7664. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7664>. Acesso em: 3 set. 2020.

CAPÍTULO 22

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO NO PERÍODO DE 2010 A 2019

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/10/2020

Ana Carolina Relíquias Debiazzi

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/8752307783980829>

Luana Augusta Santana Lima

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína -TO
<http://lattes.cnpq.br/0227895725489767>

Isadora Munaretto Reolon

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/6154345473921585>

Nádia Soares Gonçalves Mendes

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/4039102116640429>

Nathalia Dias Galvão

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/2483626004163591>

Maria Eugênia Caires Santos

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/1264347145995512>

Eduardo Cunha Costa

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/1952464453656688>

Rodolfo Lima Araújo

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/7033526706326987>

Rejanne Lima Arruda

Centro Universitário Tocantinense Presidente
Antônio Carlos, UNITPAC
Araguaína – TO
<http://lattes.cnpq.br/2287214883825112>

RESUMO: Com o objetivo de analisar a prevalência da Tuberculose na população de Araguaína-TO no período 2010 a 2019, evidenciando o perfil epidemiológico dos infectados e o desfecho dos casos. Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo com dados obtidos pelo DataSUS sobre a tuberculose, tendo como sujeito de pesquisa a população residente em Araguaína de 2010 a 2019. Os dados foram analisados, organizados e as seguintes variáveis foram discutidas: sexo, idade, formas, condições associadas e encerramento. Dos resultados encontrados e analisados entre os anos de 2010 a 2019, obtivemos um total de 452 casos. Destes 286 eram do sexo masculino e 168 feminino. Com relação a idade, a faixa etária com maior prevalência foi a de 20-39 anos totalizando 177 infectados, seguida de 40-59 anos com 142

infectados. A forma mais comum registrada foi a pulmonar com 381 casos, enquanto a extrapulmonar teve 65 casos sendo mais prevalente a pleural com 34 acometidos. Analisando as condições associadas, as mais prevalentes foram o alcoolismo com 46 casos, seguida de diabetes e tabagismo com 40. Estes casos tiveram como encerramento, a cura em 300 deles, óbito em 36 e o abandono do tratamento em 37. Diante do exposto, foi possível notar a importância que os dados têm em auxiliar na formação de medidas preventivas, visando levar informação sobre a doença e a necessidade de um tratamento completo. Assim como destacar a necessidade de uma atenção especial aos casos em que se tem uma condição associada, devido a uma maior chance de complicação e óbito.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Epidemiologia; Prevalência.

PREVALENCE OF TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUAÍNA-TO FROM 2010 TO 2019

ABSTRACT: The present study aimed to analyze the tuberculosis prevalence in Araguaína population during the period of 2010 to 2019 in order to show the epidemiological profile of those infected and the outcome of the cases. It is described as an epidemiological descriptive study with data obtained by DataSus on tuberculosis and the center of the research was the population residing in Araguaína from 2010 to 2019. The data was analyzed organized and the following variables were discussed: sex, age, form, associated conditions and closure. As a result from analyzing the years of 2010 and 2019 it was obtained a total of 452 cases and amongst them 286 were male and 168 female. Looking at an age perspective the most affected age range was from 20 to 39 years old totaling 177 infected followed by 40 to 59 years old with 142 infected. The most common form registered was pulmonary with 381 cases meanwhile extrapulmonary disease had 65 cases being the most common the pleural with 34 affected. Analyzing the most prevailing associated conditions were found alcoholism with 46 cases followed by diabetes and smoking with 40. Those cases had as closure the healing of 300 people meanwhile 36 died and 37 abandoned treatment. Before the exposed it was possible to notice the value that data has in guide through creation of preventive measures by leading to information about illnesses and the need of a complete treatment as much as highlight the need of special attention to the cases where the patient has a comorbidity due to a higher chance of complication and death.

KEYWORDS: Tuberculosis; Epidemiology; Prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose, também conhecida como TB, é uma doença contagiosa causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo uma das patologias mais antigas conhecidas e também uma causa de morte importante em todo o mundo.⁸ É uma doença ainda negligenciada do Brasil e que tem grande relação a aspectos socioeconômicos e culturais. Detém de um alto poder de contágio devido a carga bacilífera que a pessoa na fase ativa da doença possui, sendo

transmitida por gotículas de saliva através da fala, tosse, espirro e expectoração.^{2,8} Pode ser classificada em pulmonar, miliar e extrapulmonar, sendo as formas clínicas mais comuns a pulmonar, a pleural e ganglionar, que são formas extrapulmonar.^{2,8} Tem como principais sinais e sintomas a tosse persistente, podendo ser produtiva ou não, por mais de 3 semanas, febre ao entardecer, perda de peso e sudorese noturna.² Segundo o Ministério da Saúde em 2019 o Brasil registrou 73.864 casos e apesar de ser uma patologia curável, esse grande número se justifica também pelo abandono ao tratamento, refletindo dessa forma na situação de cidades como o município de Araguaína-TO.⁶

2 | OBJETIVOS

- Descrever a prevalência da tuberculose no município de Araguaína no período de 2010 a 2019;
- Avaliar a evolução epidemiológica da doença no período de 10 anos;
- Analisar o perfil epidemiológico dos doentes como idade, sexo, formas da doença e condições associadas e buscar justificá-las;
- Identificar o desfecho dos casos, assim como as as possíveis causas para ele.

3 | METODOLOGIAS

Para essa pesquisa foi realizado um estudo epidemiológico descritivo com dados obtidos da plataforma DataSUS, sobre a tuberculose, onde o sujeito de pesquisa foi a população residente no município de Araguaína-TO no período de 2010 a 2019. Foram exploradas variáveis como idade, sexo, formas da doença, condições associadas e o desfecho dos casos, coletadas do site DataSUS a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) através do aplicativo TABNET, do Ministério da saúde. Os dados obtidos foram organizados e feita a verificação e comparação dos números coletados no período de 10 anos, verificando dessa forma a evolução epidemiológica da doença no município.

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

No presente estudo ilustrado pelo Gráfico 1, é possível verificar que o município de Araguaína-TO notificou um total de 454 casos de tuberculose no período de 2010 a 2019. É notável que no período de 2011 a 2015 houve uma discreta redução, no entanto no ano de 2016 o número de casos voltou a subir

atingindo nesse mesmo ano a maior taxa de notificação, seguindo até o ano de 2019 sem muitas alterações. Esses dados são de grande relevância e preocupação visto que segundo a OMS a meta era a redução da doença em 90% da incidência no período de 2015 a 2035, mostrando essa redução como um grande desafio para a saúde pública do Brasil.¹⁰

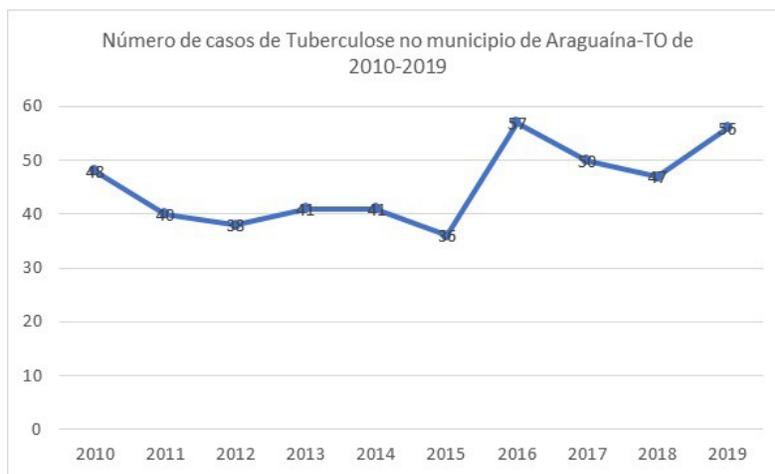


Gráfico 1

Conforme o Gráfico 2, é possível notar uma maior prevalência no sexo masculino, totalizando 288 notificações, não existindo um motivo esclarecido para tal resultado, que, no entanto, pode estar relacionado a aspectos socioeconômicos, culturais e de exposição ao bacilo.³ Em relação a faixa etária o Gráfico 3 mostra que, a idade em que a doença se mostrou mais prevalente foi a de 20-39 anos com 177 casos, seguido pela faixa de 40-59 com 142. Tal acontecimento poderia ser explicado pela maior exposição ao patógeno, ser uma faixa etária economicamente ativa e pelo envolvimento de condições como o tabagismo, alcoolismo, diabetes e outras que adquirem a esse grupo fatores de risco.³

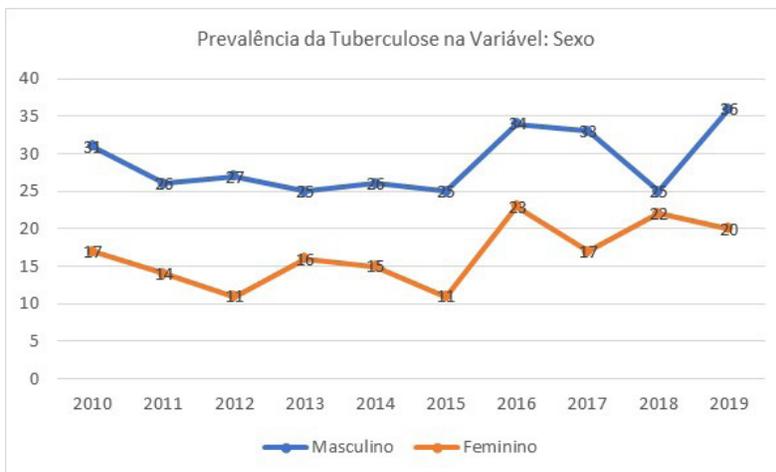


Gráfico 2

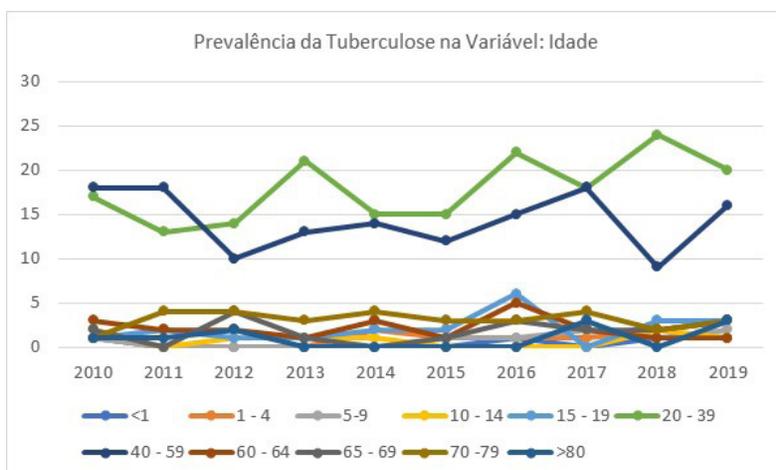


Gráfico 3

Além disso, o Gráfico 4 expõe qual forma da doença tem maior prevalência, sendo essa a pulmonar com 371 casos. Sabe-se que o bacilo causador dessa patologia tem uma maior preferência pelos ápices pulmonares, devido a melhor condição de colonização, crescimento e transmissão, explicando assim um maior número dessa forma.⁹ Seguidos da forma pulmonar estão a pleural com 32 casos, a ganglionar com 18, óssea com 7, ocular e miliar com 3, geniturinária com 1, meningoencefálica com 1 e outras causas com 6. As formas cutânea e laringea não registraram nenhum caso neste período.

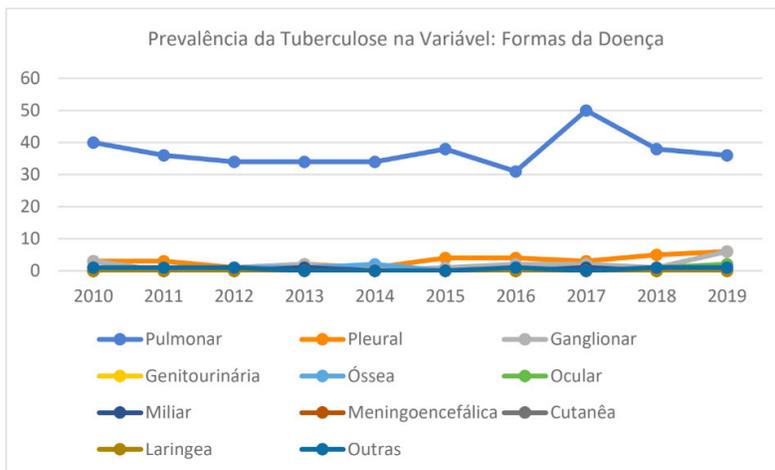


Gráfico 4

Com relação às condições associadas, o Gráfico 5 analisa os fatores de risco associados à doença, sendo o alcoolismo o mais prevalente com 46 casos. Não se sabe ainda o real motivo dessa associação levar ao aumento do risco, no entanto acredita-se que pode estar ligada a sequelas geradas pelo transtorno do uso do álcool, como danos hepáticos e deficiência nutricional, fatores sociais como aglomerações e além disso estudos mostram que o alcoolismo altera significativamente a resposta imune, aumentando dessa forma a vulnerabilidade às doenças como a tuberculose.¹¹

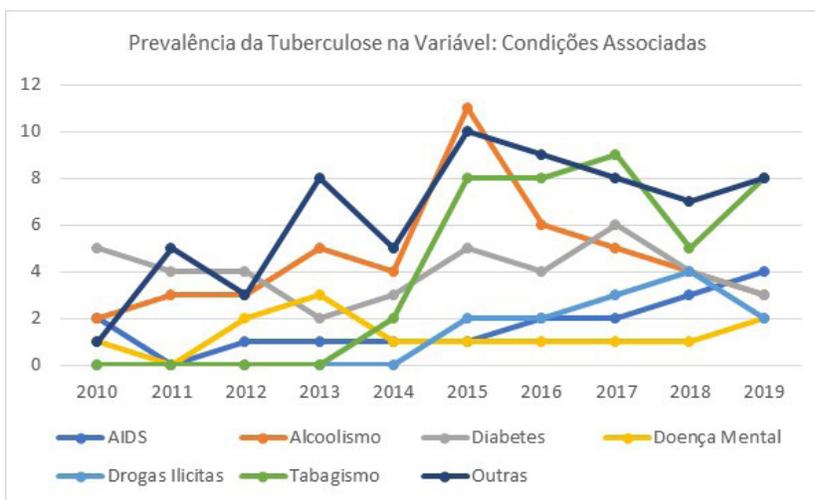


Gráfico 5

Assim como o alcoolismo, a diabetes mal controlada aumenta a suscetibilidade a tuberculose por ter efeitos indiretos sobre os macrófagos e linfócitos, alterando a resposta imunológica, justificando assim os 40 casos notificados. Deve se expor ainda, que não só a diabetes aumenta o risco para a tuberculose, como o contrário também pode ocorrer devido a TB prejudicar temporariamente a tolerância a glicose.¹¹ O tabagismo tal como a diabetes teve 40 casos nesse período, tendo relação com a tuberculose pela disfunção ciliar e redução da resposta imune por defeitos na resposta do macrófago e diminuição da contagem de CD4.¹¹

Seguidas dessas, foram registrados 17 casos que tinham a AIDS como condição associada, que ocorre em consequência ao comprometimento imunológico gerado pelo vírus facilitando o aparecimento de doenças oportunistas como a tuberculose;¹ 13 com doenças mentais, não existindo ainda estudos que justifiquem os mecanismos da relação entre as duas enfermidades, mas, que, no entanto mostram que ela pode piorar o prognóstico da TB, aumentando a severidades dos sintomas e extendendo o tempo de tratamento;⁴ 13 faziam uso de alguma droga ilícita, que se justifica como fator de risco devido ao estilo de vida e os riscos aos quais essas pessoas se expõe e 64 casos com outras condições não informadas.¹¹

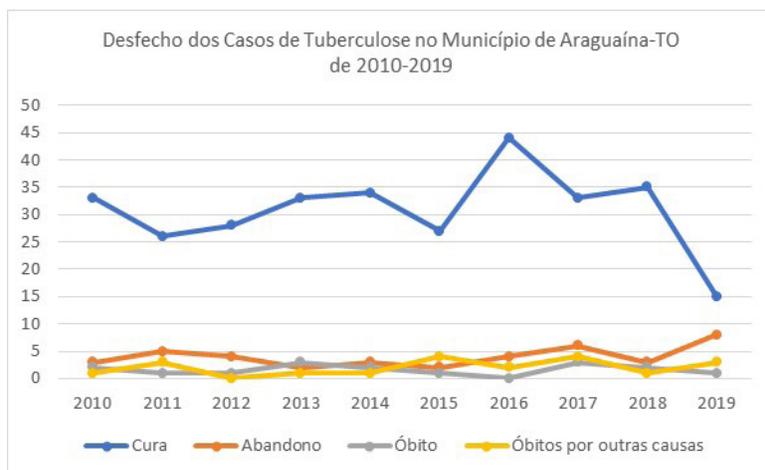


Gráfico 6

Para o desfecho dos casos, o Gráfico 6 mostra que 308 casos tiveram como fim a cura, isso representa 67,8% de cura do total de notificações feitas nesse período de 10 anos, um dado preocupante visto que segundo a OMS a meta a ser alcançada é de 95% de cura até 2035.¹⁰ Outro dado preocupante é o número do abandono ao tratamento, que foi de 40 pacientes. Pode-se justificar esse abandono devido ao longo tempo de tratamento, a melhora clínica que causa uma sensação

de cura antes do término, efeitos colaterais, aspectos culturais e sociais como baixa escolaridade e o maior número de casos serem do sexo masculino, grupo que tem maior incidência no abandono do tratamento.⁷ Foram contabilizados 16 óbitos causados pela tuberculose e 20 por outras causas associadas.

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se a importância que os dados têm em auxiliar na formação de medidas preventivas, visando levar informação sobre a doença e a necessidade de um tratamento completo. Por meio destes, é possível identificar os sujeitos mais suscetíveis a adquirir a doença, planejar campanhas visando a prevenção e consolidando na população a importância de seguir todo o tratamento, visto que um tratamento não concluído gera riscos não só ao doente como a contaminação de toda uma população. Além do mais mostra-se a imprescindibilidade de destacar a necessidade de uma atenção especial aos casos em que se tem uma condição associada, devido a uma maior chance de desenvolver a doença, ter complicações e ir a óbito.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Eric Lima; LEVINO, Antônio. **Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 4, n. 4, p. 57-66, 2013.
2. BERTOLOZZI, Maria Rita et al. **O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública.** Revista de Medicina, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.
3. COZER, Andressa Meline et al. **Panorama Epidemiológico da Tuberculose no Brasil Epidemiological Surveillance of Tuberculosis in Brazil.** Revista Educação em Saúde, v. 4, n. 2, 2016.
4. DE ARAÚJO, Gleide Santos; PEREIRA, Susan Martins; DOS SANTOS, Darci Neves. **Revisão sobre tuberculose e transtornos mentais comuns.** Gestão e Saúde, v. 5, n. 2, p. pag. 716-726, 2014.
5. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Informações de saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercto.def> . Acesso em: 07 de julho de 2020.
6. FRASÃO, Gustavo. **Brasil reduz em 8% o número de mortes por tuberculose na última década.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46592-brasil-reduz-em-8-o-numerode-mortes-por-tuberculose-na-ultima-decada#:~:text=Nesta%20ter%C3%A7a%20feira%20\(24\),mil%20casos%20novos%20da%20doen%C3%A7a.](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46592-brasil-reduz-em-8-o-numerode-mortes-por-tuberculose-na-ultima-decada#:~:text=Nesta%20ter%C3%A7a%20feira%20(24),mil%20casos%20novos%20da%20doen%C3%A7a.) . Acesso em: 07 de julho de 2020.

7. GARCIA, Leila Posenato et al. **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos**. Texto para Discussão, 2011.
8. KASPER, Dennis L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 19 ed. Porto Alegre : AMGH, 2017.
9. KOZAKEVICH, Gabriel Vilella; DA SILVA, Rosemeri Maurici. **Tuberculose: revisão de literatura**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 44, n. 4, p. 34-47, 2016.
10. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. e0200007, 2018.
11. SILVA, Denise Rossato et al. **Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas**. J Bras Pneumol, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

EDSON DA SILVA - 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 (2017-2018). É docente 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, de saúde e de educação. 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. É Editor da Revista Brasileira de Extensão Universitária (RBEU).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescente 38, 67, 70, 71, 72, 73, 77, 140, 147, 150, 153, 155, 160

Aleitamento materno 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 50, 52, 53, 54, 55, 56

Alojamento conjunto 28, 29, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57

Atenção básica 13, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 46, 60, 64, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 106, 113, 115, 116, 117, 118, 124, 125, 126, 127, 144, 153, 186, 206, 211, 219, 220, 221, 222, 226, 229, 233, 234, 239, 248, 249

Autolesão 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163

C

Capacitação 46, 88, 187, 217, 236, 239, 242, 246, 247

Consequências 3, 11, 77, 78, 96, 105, 174, 178, 179, 181, 184, 185, 186

Consórcio de saúde 26

Cuidado pré-natal 59

Cuidados de enfermagem 50, 53, 54

D

Depressão pós-parto 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93

Doenças ocupacionais 177, 178, 179, 180, 181, 184, 188, 189

E

Educação em saúde 9, 12, 39, 45, 46, 50, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 104, 113, 140, 141, 142, 144, 162, 209, 214, 217, 218, 227

Epidemiologia 1, 12, 82, 139, 147, 169, 251, 258

Equidade em saúde 40

Exame Papanicolau 40, 43

G

Gestantes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 36, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 68, 70, 71, 78, 79, 90, 103, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 114, 130, 134, 138, 213

Gravidez 1, 3, 16, 19, 59, 60, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 84, 102, 128, 130, 131, 132, 133, 140, 141, 142, 143, 215

Gravidez de alto risco 59

H

Homeopatia 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206,

207, 229

I

Imigrantes 15, 16, 17, 21, 23, 24

Intervenção 3, 15, 17, 18, 19, 25, 41, 99, 118, 140, 142, 143, 144, 162, 180, 208, 209, 213, 215, 216, 217, 218

L

Leishmaniose tegumentar americana 236, 237, 238, 239, 246

Leite humano 26, 28, 30, 96

M

Medicina comunitária 220

Mortalidade infantil 27, 97, 129, 132, 136, 137, 138

Mortalidade neonatal precoce 129, 131, 132, 133, 136

N

Neonatal 2, 12, 28, 38, 56, 57, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 108, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 176

P

Papillomaviridae 147

Planejamento familiar 89, 140, 141, 142, 143, 144

Práticas discursivas 115, 116, 118, 127

Profissionais de enfermagem 177, 178, 179, 180, 184, 185, 186, 188, 189

Profissionais de saúde 3, 21, 22, 27, 28, 30, 42, 45, 48, 56, 99, 101, 137, 144, 153, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 185, 190, 192, 193, 218, 219, 221, 225, 228, 229, 231, 233, 234, 236, 239, 240, 241, 245, 246

R

Recém-nascido 3, 28, 58, 62, 65, 94, 95, 97, 100, 101, 102, 108, 124, 130, 132, 136

Recursos humanos em saúde 236

Relações mãe-filho 94

Ressaca 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 82

S

Saúde da mulher 3, 27, 40, 43, 47, 58, 61, 124, 125, 148, 149

Saúde do adolescente 140

Saúde do homem 115, 117, 124, 125, 127

Serviços de saúde 8, 9, 21, 27, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 60, 63, 97, 106, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 136, 143, 156, 161, 185, 223, 228, 231

Sífilis 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114

Staphylococcus aureus 164, 165, 166, 175, 176

T

Treponema pallidum 103, 104, 108

Tuberculose 246, 250, 251, 252, 255, 256, 257, 258

U

Unidade de saúde da família 190, 193, 194, 205, 220, 222, 223, 224

V

Vigilância 2, 9, 11, 12, 13, 65, 103, 104, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 137, 139, 154, 155, 157, 186, 239, 240, 248

Violência doméstica 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e

Qualificação do Profissional

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e

Qualificação do Profissional