

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



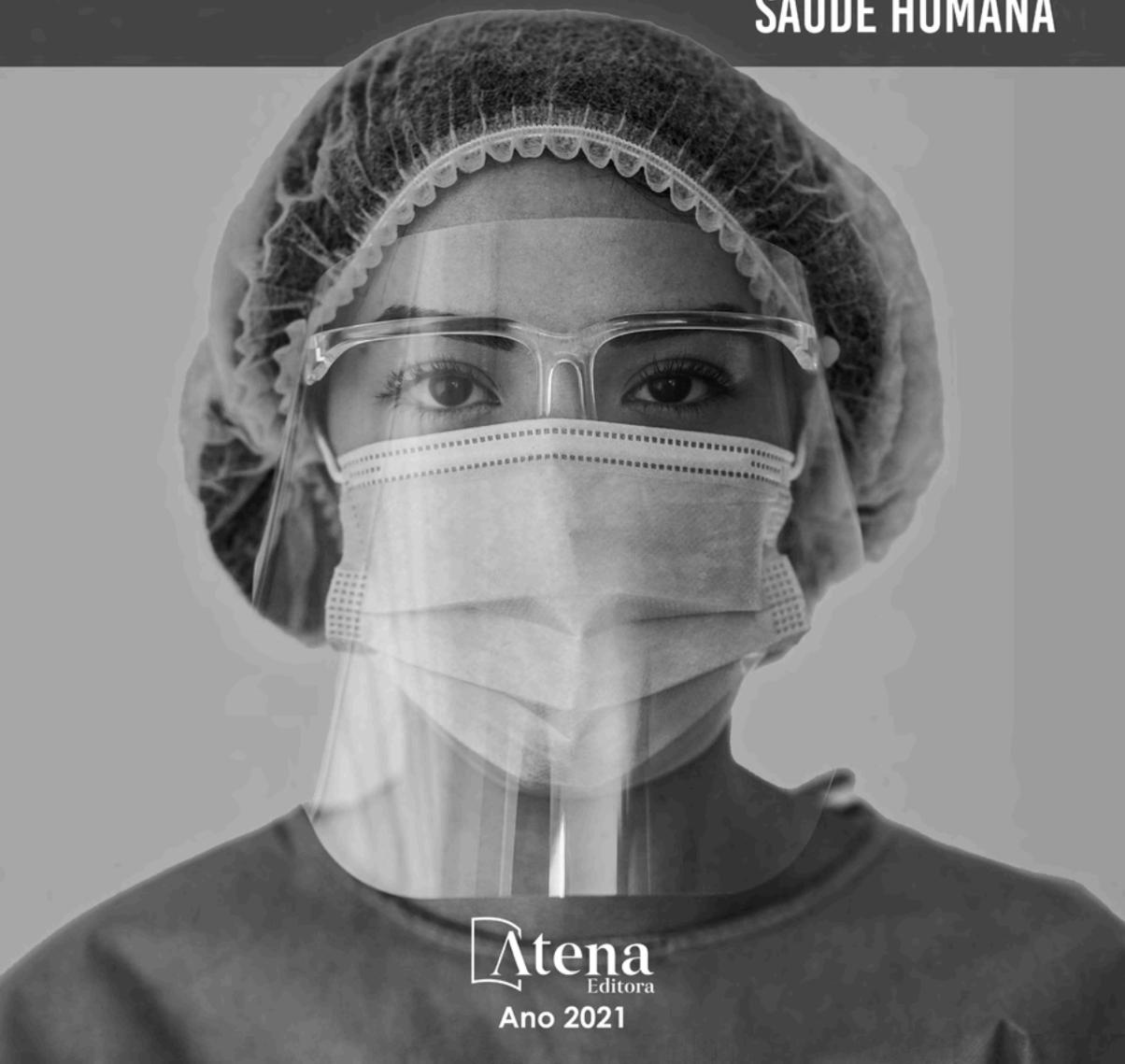
Atena
Editora

Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



Atena
Editora

Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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 com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da 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

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – 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
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
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
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
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. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Rio de Janeiro
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
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
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
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª 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
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª 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
Profª Drª 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
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federac 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
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
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. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
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
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
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

Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-481-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.815211709>

1. Ciências da Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

Este e-book intitulado “Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana” leva ao leitor um retrato da diversidade conceitual e da multiplicidade clínica do binômio saúde-doença no contexto brasileiro indo ao encontro do versado por Moacyr Scliar em seu texto “História do Conceito de Saúde” (PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007): “O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”

Neste sentido, de modo a dinamizar a leitura, a presente obra que é composta por 107 artigos técnicos e científicos originais elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o país, foi organizada em cinco volumes: em seus dois primeiros, este e-book compila os textos referentes à promoção da saúde abordando temáticas como o Sistema Único de Saúde, acesso à saúde básica e análises sociais acerca da saúde pública no Brasil; já os últimos três volumes são dedicados aos temas de vigilância em saúde e às implicações clínicas e sociais das patologias de maior destaque no cenário epidemiológico nacional.

Além de tornar público o agradecimento aos autores por suas contribuições a este e-book, é desejo da organização desta obra que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar novos estudos e contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas em saúde em nosso país. Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A COBERTURA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INDICADOR NOS GASTOS COM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NO BRASIL

Graziela Liebel

Anita Maria da Rocha Fernandes

Stella Maris Brum Lopes

Alfredo Chaoubah

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117091>

CAPÍTULO 2..... 12

A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Evan Pereira Barreto

Mellina da Silva Gonçalves

Rita Maria Fernandes Leal Moreira Cacemiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117092>

CAPÍTULO 3..... 24

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

Elisabete Calabuig Chapina Ohara

Carolina Chapina Fernandes Chiarini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117093>

CAPÍTULO 4..... 35

A MATEMÁTICA E OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR NOS PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DE MAJOR GERCINO-SC E BOTUVERÁ-SC

Nilton Rosini

Solange Aparecida Zancanaro Opermann Moura

Ivonir Zanatta Webster

Marcos José Machado

Edson Luiz da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117094>

CAPÍTULO 5..... 41

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Yolanda Rakel Alves Leandro Furtado

Érika Roméria Formiga de Sousa

Anna Thays Leal de Sousa

Tainá Alves de Souza

Keila Formiga de Castro

Isabela Macêdo Alves

Fernanda Ribeiro da Silva

Arycelle Alves de Oliveira

Camila Bezerra Nunes Sousa

Michele Silva dos Santos
Francisca Karina Alves de Araújo
Ana Márcia Ventura da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117095>

CAPÍTULO 6..... 54

ACESSO À SAÚDE BUCAL NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Louane Marcelle Maia Vieira Freitas Soares
Clovis Stephano Pereira Bueno
Karlla Almeida Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117096>

CAPÍTULO 7..... 67

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO DIABETES MELLITUS NO NOROESTE DE MINAS GERAIS SEGUNDO INTERNAÇÕES, MORTALIDADE E CUSTOS

Isabela Oliveira Gomes
Andrey Alves de Faria Silva
Mariana Brandão Soares Sousa
Henrique Nunes Pereira Oliva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117097>

CAPÍTULO 8..... 78

APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ESTUDANTES DO IFMS/CAMPUS NOVA ANDRADINA

Izabeli de Souza Rocha
Daniela Bulcão Santi
Dalva Teresinha de Souza Zardo Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117098>

CAPÍTULO 9..... 90

ATRASO VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE ATÉ DOIS ANOS NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

Mhayara Cardoso dos Santos
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Elton Junio Sady Prates
Fernanda Penido Matozinhos
Sheila Aparecida Ferreira Lachtim
Ed Wilson Rodrigues Vieira
Tércia Moreira Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8152117099>

CAPÍTULO 10..... 101

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO PROFILÁTICO NA HEMOFILIA NO PROGRAMA DOSE DOMICILIAR EM SERGIPE

Weber de Santana Teles
Camilla Costa
Marcela Dias Aguiar Dionísio

Paulo Celso Curvelo Santos Junior
Ruth Cristini Torres
Rute Nascimento da Silva
Alejandra Debbo
Max Cruz da Silva
Ana Fátima Souza Melo de Andrade
Ângela Maria Melo Sá Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170910>

CAPÍTULO 11..... 116

AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA

Igor Antonio Santana de Souza Muniz
Dinah Alencar Melo Araujo
Lígia Gervásio de Moura
Maria de Fátima Sousa Barros Vilarinho
Matheus Henrique da Silva Lemos
Nisleide Vanessa Pereira das Neves
Tamires da Cunha Soares
Ticianne da Cunha Soares
Romélia Silva de Sousa
Gilvânia da Conceição Rocha
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170911>

CAPÍTULO 12..... 127

AVALIAÇÃO DE LESÕES DURANTE A PRÁTICA ESPORTIVA DO CROSSFIT

Tiago Rodrigues de Lemos Augusto
Fernanda Guerreiro de Paula
Rodrigo Koch
Wallace Moura Prado
Bruno Aparecido Matos Rodrigues
Wesley Marlon Serafim Xavie
Gisele Leite de Abreu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170912>

CAPÍTULO 13..... 130

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA PUERICULTURA: RELATO DE EXPERIENCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Josué Barbosa Sousa
Denise Bermudez Pereira
Adrize Rutz Porto
Rosane de Oliveira Braga
Cristina Bossle de Castilhos
Maria Laura Silveira Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170913>

CAPÍTULO 14..... 137

BARREIRAS ENFRENTADAS NO MANEJO DA DOR PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Claudia de Souza Leite
Tainá da Silva Carmo
Francisco Savio Machado Lima Gabriel
Isadora Gomes Mendes
Nathalia Maria Lima de Souza
Samara Jesus Sena Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170914>

CAPÍTULO 15..... 151

GERONTOTECNOLOGIAS CUIDATIVAS: COMPREENSÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

Francine Casarin
Betânia Huppes
Lorena Alves Fiorenza
Victória dos Santos Stringuini
Luciana Carvalho de Pires
Bruna Rodrigues Maziero
Silomar Ilha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170915>

CAPÍTULO 16..... 163

DESAFIOS PARA O ALCANCE DAS METAS DE COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS NO BRASIL: UM CHAMADO À AÇÃO

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Elton Junio Sady Prates
Mhayara Cardoso dos Santos
Fernanda Penido Matozinhos
Sheila Aparecida Ferreira Lachtim
Ed Wilson Rodrigues Vieira
Tércia Moreira Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170916>

CAPÍTULO 17..... 177

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE: O LIVRO PARADIDÁTICO COMO PROPOSTA PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

Audricléa Viana Frota
Maria da Conceição Silva e Souza
Danielle Barreto de Almeida
Priscila Danzi da Costa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170917>

CAPÍTULO 18..... 193

ENVELHECIMENTO, DOENÇA DE ALZHEIMER E OS CUIDADOS PALIATIVOS:

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NESSE CONTEXTO

Francine Casarin
Betânia Huppés
Lorena Alves Fiorenza
Victória dos Santos Stringuini
Luciana Carvalho de Pires
Bruna Rodrigues Maziero
Jane Beatriz Limberger
Tereza Cristina Blasi
Silomar Ilha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170918>

CAPÍTULO 19.....208

EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DETECÇÃO, PREVENÇÃO E MANEJO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Olvani Martins da Silva
Edir Cervinski
Gabrieli Bieger
Morgana Cristina Nardi
Bruna Chiossi Presoto
Gabriele Cristine Metzger
Francielli Girardi
Fabiane Pertille

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170919>

CAPÍTULO 20.....224

ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Ana Claudia de Souza Leite
Isadora Gomes Mendes
Tainá da Silva Carmo
Francisco Savio Machado Lima Gabriel
Samara Jesus Sena Marques
Nathalia Maria Lima de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170920>

CAPÍTULO 21.....236

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES

Patricia Wottrich Parenti
Lucia Cristina Florentino Pereira da Silva
Evelyn Priscila Santinon Sola
Kelly Cristina Pereira Máxima Venâncio
Fernanda Marçal Ferreira
Joyce da Costa Silveira de Camargo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170921>

CAPÍTULO 22.....252

FENÔMENOS DE *SCHOOL SHOOTINGS*: UMA CONTRAPOSIÇÃO ENTRE COLUMBINE E REALENGO

Jéssica Eloí Barros Portilho Fonseca
Clara da Cunha Ferreira Santos
Raissa Thaynana Torres Vale
Anna Marieny Silva de Sousa
Francisco de Assis Alves Guida Júnior
Anna Beatriz Trindade Lopes
João Pedro de Araújo Carvalho
Ana Carla Cardoso Costa
Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170922>

CAPÍTULO 23.....264

IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE FORTALECE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Fabiana Aparecida Toneto Paniagua
Geraldo Reple Sobrinho
Ana Paula Sebastião Domingues Furigo
Helaine Balieiro de Souza
Imara Martins dos Santos
Keila da Silva Oliveira
José Ailton Alves de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81521170923>

SOBRE O ORGANIZADOR.....274

ÍNDICE REMISSIVO.....275

CAPÍTULO 1

A COBERTURA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INDICADOR NOS GASTOS COM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NO BRASIL

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 09/06/2021

Graziela Liebel

Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho
Itajaí – SC
<http://lattes.cnpq.br/0194075202399588>

Anita Maria da Rocha Fernandes

Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado em Computação Aplicada
Itajaí – SC
<http://lattes.cnpq.br/8716094042714766>

Stella Maris Brum Lopes

Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho Itajaí – SC
<http://lattes.cnpq.br/5699412479673662>

Alfredo Chaoubah

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva
Juiz de Fora – MG
<http://lattes.cnpq.br/1454907350838588>

RESUMO: Compreender a importância da Cobertura pela Estratégia Saúde da Família para o enfrentamento das iniquidades em saúde, mostra-se relevante na atual situação político econômica de contingenciamentos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a influência da cobertura pela Estratégia Saúde da Família nos gastos com

diagnóstico por imagem de alta complexidade por macrorregiões de saúde no período de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo ecológico analítico. Os dados foram obtidos por meio do departamento de informática do SUS. O recorte geográfico foi composto por 104 macrorregiões do período de 2008 a 2017. Obteve-se média e desvio-padrão. Para avaliação da associação entre as variáveis explicativas e o desfecho (gasto per capita) foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson e regressão linear múltipla. Estabelecendo-se significância estatística de 5%. Os resultados desta pesquisa indicam correlações inversamente proporcionais, o que significa, que quanto maior a presença de Cobertura pela ESF menor são os gastos com diagnóstico por imagem de alta complexidade. Quanto ao número de médicos nas regiões, foi possível observar que quanto maior a presença de Cobertura pela ESF, menor a presença de médicos nas macrorregiões ao longo dos anos. O modelo de regressão linear múltipla apresenta R^2 médio de 0,567. Conclui-se que a cobertura pela ESF demonstrou reduzir os gastos ambulatoriais com diagnóstico por imagem de alta complexidade. Ao mesmo tempo a presença de médicos mostrou-se desproporcional em relação a Cobertura pela ESF. Isso pode ser explicado pela crônica escassez dessa categoria no território. Principalmente em regiões mais precárias. Não bastam investimentos na capilaridade, mas na qualidade da assistência. Pois, nesse contexto, é possível avançar para otimização de recursos financeiros e na efetividade das ações em saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da

COVERAGE BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY AS AN INDICATOR OF EXPENDITURE ON IMAGING DIAGNOSIS IN BRAZIL

ABSTRACT: Understanding the importance of coverage by the Family Health Strategy to face health inequities is relevant in the current political and economic situation of contingencies. The objective of this research was to evaluate the influence of coverage by the Family Health Strategy on expenditures with high complexity imaging diagnosis by health macro-regions in the period 2008 to 2017. This is an ecological analytical study. Data were obtained through the SUS IT department. The geographic cut was composed of 104 macro-regions from 2008 to 2017. Mean and standard deviation were obtained. To assess the association between the explanatory variables and the outcome (expenses per capita), Pearson's Correlation Coefficient and multiple linear regression were used. Establishing statistical significance of 5%. The results of this research indicate inversely proportional correlations, which means that the greater the presence of coverage by the FHS, the lower the expenses with high-complexity imaging diagnosis. As for the number of physicians in the regions, it was possible to observe that the greater the presence of coverage by the FHS, the smaller the presence of physicians in the macro-regions over the years. The multiple linear regression model presents a mean R² of 0.567. It is concluded that coverage by the ESF has been shown to reduce outpatient costs with high-complexity imaging diagnosis. At the same time, the presence of physicians was disproportionate in relation to coverage by the ESF. This can be explained by the chronic scarcity of this category in the territory. Mainly in more precarious regions. Investments in capillarity are not enough, but in the quality of care. In this context, it is possible to advance towards the optimization of financial resources and the effectiveness of health actions in Brazil.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Health Information Systems. Diagnostic Imaging. Unified Health System

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um processo gradativo, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a forma brasileira de organizar a Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60% (ALESSIO, 2015), e com isso, trouxe impactos positivos na saúde da população, além de fortes evidências que demonstram que os resultados da ESF são muito superiores se comparados, por exemplo, ao modelo tradicional da APS no SUS (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MENDES, 2012).

No entanto, a efetivação do Sistema depende da consolidação de fatores estruturantes, como a articulação de uma rede de atenção regional que garanta o acesso aos diferentes níveis de atenção, com adequado financiamento. A ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio da APS, permitiu uma transformação na gestão, com maior

participação da esfera municipal no sistema. Embora importante no fortalecimento da APS, a municipalização não é capaz de contemplar a integralidade da atenção, uma vez que as demandas em saúde são complexas e necessitam de maior articulação dos gestores, em âmbito regional, organizados sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e financiamento adequado (LIM *et al.*, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Estudos realizados em países industrializados que avaliam a provisão de serviços de saúde têm demonstrado vantagens, quando os sistemas nacionais de saúde são orientados a partir de serviços de atenção primária (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; STARFIELD, 1998). O estudo realizado por Schafer *et al.* (2011) sobre a Qualidade e Custos da Atenção Básica na Europa (QUALICOPC) encontrou forte associação entre a APS e melhores indicadores de saúde na população, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde, e esse impacto foi ainda maior para as pessoas portadores de doenças crônicas. Estudos realizados em países de média e baixa renda mostraram resultados semelhantes, reforçando a importância de investimento adequado na atenção primária (KRINGOS *et al.*, 2013; HANSEN *et al.*, 2015; KRUK *et al.*, 2010).

Apesar da importante expansão da ESF nos últimos anos, o Brasil enfrenta ainda grandes desafios, cabendo citar a garantia de atendimento à demanda de padrões de saúde e tecnologia do século XXI com fundos que permanecem abaixo do que as nações desenvolvidas investiram há 30 anos. Já é possível dizer que a oferta de serviços primários de saúde, cuidados médicos e as relações contínuas entre pacientes e seus clínicos gerais estão associados à redução dos custos totais do cuidado em saúde (SCHAFER *et al.*, 2011; FERRAZ, 2015).

Nesse sentido, os gastos em saúde têm sido uma preocupação não somente do Brasil, mas mundial, diante da escassez de recursos financeiros para o atendimento das demandas em saúde, em conformidade com a garantia regular de tais demandas/necessidades. Um dos setores mais afetados tem sido o do acesso às tecnologias de diagnóstico por imagem.

Desde o final dos anos 90, o uso de modalidades avançadas de diagnóstico por imagem aumentou significativamente nos EUA, superando a taxa de aumento dos gastos médicos em geral, em que todos os serviços médicos cresceram 31%, enquanto os diagnósticos por imagem aumentaram 62%, cerca de duas vezes mais (MITCHELL; LAGALIA, 2009).

Estudos discutem a sobrecarga da alta complexidade com avassalador aumento da tecnologia e conseqüente aumento no acesso, oferta sinalizada pelo pagamento por produção e demanda de usuários, o que pode comprometer a qualidade e resolutividade das necessidades em saúde, em virtude dos crescentes gastos e da escassez de recursos (SMITH-BINDMAN; MIGLIORETTI; LARSON, 2008; DILÉLIO *et al.*, 2014).

Compreender a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o

enfrentamento das iniquidades em saúde mostra-se relevante na atual situação político econômica de contingenciamentos. Por sua vez, o diagnóstico por imagem de alta complexidade se destaca como um indicador de gastos importante no contexto do SUS. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a influência da cobertura pela ESF nos gastos com diagnóstico por imagem de alta complexidade por macrorregiões de saúde no período de 2008 a 2017.

2 | METODOLOGIA

Esse é um estudo ecológico exploratório, abrangendo as 104 macrorregiões de saúde do Brasil para o ano de 2017. Empregou-se a análise dos valores gastos de diagnóstico por imagem de alta complexidade nos anos de 2008 a 2017 no SUS e da cobertura pela ESF.

Utilizou-se da base de dados administrativos dos seguintes sistemas de informação do Departamento de Informática do Sistema Único do Brasil (Datasus): Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), Assistência à Saúde; Sistema Informação Hospitalar Serviços profissionais (SIH/SP), Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES/Datasus), Rede assistencial e Censo Demográfico de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Os procedimentos de diagnóstico por imagem de alta complexidade são controlados por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), sendo financiada com recursos do limite financeiro de Média e Alta complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2008). Os valores das APACs integram o conjunto de dados do SIA que é responsável por todos os serviços e procedimentos ambulatoriais, como consultas médicas e exames diagnósticos por imagem, procedimentos clínicos e cirúrgicos, fisioterapia, acupuntura, reabilitação e outros procedimentos registrados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) (BRASIL, 2008).

Os dados de custos dos procedimentos de diagnóstico por imagem de alta complexidade foram obtidos por meio do SIA e SIH serviços profissionais, valor aprovado em reais. Os valores foram atualizados utilizando o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para dezembro de 2018.

Fizeram parte do estudo os procedimentos de maior impacto econômico tais como: radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; tomografia computadorizada; ressonância magnética; medicina nuclear in vivo; radiologia intervencionista, combinados em uma única categoria de imagem, denominando assim como variável de interesse gasto per capita com diagnóstico por imagem de alta complexidade.

Para avaliar a influência da cobertura pela ESF nos gastos com diagnóstico por imagem de alta complexidade por macrorregiões de saúde no período de 2008 a 2017,

optou-se por conhecer duas características de estrutura dos serviços de saúde – número de médicos por mil habitantes e cobertura populacional pela ESF –, por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de equipes Sf } 3000 \text{ pessoas (n}^{\circ} \text{ médio estimado de pessoas cadastradas por equipe)} \times 100}{\text{total da população do município (população macrorregiões de saúde)}}$$

Quanto aos gastos, assumiu-se os gastos registrados no SIA/SIH - SUS como proxy dos gastos em diagnóstico por imagem no Brasil, por considerar que os dados de gastos foram extraídos de uma base de dados administrativa que não registra todos os custos de procedimentos realizados.

2.1 Método Estatístico

Os dados foram apresentados por média e desvio-padrão. Para avaliação da associação entre as variáveis explicativas e o desfecho (gasto per capita) foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson e regressão linear múltipla. Estabelecendo-se significância estatística de 5%. Os cálculos foram realizados com auxílio do software livre R como suporte a análise estatística.

3 | RESULTADOS

Na caracterização das variáveis podemos observar que o gasto médio per capita com diagnóstico por imagem de alta complexidade nas macrorregiões de saúde brasileiras, numa análise descritiva da população total do estudo, apresentou elevação ao longo do período avaliado, partindo de 2008 com R\$ 3,26 (DP 1,94 reais), seguindo com queda em 2015 em relação a 2014 com R\$ 5,46 (DP 2,46 reais) e alta novamente em 2017 R\$ 5,81 (DP 3,08 reais). Já a média da população estimada das macrorregiões de saúde cresceu discretamente ao longo de dez anos, de 1.823.200,13 habitantes (DP 2.135.049,90 habitantes) para 1.996.739,70 habitantes (DP 2.302.490,20 habitantes). Em 2008, o PIB per capita da macrorregião de saúde médio era de R\$ 24 mil (DP 14,81 reais) e em 2017, de R\$ 25 mil (DP 14,69 reais). Quanto aos médicos no ano de 2008, identificamos um aumento no quantitativo com leve queda para o ano de 2011 em relação a 2010, em que 2008 apresentou 1,12 médicos (DP 0,55) para cada mil habitantes da macrorregião de saúde, 2011 observou-se 1,20 (DP 0,60) e 2017 com 1,51 médicos (DP 0,68). No que se refere a Cobertura pela ESF também identificamos aumento entre 2008 e 2017. No ano de 2008 tínhamos 57,94% (DP 24,37) e em 2017, 71,90% (DP 22,66) das macrorregiões de saúde no Brasil eram cobertas pela ESF (Tabela 1).

	Média (Desvio Padrão)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
População estimada	1,82e+6 (2,13e+6)	1,84e+6 (2,15e+6)	1,83e+6 (2,15e+6)	1,84e+6 (2,17e+6)	1,86e+6 (2,18e+6)	1,93e+6 (2,24e+6)	1,94e+6 (2,25e+6)	1,96e+6 (2,27e+6)	1,98e+6 (2,28e+6)	1,99e+6 (2,30e+6)
Gasto per capita diag. Imagem	3,26 (1,94)	3,80 (2,16)	4,35 (2,49)	4,77 (2,74)	5,03 (2,74)	5,23 (2,77)	5,66 (2,92)	5,46 (2,97)	5,62 (2,93)	5,81 (3,08)
Médicos*	1,12 (0,55)	1,17 (0,57)	1,22 (0,60)	1,20 (0,60)	1,25 (0,63)	1,28 (0,61)	1,28 (0,61)	1,39 (0,63)	1,44 (0,66)	1,51 (0,68)
Cobertura Estratégia Saúde da Família	57,94 (24,37)	59,49 (25,06)	61,64 (25,14)	62,15 (24,78)	63,50 (23,92)	63,97 (24,51)	68,97 (23,79)	70,68 (22,95)	70,46 (22,47)	71,90 (22,66)

Legenda: ESF: Estratégia Saúde da Família.

*por mil habitantes.

Tabela 1: Caracterização do Gasto per capita com diagnóstico por imagem de alta complexidade e a Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: Datasus (2017).

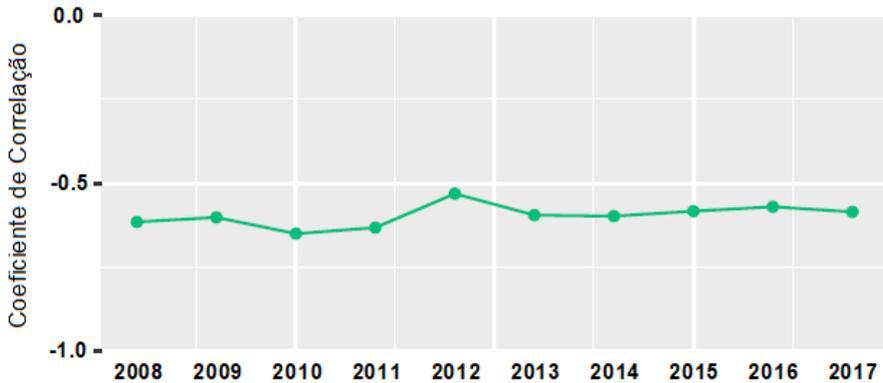


Figura 1: Análise de correlação entre o gasto per capita com diagnóstico por imagem e a cobertura pela Estratégia Saúde da Família de 2008 a 2017.

Fonte: Datasus (2017).

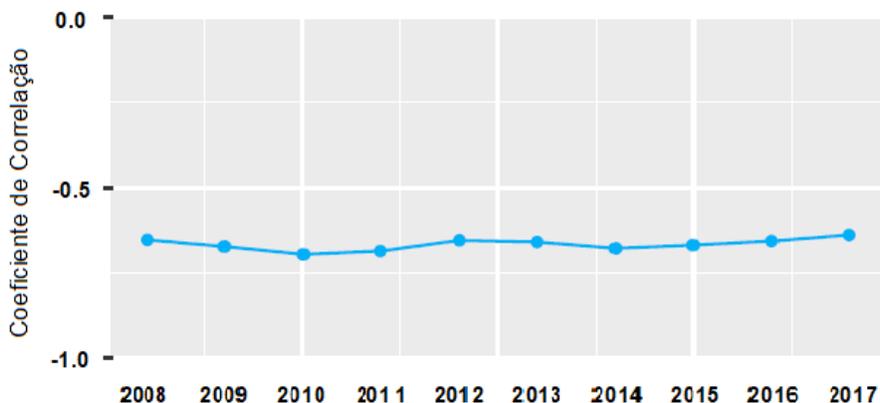


Figura 2: Análise de correlação entre a taxa de médicos por 1.000 habitantes e a cobertura pela Estratégia Saúde da Família de 2008 a 2017.

Fonte: Datasus (2017).

Ano	Taxa de Médicos	Cobertura ESF	Intercepto	Pseudo R ²
2008	0,72 ± 0,10 (1,56 × 10 ⁻¹⁰)	0,0053 ± 0,0023 (0,0240)	0,57 ± 0,23 (0,0143)	-0,581
2009	0,70 ± 0,11 (3,15 × 10 ⁻⁹)	-0,0046 ± 0,0024 (0,06509)	0,69 ± 0,25 (0,00708)	-0,571
2010	0,57 ± 0,10 (1,01 × 10 ⁻⁷)	-0,0068 ± 0,0024 (0,0055)	1,09 ± 0,25 (4,04 × 10 ⁻⁵)	-0,577
2011	0,61 ± 0,10 (6,26 × 10 ⁻⁹)	-0,0063 ± 0,0023 (0,00801)	1,12 ± 0,24 (1,20 × 10 ⁻⁵)	-0,562
2012	0,38 ± 0,10 (0,000219)	-0,0059 ± 0,0026 (0,027978)	1,46 ± 0,27 (4,71 × 10 ⁻⁷)	-0,387
2013	0,59 ± 0,09 (7,04 × 10 ⁻¹⁰)	-0,0046 ± 0,0022 (0,0368)	1,11 ± 0,23 (5,22 × 10 ⁻⁶)	-0,453
2014	0,58 ± 0,09 (1,56 × 10 ⁻⁹)	-0,0043 ± 0,0022 (0,0578)	1,19 ± 0,25 (5,31 × 10 ⁻⁶)	-0,336
2015	0,57 ± 0,09 (5,19 × 10 ⁻⁹)	-0,0046 ± 0,0025 (0,0609)	1,15 ± 0,27 (5,77 × 10 ⁻⁶)	-0,539
2016	0,52 ± 0,08 (2,98 × 10 ⁻⁹)	-0,0044 ± 0,0023 (0,063)	1,22 ± 0,26 (8,57 × 10 ⁻⁶)	-0,528
2017	0,52 ± 0,07 (4,67 × 10 ⁻¹⁰)	-0,0053 ± 0,0022 (0,0198)	1,28 ± 0,25 (1,70 × 10 ⁻⁶)	-0,507

Legenda: ESF: Estratégia Saúde da Família.

*por mil habitantes.

Tabela 2. Modelo de regressão linear múltipla para Custo em relação às variáveis Taxa de Médicos e a Cobertura pela ESF entre 2008 a 2017 no Brasil por Macrorregião de Saúde.

Fonte: Datasus (2017)

Em relação as Figuras 1 e 2 ambas apontam para correlações inversamente proporcionais, o que significa que, quanto maior a presença de Cobertura pela ESF menor

são os gastos com diagnóstico por imagem de alta complexidade. Quanto ao número de médicos nas regiões foi possível observar que quanto maior a presença de Cobertura pela ESF, menor a presença de médicos nas macrorregiões ao longo dos anos. O modelo de regressão linear múltipla apresenta R2 médio de 0,567 (Tabela 2). Os modelos, a cada ano, conseguem explicar apenas 60% da variabilidade dos gastos, isto é, devido ao fato de existirem outras variáveis confundidoras.

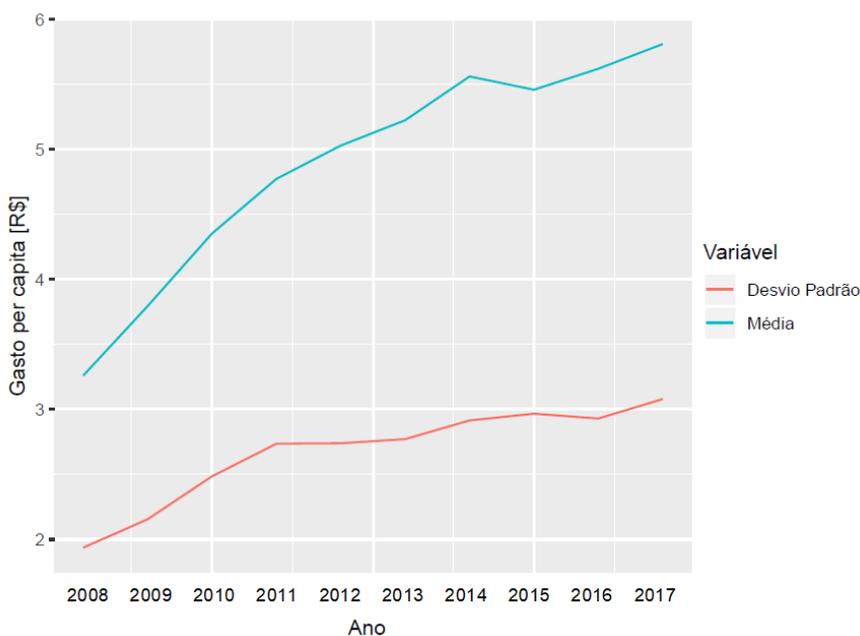


Figura 3: Análise temporal da média e do desvio padrão do gasto per capita do diagnóstico por imagem em reais no período de 2008 a 2017.

Fonte: Datasus (2017).

Na Figura 3 podemos observar, que o gasto médio está aumentando ao longo dos anos. Há um aumento nos gastos, e o que podemos observar é uma maior variabilidade entre as macrorregiões, indicando uma maior distribuição dos gastos em diagnósticos por imagem nas diferentes regiões ao longo do tempo, porém ainda de maneira muito discreta.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que quando a comunidade não consegue acessar o serviço, ou quando não encontra equipe apta para acolher as suas demandas, elevam-se a solicitação de exames, o que pode gerar maiores gastos para o sistema de saúde. Isso pode estar associado ao avanço tecnológico, expansão e

disponibilidade de procedimentos de imagem diagnóstica, também associada ao aumento da demanda de procedimentos pelo usuário.

A literatura (MENDES; MARQUES, 2003; MENDES; LEITE; MARQUES, 2011) destaca que as formas de financiamento das políticas públicas implementadas ao longo da história do país podem levar à concentração desordenada e à desarticulação entre os serviços, agravadas pelas diversidades socioculturais, desigualdade socioeconômica e singularidade epidemiológica que distinguem as regiões brasileiras. Além do mais, o prevaletimento do comportamento histórico da alocação de recursos pautada na produção e não nas necessidades, contribui para a manutenção das distribuições não equitativas dos recursos da saúde no Brasil.

Em relação a cobertura pela ESF, que demonstrou reduzir os gastos ambulatoriais com diagnóstico por imagem de alta complexidade, mostra-se um importante indicador na redução dos gastos ambulatoriais com diagnóstico por imagem de alta complexidade entre 2008 a 2017 nas macrorregiões de saúde no Brasil. No que tange, aos gestores em saúde pública, esse resultado pode orientar um maior investimento em Estratégia Saúde de Família, nas regiões que possuem maiores gastos com diagnóstico por imagem ambulatorial de alta complexidade.

Para Kemper, Mendonça e Sousa (2016), juntamente com o aumento da demanda por cuidados de saúde, a rápida expansão da ESF contribuiu para evidenciar a má distribuição de médicos no Brasil, cuja resposta foi o Programa Mais Médicos, contratando mais de 17 mil médicos de outros países. Importante salientar que mesmo com a capilaridade da ESF e de evidências como a desta pesquisa, há desafios em alcançar a classe média que prefere buscar serviços no setor privado. Há complicações adicionais decorrentes da natureza descentralizada da gestão da saúde no Brasil, com alguns municípios optando pelo aumento da expansão da ESF, enquanto outros não realizaram investimentos na conversão da UBS tradicional para a ESF mais efetiva (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao mesmo tempo, a pesquisa indicou que entre 2008 e 2017 a presença de médicos tem se mostrado desproporcional em relação a Cobertura pela ESF, visto que, quanto maior foi a cobertura pela ESF menor foi a presença de médicos nas macrorregiões de saúde brasileiras. Isso pode ser explicado pela crônica escassez dessa categoria no território. Principalmente em regiões mais precárias. Pois, sabe-se que existe uma concentração de médicos em locais com melhor infraestrutura socioeconômica. No caso da demanda por assistência à saúde, especificamente de médicos, a escassez remete a situações de carência e privação que são incompatíveis com os estados democráticos, uma vez que descrevem desigualdades no acesso a recursos sociais que podem impactar o curso de vida das pessoas (GIRARDI *et al.*, 2016).

Os resultados desta pesquisa apontam para que seja investido, não somente na capilaridade, mas na qualidade da assistência. Pois nesse contexto é possível avançar para otimização de recursos financeiros tão escassos nas macrorregiões brasileiras. Além disso,

existe consenso internacional que redução de investimentos nos sistemas e serviços de saúde pode resultar em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades e até desacelerar o crescimento econômico (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS, e, existem muitas evidências sobre sua efetividade.

Como limitações, destacamos que possa haver imprecisões na base de dados utilizada e impossibilidade de inclusão da demanda reprimida, pois as análises verificaram apenas os gastos relacionados às transferências federais. Bancos de dados secundários são susceptíveis a erros e/ou fraudes. Acreditamos que a partir do uso dessas bases de dados secundários disponíveis poderemos contribuir na elaboração de estimativas e projeções que melhorem a qualidade dos dados para pesquisas e ações futuras.

Contudo, nas regiões mais empobrecidas e menos atrativas para o grande capital, são também aquelas que apresentam menor capacidade de investimentos na saúde, maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais de saúde, menor capacidade de oferta assistencial pública e privada e maiores dificuldades no acesso aos procedimentos de imagem, especialmente aquelas populações que não estão inseridas em grandes centros.

Sugere-se que os investimentos em saúde sejam planejados com base em evidência e efetividade, pois análises como a deste estudo podem fornecer resultados que orientem a tomada de decisão, fortalecendo assim a governança regional e a eficiência dos serviços de média e alta complexidade prestados.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M. **Análise da Implantação do Programa Mais Médicos**. Orientadora: Maria Fátima de Sousa. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. 2017. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sia/index.php?area=0401>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sia/index.php?area=0401>. Acesso em: 15 mai. 2018.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2594-2606, 2014.

FERRAZ, M. B. Health care: the challenge to deal with uncertainty and value judgment. **Cost Eff Resour Alloc.**, v. 13, n. 8, 2015.

GIRARDI *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 09, p. 2675-2684, set. 2016.

HANSEN, J. *et al.* Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. **Health Aff**, Millwood, v. 34, n. 9, p. 1531-1537, 2015.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V.; SOUSA, M. F. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016.

KRINGOS, D. S., *et al.* Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Aff**, Millwood, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

KRUK, M. E. *et al.* The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. **Soc Sci Med.**, v. 70, n. 6, p. 904-911, 2010.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização da Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 823-852.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, set. 2018.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Soc.**, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. Os (Des)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 389-404, 2003.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MITCHELL, J. M.; LAGALIA, R. R. Controlling the escalating use of advanced imaging: the role of radiology benefit management programs. **Med Care Res Rev.**, v. 66, n. 3, p. 339-351, 2009.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-393.

SCHAFER, W. L. *et al.* QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. **BMC Fam Pract.**, v. 12, n. 115, 2011.

SMITH-BINDMAN, R.; MIGLIORETTI, D. L.; LARSON, E. B. Rising Use Of Diagnostic Medical Imaging In A Large Integrated Health System. **Health Aff**, Millwood, v. 27, n. 6, p. 1491-1502, 2008.

STARFIELD, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

CAPÍTULO 2

A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Evan Pereira Barreto

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/3869815991258738>

Mellina da Silva Gonçalves

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/0101863528619912>

Rita Maria Fernandes Leal Moreira Cacemiro

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/9079113272271405>

RESUMO: A Educação passou no processo histórico da sociedade por inúmeras transformações, nesse contexto, o ensino médico também precisou de adaptações que consideraram as mudanças sociais e tecnológicas. O presente artigo propõe uma reflexão sobre esses processos, observando o percurso do Ensino Tradicional à chegada das Metodologias Ativas. Observa-se a partir dessa revisão literária a necessidade da mudança de paradigmas na formação do profissional de saúde diante dos novos cenários sociais, evidenciando-se a importância da aproximação entre teoria e prática, tal qual propõe as novas metodologias. Com base nessas proposições, o objetivo deste estudo é discutir os pontos fundamentais para a formação desse profissional com enfoque na transformação no modo de compreender a construção da aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologias Ativas, Ensino Médico, Saúde.

THE IMPORTANCE OF APPLICATION OF ACTIVE METHODOLOGIES IN THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: Education has undergone countless transformations in the historical process of society. In this context, medical education also needed adaptations that considered social and technological changes. This article proposes a reflection on these processes, observing the path of Traditional Education to the arrival of Active Methodologies. It is observed from this literary review the need to change paradigms in the training of health professionals in the face of new social scenarios, highlighting the importance of the approximation between theory and practice, as proposed by the new methodologies. Based on these propositions, the objective of this study is to discuss the fundamental points for the formation of this professional with a focus on transforming the way of understanding the construction of learning.

KEYWORDS: Active Methodologies, Medical Education, Health.

1 | INTRODUÇÃO

Perante os múltiplos desafios suscitados pelo futuro, a educação surge como um trunfo indispensável para que a humanidade tenha a possibilidade de progredir na consolidação dos ideais da paz, da liberdade e da justiça social (DELOURS, 2010)

As transições são sempre fases difíceis. Durante a história da humanidade, os processos educacionais foram se transformando sob a luz das mudanças sociais e tecnológicas, aos profissionais da Educação coube sempre o papel do estudo e da adaptação e, recentemente, os que estão à frente do Ensino da Saúde depararam-se com a chegada das Metodologias Ativas e da transformação no modo de compreender a construção da aprendizagem.

Assim, os novos métodos chegaram e como tudo que é novo trouxeram a dúvida do medo pelo desconhecido e do conforto pelo surgimento de um novo norte a seguir. Nesse artigo, as metodologias ativas foram assim escolhidas como tema, diante da sua relevância no campo da formação e da residência médica, bem como no contexto histórico do autor deste estudo.

O desenvolvimento da ciência e as mudanças sociais acarretaram transformações na qualidade de vida e, no caso do Brasil, os profissionais da saúde se veem, junto a população, desafiados a lidar com uma tripla carga de doenças, as crônicas, as infectocontagiosas recrudescidas e aquelas advindas da violência (PAIM et al., 2011).

A ampliação da concepção de saúde vivenciada nas últimas décadas e das mudanças ocorridas depois do Sistema Único de Saúde (SUS), aliadas a aprovação da Política de Atenção Básica (PNAB) criaram a necessidade urgente de formar profissionais capacitados de trabalhar conforme os novos princípios da Atenção Básica. (BRASIL, 1990, 2011).

Esse conjunto de mudanças citadas demanda dos profissionais de saúde novas habilidades, assim, a formação e a residência médica encontram-se intimamente envolvidas nestas demandas de adequação. Nesse contexto, algumas instituições formadoras vêm buscando adotar as novas diretrizes curriculares e adotar currículos com maior integralidade entre as áreas de conhecimento e seus componentes e buscando metodologias compatíveis com as necessidades em saúde da sociedade atual exigindo de professores e preceptores a busca pelo novo conhecimento. (MITRE et al., 2008; ALMEIDA, BATISTA, 2011).

Desse modo, as novas perspectivas educacionais da área da saúde exigem profissionais com capacidade técnica e crítico-reflexiva, para lidar com o volume de conhecimento produzido e a seleção das pesquisas de qualidade, preparados para contribuir com a formação de médicos com habilidades relacionais, capazes de trabalhar com ética e respeito diante da diversidade sociocultural e econômica e da complexidade da vida; profissionais que tenham o campo de práticas ampliado para além da assistência, abrangendo a educação e a gestão da saúde. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; MERHY, 2013)

As metodologias ativas têm seu embasamento histórico na Escola Nova, recebendo influência da teoria construtivista de Piaget, do sociointeracionismo de Vygotsky e da teoria da aprendizagem mediada de Feurstein (PEREIRA, 2003; GOMES, 2002). Elas têm o foco no processo de ensino-aprendizagem trabalhando no sentido de aumentar a

autonomia e a reflexão crítica na construção do conhecimento sendo fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de raciocínio em situações complexas, como as que se vive no campo da saúde.

Desse modo, o presente estudo traz algumas reflexões sobre as transformações no Ensino da Medicina e os impactos advindos da chegada das metodologias ativas na formação do profissional médico

2 | DE PROFESSOR A MEDIADOR: O DESAFIO DOS NOVOS PAPÉIS

Ter sempre diante dos olhos, e dentro do coração, o respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar (Mitre, et al, 2008)

Nos ambientes de aprendizagem ativa a figura do professor, que representava o centro das atenções como o detentor do conhecimento, é ampliada para o papel de mediador. Esse último deve ter conhecimento profundo do objeto de estudo, dominar as ferramentas de pesquisa e o estado da arte relativo ao tema abordado, nesse sentido, o domínio do tema é fundamental na seleção das fontes de busca, na avaliação do material didático e aquele pesquisado pelos discentes (MITRE et al., 2008).

Pedro Demo (2011) reforça a importância do papel do educador em criar no aluno capacidade reflexiva, criticidade e o papel de formação de cidadãos, além de dominar as novas tecnologias para orientar e fundamentar as buscas discentes. De modo semelhante, Freire alerta para as implicações do professor ser visto como um técnico, próximo da visão neoliberal de profissional autônomo, inserido nas leis de mercado e distante do papel de construtor de cidadania. Um educador deve ter habilidades como ética, respeito e tolerância permitindo que o ambiente de ensino seja de liberdade e estímulo a reflexão. Ao construir a transformação do conhecimento o aluno também se transforma. (FREIRE, 1996).

O preceptor de modo semelhante acumula assim os papéis de um médico-educador, ou de um educador-médico, mediando a construção do conhecimento pelos residentes. Assim, além das habilidades do educador deve conhecer como se dá o processo de ensino-aprendizagem, desenvolver disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para desenvolver e aprender. Ainda deve ter conhecimento sobre os sujeitos que compõem a turma, pois a construção do conhecimento assume aspectos peculiares conforme o contexto de vida dos discentes. Assim o facilitador deve observar os sinais dados pelos discentes Apontando se houve aprendizado e se ele foi significado, no contexto dos discentes. (MITRE et al, 2008)

Anastasiou (1998) relata a necessidade da utilização de estratégias adequadas que estimulem a construção do conhecimento, esse processo varia conforme os sujeitos

envolvidos, mas varia também com o tipo de objeto de estudo. Então, cabe ao educador organizar as estratégias adequadas, definir se essas serão individuais ou coletivas, realizadas em sala ou em outros espaços, em uma sequência adequada, permitindo que o discente associe um novo conhecimento a um conteúdo anteriormente trabalhado.

Lembrando que o conhecimento não se constrói de forma linear, e sim em redes, em movimentos circulares com complexidade progressiva como uma espiral. O mediador deve ter disponibilidade para acompanhar tal processo e atenção que abrange o coletivo, mas também os aspectos da subjetividade de cada sujeito (MITRE et al., 2008)

Seguindo o exposto, um bom mediador deve instigar a curiosidade, estimular o questionamento que produz reconstruções e flexibilidade para que o conhecimento construído seja adaptado a contextos diversos. Da mesma forma, o preceptor deve estimular a pesquisa e a busca de soluções adequadas ao contexto de cada usuário, qualificand assim o cuidado.

Feurstein foi um dos estudiosos do processo ensino-aprendizagem que enfatizou a importância da mediação por outro ser humano. Segundo ele o mediador encaminha tanto os estímulos, advindos das situações externas, como também as ações ou propostas de soluções para essas. Todo o processo de construção do conhecimento passa pelo filtro do mediador, por meio da sua forma de trazer as discussões, pela forma de instigar, questionar, estimular a busca de respostas e a sua confiança na competência do discente (GOMES, 2002). Ele elaborou o seguinte esquema:

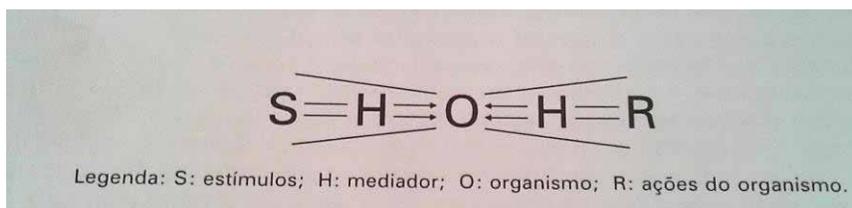


Figura1: Construção do conhecimento.

Fonte: GOMES, 2002, p.80.

Diante disso pode-se observar que o papel de mediador vai além daquele do professor. O mediador bem como o professor, deve ter amplo conhecimento do objeto de estudo, uma vez que tem o papel de orientar a caminhada dos discentes, porém avança no conhecimento do processo ensino-aprendizagem e das estratégias de mediação sendo ainda necessário ao mesmo habilidades relacionais para conseguir entrar no contexto dos alunos, instigando neles a curiosidade e sustentando as suas descobertas, com ética e respeito às formas peculiares nas quais o processo de construção do conhecimento acontece em cada um.

O desafio de passar de professor a mediador ficou claro no estudo de Almeida e

Batista (2011, p.470) onde a quase unanimidade dos 115 docentes apontou, como uma das maiores dificuldades, o passar “de transmissor de conteúdos a ativador de aprendizagem”. Segundo os autores (2011), o papel de facilitador abrange funções de gestão e provedor, garantindo as condições organizacionais nos ambientes de aprendizagem e buscando recursos necessários ao processo.

Além disso, envolve também habilidades relacionais para conseguir perceber o contexto e a forma de processar conhecimento dos discentes e ajudá-los a significar o conhecimento construído. Fica evidente ainda, abaixo, na figura 2, retirada do estudo de Almeida e Batista (2011) a necessidade de uma base bem consolidada de referências teóricas, permitindo ao facilitador condições de avaliação crítica das fontes e pesquisas realizadas pelos discentes. Essas habilidades são necessárias, à formação médica uma vez que essa avança além da visão assistencial, na direção da gestão e da educação permanente.

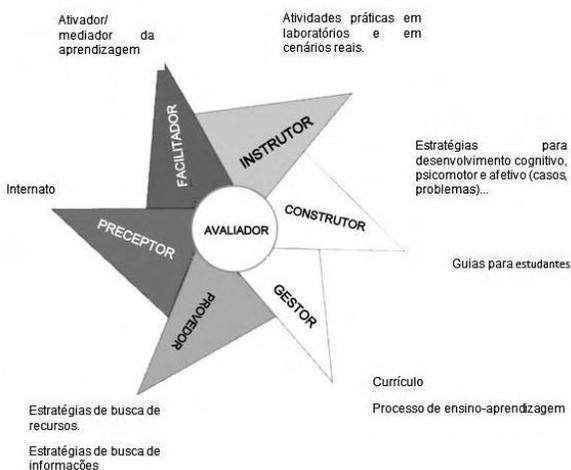


Figura 2: Representação das funções docentes nos métodos ativos.

Fonte: Almeida, Batista, 2011.

a. Metodologias ativas no campo da saúde

Com a ampliação da visão de saúde tornou-se necessário um profissional capaz de uma abordagem integral do indivíduo, que valorize o seu potencial e resgate a sua autonomia. Essa abordagem ampla e complexa demanda o trabalho interdisciplinar especialmente para estimular o cuidado qualificado e valorizar a Atenção Básica como campo de trabalho resolutivo (BACELLAR et al., 2012; BRASIL, 2012).

Diante disso, as instituições de ensino em saúde sentiram a necessidade de mudanças metodológicas, uma vez que as metodologias tradicionais não se mostraram capazes de dar respostas às necessidades em saúde da população (MITRE et al, 2008).

Apartir daí as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, embasadas na pedagogia construtivista, foram adotadas por algumas Universidades de Medicina que passaram a utilizar a aprendizagem em pequenas equipes, a aprendizagem problematizadora e a aprendizagem baseada em projetos. Essas instituições buscam o desenvolvimento de capacidade de lidar com a forma peculiar de aprender de cada um, aliada aos mecanismos de pesquisa em saúde permitindo uma prática baseada nas melhores evidências apontadas pela ciência médica. Utilizam então a inserção de discentes em cenários reais da prática em saúde ou de simulações de situações complexas com fins de análise, construções de sínteses provisórias e de soluções para as mesmas por meio de um movimento dialético como a espiral construtivista.

Assim, buscam a significação do conhecimento, o desenvolvimento da capacidade de raciocínio clínico crítico-reflexivo, considerando o contexto socioeconômico e cultural e as subjetividades próprias de cada sujeito.

No entanto, nas instituições formadoras, predomina ainda a concepção metodológica tradicional. O processo de aprendizagem permanece focado na capacidade de absorver conteúdos transmitidos pelos professores, de maneira acrítica, desvinculada do processo histórico-político e fragmentado em sistemas (MITRE et al., 2008). Essa realidade distancia o profissional das necessidades de saúde da população e também dos princípios norteadores do SUS (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Além disso, a predominância das metodologias tradicionais também nos contextos de especialização e de educação permanente dos profissionais médicos traz sérias implicações ao cuidado em saúde e o predomínio dessas nas atividades de educação em saúde com a comunidade, compromete severamente a participação e o controle social. Nesse sentido, especialmente para o ensino médico, as mudanças metodológicas fazem-se fundamentais preparando os profissionais para necessidades em saúde cada vez mais complexas (BRASIL, 2012).

Fato é que seria excelente se fosse predominante a presença instituições imbuídas em preparar médicos comprometidos com as necessidades de saúde da população e com o SUS, acostumados a buscar respostas, já entrosados com as metodologias de pesquisa e raciocínio clínico. No entanto, como a maioria deles vêm de formações tradicionais, é comum que esperem respostas prontas dos preceptores, colocando-se muitas vezes no papel de receptores passivos da informação. Isso aliado à rapidez da circulação de informação pelas redes sociais e ao hábito de leitura pouco disseminado na sociedade contemporânea estimula os novos médicos à busca das fontes mais rápidas para as soluções de problemas.

Nesse contexto, será necessário investimento do preceptor, não ofertando soluções prontas, ao contrário, levando o estudante da área de saúde a assumir um papel ativo na construção de seu conhecimento, orientando as suas fontes de pesquisas e mediando a significação das informações encontradas

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho fundamentou-se em uma revisão bibliográfica realizada em artigos científicos e dissertações disponibilizados nas plataformas Scielo e Lilacs. A revisão literária é descrita por Gil (2004) como sendo uma ação sobre material já produzido.

Segundo Martins (2001) esse tipo de pesquisa procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros, além de conhecer e analisar os conteúdos sobre o tema estudado.

Espera-se, a partir desses instrumentos proporcionar a análise das Metodologias Ativas como estratégia de aprendizagem na área da saúde, apresentando os avanços dessa para a formação do novo médico.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

a. O profissional da saúde que se almeja

As mudanças nas concepções de saúde e cuidado nos últimos anos trazem mudanças no perfil do profissional de saúde. Hoje, a sociedade precisa de profissionais que, além dos conhecimentos técnicos, tenham desenvolvido uma visão ética-humanista, com posturas participativas que estimulem a autonomia e respeitem as diversas formas de pensar a vida e a saúde (MITRE et al., 2008).

Dessa forma, as habilidades necessárias para a boa prática da Medicina fazem-se mais amplas e complexas em qualquer nível de atenção, porém na Atenção Primária, diante do modelo adotado, o papel do profissional de saúde é decisivo para a assistência resolutiva.

A Estratégia de Saúde da Família, com a complexidade dos problemas que os profissionais de saúde são chamados a resolver e a responsabilidade enorme, diante da capilaridade deste modelo de saúde em que se adentra as casas e as vidas dos usuários, de modo que, o perfil dos profissionais de saúde é determinante da qualidade do cuidado ofertado. Nesse contexto, a abordagem da equipe exerce enorme influência e, considerando que o poder do médico diante da equipe ainda é diferenciado, o perfil desse profissional define, em grande medida, o tipo de trabalho desenvolvido pelo conjunto.

Diante disso, a mudança estrutural advinda da aprovação da PNAB, avançou para além dos princípios do SUS, apontando as necessidades da população para um profissional com habilidades relacionais, especialmente capazes de realizar a escuta ativa, fundamental para o acolhimento, preceito defendido pela política de Humanização. Também se tornou fundamental a capacidade de processar e tomar decisões em situações complexas seja por meio de estratégias dialógicas, de abordagens coletivas, ou do uso de tecnologia dura, individualizada quando for a demanda, fatores que evidenciam a importância das Metodologias Ativas nos processos de ensino-aprendizagem. (MERHY, 2013).

São necessários, portanto, profissionais abertos e flexíveis para o trabalho em equipe, haja vista a enorme complexidade do processo saúde-doença-cuidado, os maiores desafios para o trabalho em saúde não Brasil considerando o envelhecimento rápido da população, com aumento de doenças crônicas, os altos índices de violência e as doenças infecciosas recrudescentes, questões possíveis de abordar apenas em equipes multiprofissionais e interligados em redes de serviços (AIM et al., 2011).

Gomes e Rego (2011) questionam como formar um profissional crítico e com sólida base ética e humanística se a formação médica é ainda fragmentada e focada na especialização, na doença em suas manifestações biológicas? Nesse sentido, os autores afirmam que a mudança metodológica isolada não traz impactos na atuação do profissional. É preciso que as instituições formadoras adotem o modelo biopsicossocial, ampliando a visão de saúde, valorizando a clínica, especialmente a escuta e o exame físico qualificados, como base da propedêutica, abarcando os aspectos subjetivos, socioculturais e econômicos e respeitando as especificidades loco regionais e étnico-culturais.

Para dar conta de tamanha complexidade, especialmente na APS, a formação médica deve preparar o discente para o trabalho em equipes de modo interdisciplinar e também aproximá-lo das ferramentas de gestão dentro, das diretrizes do SUS, para ampliar a visão para além da assistência.

Ceccim e Feuerwerker (2003) chamaram a atenção para a distância entre os cenários de ensino e os do serviço, prática que contradiz os preceitos constitucionais que atrelam a gestão, da formação em saúde, ao SUS. Muitas ações foram propostas no sentido de criar tal aproximação, por exemplo, os programas de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros. Mas essas ações se mostraram insuficientes na promoção da mudança necessária na formação em saúde. Os autores reforçaram a necessidade da formação em saúde assumir um caráter central nas políticas públicas do Estado e também que as instituições formadoras revejam os seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), passando pelo crivo do controle social.

Nesse período, após os questionamentos citados, algumas instituições vêm apresentando mudanças em seus PPPs. Algumas universidades adotaram as mudanças curriculares propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, e também adotando o princípio da integralidade, passando das disciplinas rígidas e fragmentadas à formatação de componentes interdisciplinares trabalhando com a inserção dos discentes nos cenários dos serviços desde os períodos iniciais, adotando metodologias de aprendizagem em equipes, metodologias problematizadoras e baseadas em projetos. Contudo, persiste como grande desafio a utilização efetiva dessas metodologias na rotina das salas de aula, tendo em vista a formação tradicional da maioria dos docentes e o pequeno número de

oportunidades de vivência das mesmas (MITRE et al., 2008).

Desse modo, se considerarmos que pouco se avançou na consolidação das ações em educação permanente que utilizam metodologias significativas, ainda menos se avançou na alteridade em relação aos usuários, no sentido de se considerar efetivamente as suas concepções para contribuir nas mudanças nas instituições formadoras. Nesse sentido, o ensino médico no Brasil ainda não alcançou o que foi proposto por Ceccim e Feuerwerker (2003), o quadrilátero da formação: ensino, gestão, atenção e controle social.

Os autores (CECCIM, FEUERWERKER, 2003; MITRE et al., 2008; GOMES, REGO, 2011) concordam que as mudanças metodológicas, se atreladas a uma visão ampliada de saúde dentro dos princípios do SUS, podem ser de extremo valor para aumentar a criticidade, a autonomia e a capacidade de busca de soluções, de análise e escolha em situações complexas.

Assim, a mudança na formação implica no posicionamento político de defesa de um cuidado resolutivo e qualificado que abrangem uma formação médica orientada para competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas em lugar da transmissão de informações e pura utilização da memória. Abarcam também, a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida. Envolve ainda a consolidação da Educação Permanente, formando professores para a educação médica que pratiquem o aprender a aprender, com participação ativa dos aprendizes, ou seja, do centrado no professor para centrado no estudante, ajudando-o a identificar e superar hiatos de aprendizagem (BACELLAR et al., 012).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É certo que existe um potencial transformador nas metodologias ativas e que a sua consolidação parte do desafiador papel de mediador frente ao de professor nas instituições formadoras. Na área da saúde, tais metodologias são de extrema importância, tanto na formação de profissionais críticos e capazes de trabalhar dentro de uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, como também na orientação de residentes, diante de situações complexas, como as que se apresentam neste campo.

É urgente, sobretudo, a necessidade de pensar a saúde do modo amplo, envolvendo assistência, gestão e educação, e inserida no contexto histórico e político em que é crescente a necessidade de fortalecer o SUS para o enfrentamento da tripla carga de doenças, constituída pelo crescimento das doenças crônicas, a recrudescência de algumas doenças contagiosas e o aumento da violência, fruto das grandes iniquidades sociais.

Ainda será necessária a mudança do conceito de primeiro a teoria e depois a prática, para um processo integrado de ação-reflexão-ação, e inserção dos discentes, como membros ativos, em cenários de ensino-aprendizagem-assistência desde o princípio

do curso. Também necessária a passagem de uma atenção episódica, centrada na doença, para uma atenção contínua, centrada no cuidado das pessoas, numa abordagem biopsicossocial e com o estabelecimento de vínculos afetivos com elas, desenvolvendo nos discentes a noção da participação consentida e informada do paciente, no processo de ensino-aprendizagem com respeito a sua dignidade e privacidade, mas o caminho já foi traçado e começa a ser trilhado o que traz às próximas gerações de médicos a esperança de uma formação humanística e transformadora.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Reconhecer Flexner**: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.12, pp.2234-2249.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci_abstract&tIng=pt

ALMEIDA, M. T. C.; BATISTA, N.A. Ser docente em métodos ativos de ensino- aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**.v.35, n.4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a05v35n4.pdf>

ANASTASIOU, L. G. C. **Metodologia do Ensino Superior**: da prática docente a uma possível teoria pedagógica. Curitiba: IBPEX, 1998.

BACELLAR, A. *et al.* **Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI**: uma aproximação possível. Rev. NUFEN [online]. v.4, n.1, janeiro-junho, 127-140, 2012.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n1/a11.pdf>.

BARBOSA E. F.; MOURA D. G. **Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica**. Rio de Janeiro: Tec. Senac, v. 39, n.2, p.48- 67, maio/ago. 2013. Disponível em: http://www.senac.br/media/42471/os_boletim_web_4.pdf.

BRANT, Maria Ribeiro. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre,*; MENDONÇA, Érica Toledo de; COSTA, Glaucete Dias da. **Portfólios reflexivo** : construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/415-421/pt/>

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório da Comissão Internacional Para Educação no século XXI. Brasília: UNESCO, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>.

DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**. 9. ed. Campinas: Autores Associados, 2011

FREIRE, Paulo. Educação “bancária” e educação libertadora. In M. H. S. Patto (Org.). **Introdução à psicologia escolar** (3a ed., pp. 61-78). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=k_rd6zhqih88C&oi=fnd&pg=PA61&ots=DUnjXJ2iha&sig=hrlLwy9oy_A6IW_nY36_ckIORDd_VM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

GOMES, A. P.; REGO, S. **Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 4, p.557-66, 2011.

GOMES, C. A. M. **Feuerstein e a construção mediada do conhecimento**. Porto Alegre: Artmed editora, 2002.

GOMES ET AL. **Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas**. Rev. bras. educ. med. vol.34 no.3 Rio de Janeiro July/Sept., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000300008&script=sci_arttext

LIMA, V. V. **Competências: diferentes abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

MARTINS, Poliana et al. **De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa de Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva. v. 16. n. 3. 2011.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde**. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. (org.) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, p. 19-94, 2013.

MITRE, S.M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde**: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, Sup 2, p. 2133-44, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018.

NOGUEIRA, Maria Inês. **As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo tipo de pensamento**. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 33. n. 2. 2009.

NUNES, Cleiton Santos. **A educação da subjetividade em kierkegaard e Paulo Freire**. Pensando-Revista de Filosofia. . 2. n. 4. 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **SUS: contradição em processo?**. Apresentação oral realizada no XI Encontro Nacional de Economia em Saúde e VI Encontro Latino Americano de Economia em Saúde. 2014;

OLIVEIRA, M. S. (org.). **Caderno de situações-problema** / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Coordenação da Graduação em Medicina— São Carlos: UFSCar, 2006. 42 p.

PAIM, Jairnilson, et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-34, set-out, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>

SÁ-CHAVES. Idália, SILVA, Roseli Ferreira da. **Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiro** . Interface (Botucatu) vol.12 no.27 Botucatu Oct./Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400004&script=sci_arttext&tlng=pt

VASCONCELLOS, C. S. **Metodologia Dialética em Sala de Aula**. Brasília: Revista de Educação AEC, n.83, abril de 1992. Disponível em: <http://www.celsovasconcellos.com.br/Textos/MDSA-AEC.pdf>.

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

Data de aceite: 01/09/2021

Elisabete Calabuig Chapina Ohara

Enfermeira. Mestre em Gerontologia Social, Doutorado em Ciências sociais pela PUC (SP), especialista em Educação em Saúde, Saúde da Família e Saúde da Mulher. Docente do curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário São Camilo

Carolina Chapina Fernandes Chiarini

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher. Consultora em amamentação e ofertando cursos e palestras para gestantes e mães

RESUMO: Nos últimos anos, observa-se um avanço considerável na atenção à saúde da mulher, mas ainda existe iniquidades em saúde em relação as mulheres referentes as questões relacionadas aos determinantes sociais e a saúde reprodutiva. O estudo tem objetivo de evidenciar a influência dos determinantes sociais e a saúde reprodutiva da mulher. Tratou-se de revisão integrativa, o qual traz contribuições importantes para o fortalecimento da Prática Baseada em Evidências. Para a obtenção da coleta de dados e seleção dos artigos foi realizado um levantamento bibliográfico no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), os descritores utilizados foram determinantes sociais, saúde reprodutiva e saúde da mulher. Foram inclusos os artigos nacionais, artigos em português, artigos publicados na íntegra, responderam à questão norteadora do estudo. A revisão integrativa analisou 22 artigos que

responderam à questão norteadora. A análise foi realizada avaliando o conteúdo dos artigos, nos quais se buscou identificar os determinantes sociais e a relação com a saúde reprodutiva. Os determinantes biológicos e sociais impactam na saúde da mulher, aumenta a exposição e a vulnerabilidade ao risco, limitando o acesso à atenção em saúde e às informações. Conclui-se que é inegável a necessidade de investimentos no conjunto de políticas sociais que, potencialmente, estão associadas à promoção de condições de saúde mais equitativas e políticas de educação, trabalhistas, proteção social, políticas de gênero e moradia com a finalidade de diminuir as iniquidades em saúde relacionada a mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes sociais, saúde reprodutiva e saúde da mulher.

ABSTRACT: In recent years, there has been a considerable advance in women's health care, but there are still health inequities in relation to women regarding issues related to social determinants and reproductive health. The study aims to highlight the influence of social determinants and women's reproductive health. It was an integrative review, which brings important contributions to the strengthening of Evidence-Based Practice. To obtain data collection and selection of articles, a bibliographical survey was carried out on the Virtual Health Library (VHL / BIREME) portal, the descriptors used were social determinants, reproductive health and women's health. National articles were included, articles in Portuguese, articles published in full, answered the guiding question of the study. The integrative review analyzed 22 articles that answered the

guiding question. The analysis was carried out by evaluating the content of the articles, in which we sought to identify the social determinants and the relationship with reproductive health. The biological and social determinants impact on women's health, increase exposure and vulnerability to risk, limiting access to health care and information. It is concluded that there is an undeniable need for investments in the set of social policies that, potentially, are associated with the promotion of more equitable health conditions and policies of education, labor, social protection, gender and housing policies in order to reduce health inequities related to women.

KEYWORDS: Social determinants, reproductive health and women's health.

1 | INTRODUÇÃO

As condições de saúde das pessoas e comunidades são influenciadas diretamente pelas questões econômicas e sociais. As iniquidades em saúde, existem em todos os países e ocorrem por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Os determinantes sociais que mais influenciam nas condições de saúde e de vida das pessoas, são aqueles que geram estratificação social, os determinantes estruturais refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico (CARVALHO, 2013).

As iniquidades em saúde estão intimamente ligadas ao posicionamento social dos indivíduos e os determinantes intermediários como as condições devida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ ou biológicos e o próprio sistema de saúde dão forma às condições de saúde dos indivíduos (CONILL et al 2018).

Diante da problemática o estudo tem a finalidade de compreender a relação entre as desigualdades sociais e a saúde reprodutiva.

Nas últimas duas décadas, houve um avanço considerável na atenção à saúde da mulher, mas ainda existe falhas com as mulheres nos momentos-chave de suas vidas. As falhas são mais presentes em países pobres e entre as mulheres mais pobres em todos os países. Nem todas as mulheres têm se beneficiado com os avanços recentes e muitas mulheres não conseguem alcançar seu potencial pleno por causa de desigualdades de saúde, sociais e de gênero persistentes e da inadequação dos sistemas de saúde (GADELHA et al 2020).

A mulheres contribuem de formas múltiplas à sociedade em seus papéis produtivos e reprodutivos, como consumidoras e ainda como importantes provedoras da atenção em saúde.

A saúde das mulheres vem sendo uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) há muito tempo, observa-se que para obtenção de melhores resultados há

necessidade de se ampliar o diálogo sobre as políticas em âmbito nacional, regional e internacional.

A abordagem a saúde mulher deve ser ao longo da vida, sendo que as intervenções realizadas na infância, na adolescência, nos anos reprodutivos e mais além, afetam os anos futuros e as próximas gerações. Os determinantes biológicos e sociais impactam na saúde da desigualdade de gênero, que aumenta a exposição e a vulnerabilidade ao risco, limitando o acesso à atenção em saúde e às informações. Os principais problemas de saúde que afetam apenas as mulheres, são câncer cervicouterino e os riscos relacionados à gravidez e ao parto. As preocupações com as necessidades de saúde das mulheres devem ir além das questões sexuais e reprodutivas (VILLELA, sd).

A saúde das mulheres durante os anos férteis ou reprodutivos (entre 15 e 49 anos) é relevante não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. Muitos dos desafios de saúde encontrados nesta faixa etária (mulheres entre 15 e 49 anos), as complicações de gravidez e parto representam a principal causa de óbito em mulheres jovens nos países em desenvolvimento. Globalmente, a principal causa de óbito entre as mulheres em idade reprodutiva é HIV/AIDS (BARATA, 2018).

Entre os principais fatores de risco mais importantes para óbito ou incapacidades na faixa etária de 15 a 49 anos, em países de baixa e média renda, são a falta de contraceptivos e o sexo inseguro. Entre os problemas que levam ao óbito destaca-se gravidez não desejada, abortos inseguros, complicações na gravidez e no parto e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive pelo HIV. A violência é um risco adicional significativo para a saúde sexual e reprodutiva da mulher e pode levar também a transtornos mentais e outros problemas crônicos de saúde (BARATA, 2018).

Verifica-se que as desigualdades sociais entre homens e mulheres trazem o adoecimento as mesmas. Ao longo do tempo as mulheres organizaram e reivindicaram seus direitos e assim conseguiram assistência para melhor condição de saúde em todos os ciclos da vida por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011).

2 | OBJETIVO:

- Abordar o fato de que as iniquidades em saúde e sociais estão relacionadas com a saúde reprodutiva da mulher;
- Destacar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos e a relação com a saúde da mulher;
- Alargar a base de conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde da mulher e promover a consciência sobre o tema.

3 | METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A prática baseada em evidências envolve a definição de um problema, a finalidade é a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis na literatura, de modo que possa ser implementada as evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. Para o alcance do objetivo proposto no presente estudo, selecionou-se a revisão integrativa (RI) como método de revisão, o qual traz contribuições importantes para o fortalecimento da Prática Baseada em Evidências. Para realização do estudo seguiremos as seguintes fases: identificação do tema ou formulação da questão norteadora, amostragem ou busca na literatura dos estudos, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, discussão e interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados, ou apresentação dos resultados da revisão integrativa. A pergunta norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: **Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre a influência dos determinantes sociais e a saúde reprodutiva da mulher?**

Esta metodologia teve como objetivo realizar uma análise do conhecimento construído em estudos anteriores sobre um determinado tema, possibilitando uma síntese de vários estudos publicados com a intenção de gerar novos conhecimentos de acordo com os resultados que serão apresentados.

3.2 Bases de dados

Para a obtenção da coleta de dados e seleção dos artigos foi realizado um levantamento bibliográfico no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) que nela está contida as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online. (SCIELO e no Portal Ministério da Saúde).

3.3 Descritores

Foi realizada uma busca dos artigos utilizando-se os descritores em português conforme DeCS (Descritores em Ciências da saúde): determinantes Sociais, saúde reprodutiva e saúde da mulher.

3.4 Critérios de inclusão e Exclusão

Foram inclusos os artigos nacionais, artigos em português, artigos publicados na íntegra, publicados nos últimos 20 anos e que respondeu à questão norteadora do estudo. Forma excluídos artigos duplicados e artigos em língua estrangeira.

3.5 Procedimentos para seleção dos artigos

Ao pesquisar nas bases de dados foram necessárias combinações com os

descritores: determinantes sociais and saúde da mulher, determinantes sociais and saúde reprodutiva e saúde da mulher and saúde reprodutiva.

Todos os artigos que preencheram os critérios de inclusão foram submetidos à pré-seleção para avaliar a pertinência em relação aos objetivos do estudo obedecendo à seguinte ordem: leitura do título, resumo e havendo dúvida foram realizadas leituras na íntegra do artigo para verificar se os mesmos atendiam aos objetivos da pesquisa.

3.6 Procedimentos para análise dos artigos

Os artigos selecionados foram analisados por meio da análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utilizam procedimentos objetivos e sistemáticos para interpretar e descrever o conteúdo da mensagem, de indicadores qualitativos ou não com intenção para que possa tirar conclusões de conhecimentos já existentes, enriquecendo a leitura dos dados coletados e conduzir a um resultado lógico.

4 | RESULTADOS

Foram encontrados a partir dos descritores determinantes sociais and saúde reprodutiva 30 artigos científicos; com os descritores determinantes sociais and saúde da mulher encontramos 138 artigos, tivemos como resultado 02 artigos e saúde reprodutiva and saúde da mulher. Considerando os critérios de inclusão, selecionou-se 170 artigos; após a leitura dos títulos e resumos, excluíram-se 144 artigos que não correspondiam à temática estudada e 02 encontravam-se duplicados. Desse modo, esta revisão integrativa analisou 22 que responderam à questão norteadora. A análise foi realizada avaliando o conteúdo dos artigos, nos quais se buscou identificar os determinantes sociais e a relação com a saúde reprodutiva.

A fim de se tornar mais didático construímos a tabela 1 que apresenta as unidades de contexto, de registro, categorias e subcategorias que utilizamos para análise de conteúdo dos artigos selecionados para análise.

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
Determinantes Sociais da Saúde	Fatores sociais Fatores econômicos Fatores culturais Fatores psicológicos Fatores éticos/raciais	Falta de acesso a saúde, moradia, cultura, lazer, trabalho, saneamento básico, educação
Saúde da Mulher	Fatores individuais Fatores coletivos Gênero Estilo de vida Políticas Públicas	Genética Idade Sexo feminino Acesso a saúde Equidade entre homens e mulheres
Saúde Reprodutiva	Serviços de saúde Direitos sexuais	Direito da mulher Sexualidade método anticoncepcional

Tabela 1. Unidades de contexto, de registro, categorias e subcategorias. São Paulo, 2019.

Fonte: Autores, 2021.

5 | ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Visando explicitar a maneira como foi organizada a discussão dos resultados, faremos a análise das categorias por meio das evidências científicas

5.1 Determinantes Sociais da Saúde

Os determinantes sociais da saúde estão intrinsecamente ligados as condições de vida e trabalho das mulheres e grupos da população estão relacionados com sua situação de saúde. As relações entre determinantes sociais e saúde consistem em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distais, sociais, econômicos e políticos e mais proximais relacionados diretamente ao modo de vida, sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas. A análise dos determinantes sociais de saúde nos permite intervenções no sentido de ampliar políticas públicas que possam reduzir as iniquidades, desigualdades consideradas injustas, e avançar para políticas de saúde com mais equidade (BUSS et al, 2007).

A determinação social da saúde deve ser vista como um conceito mais ampliado e politicamente construído que envolve a caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de vida da mulher, da sua relação com seu trabalho, com sua vida, como compartilha a vida com outros, com a política vigente (NOGUEIRA, 2010).

Os determinantes sociais e saúde estabelecem uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por

mais das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. O estudo dos determinantes sociais e a relação com a saúde da mulher permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS et al, 2007).

Estudo realizado Santos et al (2011) destaca a importância do olhar de vigilância em saúde sobre alguns elementos de morbimortalidade que têm sido quase que sistematicamente negligenciados e que necessitam uma maior atenção. Dentre esses, salienta-se, ainda, a importância em ser investigadas e detectadas a intercorrência de vários agravos associados a situações de violência de gênero, e também a evidência de certos indicadores quanto à violência associada à conjugalidade e à vida reprodutiva.

5.2 Gênero e Saúde

O indivíduo ao nascer já estabelece sua existência determinada pelas relações de gênero e, portanto, elas serão as mais importantes na hierarquia de determinações sociais e de saúde e mediações que acabam por moldar o perfil epidemiológico. A divisão sexual do trabalho, a divisão sexual do poder na sociedade, assim como a própria construção social do feminino e do masculino se expressam nas diversas modalidades de manifestação da organização social e do papel dos homens e das mulheres na sociedade, seja na dimensão predominantemente econômica, seja nas dimensões sociais, culturais ou políticas propriamente ditas (BARATA, 2009).

A desigualdade ligada ao gênero muitas vezes se torna iniquidade em saúde, uma diferença produzida na saúde pela posição que os indivíduos ocupam na sociedade que colocando as mulheres em desvantagem com relação à oportunidade de ser e manter a sua saúde. Assim, as desigualdades definem relacionamentos essencialmente baseados no poder e no acesso e posse de bens, serviços e riqueza. Consequentemente, os frutos dos esforços sociais acumulados ao longo de gerações são desigualmente distribuídos originando grupos com maior vulnerabilidade social (MIRANDA et al,2020).

As desigualdades sociais de gênero podem gerar as vulnerabilidades, quando instaladas, requerem uma abordagem de política pública que proteja os indivíduos desse contexto desfavorável. Cabe ao poder público ampliar o acesso desses indivíduos a um conjunto de bens e serviços públicos e também privados, para que possam compartilhar uma vida social em igualdade de direitos. Para que haja superação dos déficits se torna necessário a construção política específica para que esses indivíduos possam ingressar num patamar de cidadania que os leve a uma condição mais igual (TAVARES et al 2020).

A questão das iniquidades em saúde deve buscar soluções fora do sistema fechado de saúde, visando uma articulação com outros sistemas de políticas sociais e proteção social (MIRANDA et al,2020).

O ser mulher, traz marca da naturalização, do inquestionável, já que dado pela natureza. Desse modo, todos os espaços de aprendizado, os processos de socialização vão reforçar os preconceitos e estereótipos dos gêneros como próprios de uma suposta natureza (feminina e masculina), apoiando-se sobretudo na determinação biológica. A diferença biológica vai se transformar em desigualdade social e tomar uma aparência de naturalidade (SUAREZ, 2000).

Estudo realizado por Quadros (2004) mostra que as desigualdades de rendimentos pessoais associadas a gênero e raça são pouco acentuadas no interior de cada nível social ou grupo sócio ocupacional. Desse modo, ainda nos deparamos com os negros e as mulheres em situação de desigualdade, quando comparados com homens brancos. Desta forma, as distorções localizar-se-iam fundamentalmente nas distintas condições de acesso às ocupações melhor remuneradas.

Estudos avaliam as eventuais associações das desigualdades raciais e a relação com a situação de saúde da população brasileira. Ao pesquisar saúde reprodutiva de negras e brancas, segundo um conjunto de características socioeconômicas e demográfica observou-se diferenças encontradas na área da reprodução, menor nível de escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde entre as negras e melhor desfecho entre as mulheres brancas (BERQUÓ et al, 2016).

Apesar da suposta igualdade entre os sexos na sociedade contemporânea, onde os papéis femininos e masculinos na sociedade brasileira passaram a ser questionados e modificados, afetando a família e revelando problemáticas que demandam atenção, é possível observar que as interações e socialização ocorrida dentro do âmbito familiar ainda funciona como mecanismo de imposição e reforço de papéis “naturalizados” como femininos e masculinos, contribuindo para a persistência das condições sociais de desigualdade (CARVALHO et al, 2019) .

5.3 Saúde reprodutiva e sexual da mulher

As desigualdades sociais afetam especialmente as mulheres no mundo em desenvolvimento, com reflexos sobre a saúde das mulheres e sobre os indicadores de saúde reprodutiva.

A definição de saúde integral da mulher distingue a saúde da mulher, da saúde reprodutiva e da saúde sexual. A mulher passa ser interpretada não apenas por um ser capaz de reproduzir, mas como sujeito e não como objeto reprodutivo, surgindo para se contrapor à ideia de saúde materno–infantil. No espaço das práticas de saúde, a ideia da reprodução como direito e não como dever. A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina (VILLELA, sd)

As mulheres têm necessidades de saúde específicas e que mulheres e corpos femininos são mais do que fábricas e reservatórios de bebês.

A utilização dos determinantes sociais da saúde como ferramenta de avaliação da assistência à mulher no planejamento reprodutivo permite conhecer a influência direta desses determinantes sobre a escolha dos métodos contraceptivos. A partir do conhecimento sobre os determinantes entende-se que só a oferta dos métodos contraceptivos não são suficientes para um planejamento reprodutivo seja implementado de maneira efetiva e segura (FERREIRA et al, 2019).

A mortalidade de mulheres em idade fértil ocorre em sua maioria por causas evitáveis relacionadas ao desenvolvimento urbano e ao novo perfil de mulheres independentes e expostas à práticas, hábitos e comportamentos até então predominantes na população masculina como fumar, beber e maior liberdade sexual, deixando-as expostas ao estresse e a outros fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis (PITILIN et all, 2019).

A mortalidade neonatal e materna quando analisada revelam a importância da prevenção de gestações de risco focadas na atenção à saúde da mulher em idade reprodutiva e na assistência adequada ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sendo, portanto, passíveis de serem modificados (KASSAR et all, 2012).

Em relação a saúde reprodutiva, estudo realizado por Lauriano (2009), revelou que o processo de aborto, mesmo que espontâneo, por ser percebido pela mulher como um fracasso diante da sua capacidade vital de ser mãe, circunda também em sua vivência a possibilidade de ser pecadora e/ou criminosa, em decorrência do princípio social e legal o aborto como crime, acarretando o desgaste psicológico e social.

O fator econômico se revela como determinante dos comportamentos ou dos usos da sexualidade para ambos os sexos (GONZALVES et all, 2008).

O estudo realizado por Goes (2019), evidencia que o racismo e suas manifestações atravessam o percurso reprodutivo das mulheres negras com abortamento; a mulher negra se encontra em contextos menos favoráveis à continuidade da gravidez e apresentando maiores dificuldades pessoais na busca de cuidado e finalmente no acesso à atenção hospitalar para efetivação dos cuidados pós-aborto.

As mulheres têm sido expostas a risco de adoecimento e morte ligados à esfera reprodutiva, a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no contexto do Sistema Único de Saúde, deve garantir os direitos e a saúde sexual e reprodutiva de forma manter a equidade de gênero e assim contribuir para a redução dessas iniquidades.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das evidências disponíveis na literatura sobre a influência dos determinantes sociais e a saúde reprodutiva da mulher é inegável a necessidade de investimentos no conjunto de políticas sociais que, potencialmente, estão associadas à promoção de condições de saúde mais equitativas e políticas de educação, trabalhistas, proteção social,

políticas de gênero e moradia. É necessário converter esses compromissos em políticas eficazes

O monitoramento das desigualdades em saúde deve oferecer suporte a políticas que visem reduzir a desigualdade.

Ressalta-se a importância de introduzir práticas de educação continuada nas escolas, sociedades por meio de políticas públicas voltadas para facilitar o processo de ressignificação dos papéis de gênero na atualidade

REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível: barata-9788575413913-06.pdf (scielo.org) Acesso: 24/04/2021

BERQUÓ, E; LAGO, T.D.G. **Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.550-560, 2016 Disponível: 1984-0470-sausoc-25-03-00550.pdf (scielo.br) Acesso: 24/04/2021

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007 Disponível: determinantes sociais da saúde pdf - Bing Acesso: 24/04/2021

CARVALHO J.B; MELO, M.C. **A FAMÍLIA E OS PAPEIS DE GÊNERO NA ADOLESCÊNCIA** Psicol. Soc. vol.31 Belo Horizonte 2019 Epub Dec 20, 2019 Disponível: FAMILY AND GENDER ROLES ON ADOLESCENCE (scielo.br) Acesso: 24/04/2021

CONILL, E.M; XAVIER, D.R; PIOLA, S.F; FERNANDES, S.F; BARROS, H.S; BÁSCOLO, E. **Determinantes** CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível: noronha-9788581100166-03.pdf (scielo.org) Acesso: 24/04/2021

FERREIRA, HLOC; BARBOSA, DFF; ARAGÃO, VM; OLIVEIRA, TMF; CASTRO, RMB; Aquino, PS; PINHEIRO, AKB. **Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(4):1101-8. Disponível: 72_4_POR.indd (scielo.br) Acesso: 26/04/2021

GADELHA IP, DINIZ FF, AQUINO PS, SILVA DM, BALSELLS MMD, PINHEIRO AKB. **Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up**. Rev Rene. 2020;21: e42198. Disponível: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198> Acesso: 24/04/2021

GOES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. Disponível:<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29007> Acesso: 24/04/2021

GONÇALVES, H; BÉHAGUE, D.P; GIGANTE, P.D; MINTEN, G.C; HORTA, B.L; CESAR G VICTORA, C.G; BARROS, F.C. **Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS**. Rev Saúde Pública 2008;42(Supl. 2):34-41

KASSARA S.B; MELOB, A.M.C; COUTINHOC, S.B; LIMAD, M.C; LIRAE, P.I.C. **Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history.** Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v89n3/v89n3a09.pdf> Acesso: 21/05/2021

LAURIANO, A.G. **Relação de violência na gravidez e processo de abortamento: uma preceptiva da gestante.** Disponível: Untitled Document (uerj.br) Acesso: 21/05/2021

MIRANDA, W. D; SILVEIRA, F; PAES, R.S. – **Epidemiologia, população e determinantes sociais e ambientes da saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 32 p. – (Textos para Discussão; n. 47). Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/12/SaudeAmanhaTD47_WanessaMiranda_et al.pdf Acesso em: 26/04/2021.

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária.** [Rio de Janeiro]: Cebes, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde). ISBN 978-85-88422-13-1. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/determinacao-social-saude-reforma-sanitaria>. Acesso em: 26/04/2021.

PITILIN E.B, SBARDELOTTO T. **Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo entre dois Períodos.** Rev Fund Care Online.2019. abr./jun.; 11(3):613-619. DOI: Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.613-619> Acesso: 21/05/2021

QUADROS, W. **Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente.** Estud. av. vol.18 no.50 São Paulo Jan./Apr. 2004 Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100010&lng=pt&lng=pt Acesso em: 26/04/2021.

SANTOS, E. K. A.; ZAMPIERI, M.F M.; OLIVEIRA, M. C; CARCERERI, D. L; CORREA, A. P. TOGNOLI, H. **Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade a Atenção à Saúde da Mulher.** Disponível: Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES): Avaliação de padrões de risco e de vulnerabilidade na atenção à saúde da mulher (unasus.gov.br) Acesso: 21/05/2021

SUAREZ, M. Gênero: uma palavra para desconstruir ideias e um conceito empírico e analítico. In: ENCONTRO DE INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS DO FUNDO DE GÊNERO NO BRASIL, 1, 2000. Gênero no mundo do trabalho. Brasília: [s.n.] 2000.

SOARES, V.M.N. **Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná.** Rev Bras Epidemiol 2007; 10(3): 293-309 Disponível: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2007.v10n3/293-309/pt> Acesso: 21/05/2021

TAVARES, A. B.; SILVEIRA, F.; PAES-SOUSA, R. **Proteção Social e COVID-19: a resposta do Brasil e das maiores economias da América Latina.** Revista NAU Social, v.11, n.20, p. 111 – 129, Maio/out. 2020. <https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36599>. Acesso em: 21/05/2021

VILLELA, W. **Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher** Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Disponível: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/saude-integral-sexual-mulher.pdf> Acesso: 24/04/2021

CAPÍTULO 4

A MATEMÁTICA E OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR NOS PROFESSORES DÁ REDE PÚBLICA DE MAJOR GERCINO-SC E BOTUVERÁ-SC

Data de aceite: 01/09/2021

Nilton Rosini

Doutor em Farmácia (Análises Clínicas).
Farmacêutico-Bioquímico da Gerência de
Saúde da 16ª SDR
Brusque, SC, Brasil
Orcid: 0000-0001-5477-1554

Solange Aparecida Zancanaro Opermann Moura

Supervisora de Educação da Gerência de
Educação da 16ª SDR
Brusque, SC, Brasil

Ivonir Zanatta Webster

Gerente de Saúde da Gerência de Saúde da
16ª SDR
Brusque, SC, Brasil

Marcos José Machado

Doutor em Ciências (Bioquímica). Docente do
Departamento de Análises Clínicas da UFSC
Florianópolis, SC, Brasil
ID Lattes: 8378555297355806

Edson Luiz da Silva

Doutor em Farmácia (Análises Clínicas).
Docente do Departamento de Análises Clínicas
da UFSC
Florianópolis, SC, Brasil
ID Lattes:4980857058273239

RESUMO: Objetivamos demonstrar a importância da matemática nas dosagens bioquímicas e análise estatística do perfil lipídico, glicose e ácido úrico, fatores de risco cardiovasculares. Verificar

o melhor parâmetro para identificar dislipidemias. Participaram 67 professores dos municípios de Major Gercino-SC(41) e Botuverá-SC (26). Coletada amostra sanguínea (jejum 12-14h) e quantificado: colesterol total (CT), triglicérides (TG), glicose e ácido úrico. Calculado lipoproteína de baixa densidade-colesterol (LDL-c), não-HDL-c (n-HDL-c), Castelli I e II. Aplicada função linear de proporcionalidade direta, médias, desvio padrão e prevalências. As médias (dos parâmetros analisados), permaneceram de acordo com o preconizado. Nas prevalências os professores de Major Gercino foram superiores em CT, LDL-c, HDL-c e n-HDL-c. Observada elevada prevalência nos parâmetros bioquímicos avaliados com possível interação entre eles. Os índices, n-HDL-c e Castelli II, sugerem maior identificação de indivíduos com dislipidemias. A matemática contribuiu para obtenção dos resultados e permitiu a análise estatística dos participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Função Linear de Proporcionalidade Direta. Médias. Desvio Padrão. Análise Estatística. Doença Cardiovascular.

MATHEMATICS AND RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN PUBLIC SCHOOL TEACHERS OF MAJOR GERCINO-SC AND BOTUVERÁ-SC

ABSTRACT: We aim to demonstrate the importance of mathematics in biochemical dosages and statistical analysis of lipid profile, glucose and uric acid, risk factors for cardiovascular disease. Check the best parameter to identify dyslipidemias. 67 teachers from the municipalities of Major Gercino-sc(41)

and Botuverá-sc (26) participated in the study. Blood sample was collected (12-14h fast) and quantified: total cholesterol (TC), high-density lipoprotein-cholesterol (HDL-c), triglycerides (TG), glucose and uric acid. Calculated low density lipoprotein-cholesterol (LDL-c), non-HDL-c (n-HDL-c), Castelli I and II. Applied linear function of direct proportionality, means, standart deviation and prevalence. The means (of the analyze parameters) remained as recommended. In terms of prevalence, Major Gercino`s teachers were higher in the TC, LDL-c, HDL-c and n-HDL-c. A high prevalence was observed in the biochemical parameters evaluated, with possible interaction between them. The indices, n-HDL-c and Castelli II, suggest greater identification of individuals with dyslipidemia. Mathematics contributed to obtaining the results and allowed the statistical analysis of the participants.

KEYWORDS: Linear direct proportionality functions. Averages. Standard deviation. Statistical analysis. Cardiovascular disease.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) compreendem principalmente doenças do coração (destacando o infarto agudo do miocárdio) e doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral). A identificação precoce dos fatores de risco (FR) envolvidos na gênese do processo, fundamentalmente a aterosclerose, (depósito de gorduras e outras substâncias do sangue na parede das artérias), consiste na principal prevenção (XAVIER, 2013).

Neste contexto a alteração na quantidade de lipídios (colesterol total {CT}, lipoproteína de baixa densidade-colesterol {LDL-c}- “colesterol ruim”, lipoproteína de alta densidade-colesterol {HDL-c} – “colesterol bom” e triglicérides {TG}) no organismo de uma pessoa, desenvolvem papel importante na ocorrência da aterosclerose, além de outros FR como hiperglicemia e valores séricos elevados de ácido úrico (XAVIER, 2013).

Assim o presente estudo verificou a utilização da matemática para o conhecimento da concentração no sangue do perfil lipídico, da glicose e do ácido úrico; na análise estatística e para verificar o melhor parâmetro para identificar dislipidemias (CT, LDL-c e TG elevados e HDL-c diminuído) nos professores da rede pública de Major Gercino e Botuverá.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 População de estudo e metodologia analítica

A participação dos professores foi de forma voluntária e após jejum de 12 – 14 horas, foi coletada amostra sanguínea. As amostras foram centrifugadas (750 x g, 10min) para obtenção de soro e quantificação bioquímica de: CT, HDL-c, TG, glicose e ácido úrico. As dosagens bioquímicas foram realizadas por meio de metodologia enzimática, colorimétrica (reação química de cada um dos parâmetros com enzimas específicas para obtenção de cor). A cor obtida foi medida em equipamento (fotômetro) que consiste na medição da energia radiante (luz) transmitida e absorvida, sob condições controladas. A absorbância

ou densidade ótica (DO) obtida (numérica), é inversamente proporcional ao logaritmo da luz transmitida $\{DO = \log(I_0/I)\}$, na prática para uma DO igual a zero a concentração do parâmetro é zero, relação conhecida como Lei de Beer (EVENSON, 1996, p. 54).

Paralelo à reação com as amostras (soros), foram realizadas reações com soluções de concentração conhecida denominada de padrão ou calibrador, obtendo-se as respectivas DO. A concentração final em mg/dL é obtida na comparação das DOs (padrão e desconhecido) aplicando a função linear de proporcionalidade direta:

$$DO_p \text{-----} [P] = Y \text{ mg/dL}$$

$$DO_t \text{-----} X \text{ mg/dL} \quad \text{então} \quad X(\text{mg/dL}) = (DO_t/DO_p) \times [P] \quad (1).$$

Onde: DO_p = densidade ótica do padrão (concentração conhecida); $[P]$ = valor em mg/dL do padrão ou calibrador. Os valores para essas unidades são constantes. DO_t = densidade ótica do teste (diferente para cada reação); "X"mg/dL = concentração final de CT na amostra, que é dependente e proporcional a variável "Y".

Exemplo: $DO_t = 0,290$; $DO_p = 0,345$; $[P] = 200,0$ mg/dL;

$$\text{"X"mg/dL} = (0,290/0,345) \times 200,0; \quad \rightarrow \quad \text{"X"mg/dL} = 168,0 \text{ mg/dL.}$$

Como os parâmetros analisados seguem a Lei de Beer (função linear de proporcionalidade direta), é possível utilizar um fator de calibração (FC), calculado da seguinte forma:

$FC = [P]/DO_p$, isolando "P" se substituindo na fórmula (1). Assim a equação fica

$$\text{"X"mg/dL} = FC \times DO_t.$$

Exemplo: $FC = 200/0,345 \rightarrow FC = 580 \rightarrow CT\text{mg/dL} = 580 \times 0,290 = 168,0$ mg/dL.

A LDL-c é estimada pela fórmula de Friedwald: $LDL\text{-c} = CT - (TG/5 + HDL\text{-c})$ (FRIEDWALD, LEVY, FREDRICKSON, 1972), onde: CT = concentração de colesterol total em mg/dL; TG/5 = concentração de triglicérides em mg/dL dividido por 5, correspondendo a fração de lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL); HDL-c = concentração de HDL-colesterol em mg/dL.

2.2 Cálculos de índices e estatística

O não-HDL-colesterol (n-HDL-c) foi estimado pela diferença entre CT e HDL-c ($n\text{-HDL-c} = CT - HDL\text{-c}$). Índice de Castelli I pela razão $CT/HDL\text{-c}$ e índice de Castelli II $LDL\text{-c}/HDL\text{-c}$ (CASTELLI, ABBOTT, MCNAMARA, 1983).

Para a análise estatística dos parâmetros bioquímicos, foi utilizada a média obtida por meio do teste *t* de Student e respectivo desvio padrão (DP)

Verificada a prevalência (percentual) de professores que se encontravam com valores além do recomendado (todo o grupo e de acordo com o município de origem). Aplicado o teste Qui-Quadrado (χ^2) (teste de χ^2 compara as proporções entre os dois grupos).

2.3 Valores de Referência

Visando a identificação de alterações nos parâmetros pesquisados, foram considerados os valores classificados como “desejáveis” da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (XAVIER, 2013).

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 67 professores (61 do sexo feminino), 41 de Major Gercino e 26 de Botuverá. Calculadas as médias, dos parâmetros analisados, de todo o grupo e de acordo com a origem dos professores, observamos que os valores permaneceram de acordo com as recomendações da V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose (XAVIER, 2013), além de semelhante entre os grupos (resultados não demonstrados).

Os professores de Botuverá foram superiores nas prevalências de TG, Castelli I, II, glicose e ácido úrico, elevados. Nos demais a superioridade coube aos professores de Major Gercino. (CT, LDL-c, HDL-c e n-HDL-c = $P < 0,031$) – Figuras 1 e 2.

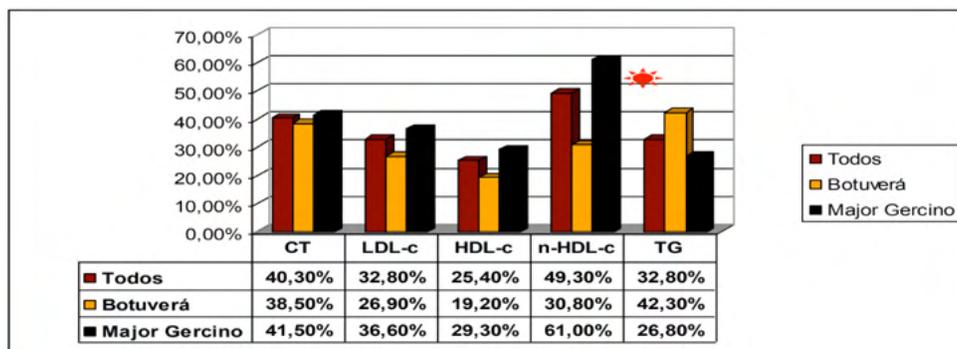


Figura 1 – Prevalência de professores de Botuverá e Major Gercino com valores não recomendados no colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL-c); lipoproteína de alta densidade (HDL-c); não-HDL-c (n-HDL-c) e triglicérides (TG). * $P < 0,05$ na comparação de n-HDL-c entre os professores de Botuverá e Major Gercino (teste Qui-Quadrado).

Fonte: autor, 2015.

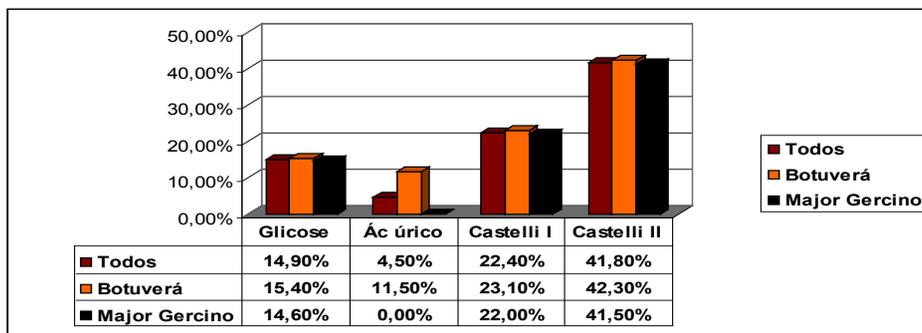


Figura 2 – Prevalência de professores Botuverá e Major Gercino com valores não recomendados nos parâmetros de glicose, ácido úrico, Castelli I e Castelli II. Não houve diferença estatística - Teste Qui-Quadrado ($P > 0,05$).

Fonte: autor, 2015.

No grupo analisado os índices, n-HDL-c e Castelli II, foram superiores na identificação de indivíduos com dislipidemias (Figuras 1 e 2).

4 | DISCUSSÃO

Os estudos bioquímicos aliados aos conhecimentos das áreas de química e física e que possuem na matemática importante alicerce, permitiram o desenvolvimento de técnicas e metodologias analíticas aplicadas nos laboratórios (EVENSON, 1996, p. 54). Na prática esses conhecimentos possibilitam a quantificação laboratorial de parâmetros lipídicos, glicose e ácido úrico, importantes ferramentas para estabelecer medidas preventivas para as DCVs, quando o valor encontra-se alterado (XAVIER, 2013).

No grupo analisado foram encontrados diferentes percentuais de alterações nos parâmetros pesquisados, constituindo em alguns dos participantes, em múltiplos FR. A redução da morbidade e mortalidade das DCVs continua sendo meta a ser atingida, no entanto sua complexidade aumenta na presença de múltiplos FR (XAVIER, 2013).

Por outro lado determinados índices, obtidos matematicamente a partir de parâmetros lipídicos quantificados, permitem a identificação de indivíduos com alterações metabólicas não visualizadas nas dosagens de seus componentes de forma isolada. Assim o n-HDL-c identificou 49,3%, enquanto Castelli II 41,8%, de indivíduos com valor além do recomendado, percentual superior ao CT (40,3%), LDL-c (32,8%) e HDL-c (25,4%).

5 | CONCLUSÕES

Os professores da rede pública de Botuverá e Major Gercino apresentaram prevalências elevadas nos parâmetros bioquímicos analisados com possível interação entre eles. A utilização de índices (n-HDL-c e Castelli II) sugere uma melhor identificação

de indivíduos com dislipidemias. A matemática contribuiu em várias fases do estudo para que os resultados fossem obtidos, e permitiu a realização da análise estatística dos participantes.

REFERÊNCIAS

CASTELLI, W.P.; ABBOTT, R.D.; MCNAMARA, P.M.; **Summary estimates of cholesterol used to predict coronary heart disease.** *Circulation*, v. 67, n. 4, p. 730-34, 1983.

EVENSON, M.A. Fotometria. In; BURTIS, C.A.; ASHWOOD, E.R. *Tietz Fundamentos de Química Clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p 54-68.

FRIEDWALD, W.T.; LEVY, R.I.; FREDRICKSON, D.S. **Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge.** *Clin Chem*, v. 18, n.6, p. 499-502, 1972.

XAVIER, H.T.; et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 4, supl 1, p. 1-22, 2013.

CAPÍTULO 5

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/09/2021

Yolanda Rakel Alves Leandro Furtado

Fisioterapeuta graduada pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/2759091143447466>

Érika Roméria Formiga de Sousa

Enfermeira, graduada pela Universidade
Estadual da Paraíba- UEPB
Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4098854230287709>

Anna Thays Leal de Sousa

Fisioterapeuta graduada pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/6852856268319067>

Tainá Alves de Souza

Fisioterapeuta graduada pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/8721603022713884>

Keila Formiga de Castro

Enfermeira, graduada pela Universidade
Federal da Paraíba- UFPB
Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/2489517690018781>

Isabela Macêdo Alves

Médica, graduada pela Faculdade de Medicina
de Juazeiro do Norte- FMJ
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/8160297784571919>

Fernanda Ribeiro da Silva

Nutricionista, graduada pela Universidade de
Juazeiro do Norte- UNIJUAZEIRO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/9567818563501383>

Arycelle Alves de Oliveira

Bióloga, graduada pela Universidade Regional
do Cariri- URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/3276779012540324>

Camila Bezerra Nunes Sousa

Fisioterapeuta, graduada pela Faculdade de
Medicina de Juazeiro do Norte- FMJ
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/5853544293227625>

Michele Silva dos Santos

Fisioterapeuta graduada pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/9985351235165053>

Francisca Karina Alves de Araújo

Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/2481082532453177>

Ana Márcia Ventura da Silva

Fisioterapeuta graduada pelo Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO
Juazeiro do Norte-CE

RESUMO: Este estudo possui como objetivo basilar realizar alguns apontamentos no que se refere a violência obstétrica e as. O presente

trabalho científico foi elaborado com base em um estudo bibliográfico, e encontra-se didática e metodologicamente estruturado em três momentos teóricos, quais sejam: primeiramente são apresentados alguns conceitos da violência obstétrica, possibilitando uma melhor compreensão do objeto central de estudo. Ato contínuo temos uma exposição sucintamente quanto as causas e conseqüências da Violência Obstétrica, bem como é suscitado as legislações editadas pelo ministério da saúde a respeito da temática. Por fim, são levantadas algumas considerações quanto a ocorrência da violência obstétrica como questão de violação ao direito à saúde. Na conclusão, retomamos alguns pontos relevantes da temática em estudo, tendo em vista que a relevância da presente pesquisa ocorre pelo fato de que a violência Obstétrica se apresenta como uma questão de saúde pública, cada vez mais incidente nas mulheres que dependem do sistema único de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica. Sistema único de saúde. Dignidade da pessoa humana. Tratamento humanizado.

OBSTETRIC VIOLENCE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE

ABSTRACT: This study has as its main objective to make some notes regarding obstetric violence and the. The present scientific work was elaborated based on a bibliographical study, and is didactic and methodologically structured in three theoretical moments, namely: firstly, some concepts of obstetric violence are presented, enabling a better understanding of the central object of study. Then, we have a brief exposition about the causes and consequences of Obstetric Violence, as well as the legislation published by the Ministry of Health regarding the subject is raised. Finally, some considerations are raised regarding the occurrence of obstetric violence as a matter of violation of the right to health. In conclusion, we return to some relevant points of the subject under study, considering that the relevance of the present research is due to the fact that Obstetric violence presents itself as a public health issue, increasingly incident in women who depend on the single health system.

KEYWORDS: Obstetric violence. Health Unic System. Dignity of human person. Humanized treatment.

1 | INTRODUÇÃO

A temática da Violência Obstétrica nos últimos anos vem ganhando destaque tanto da mídia quanto da iniciativa popular através de manifestações populares liderados por ativistas, assim como também despertou o interesse da esfera parlamentar. A Violência Obstétrica pode ser definida como toda ação ou procedimento que promova a gestante ou parturiente tratamento indigno, rude ou humilhante, seja tal atitude praticada no pré-natal, durante o parto ou até mesmo no pós-parto, fugindo assim totalmente da humanização do atendimento hospitalar.

O presente trabalho científico objetiva estudar a Violência Obstétrica desde a sua conceituação, e possíveis causas e conseqüências, bem como as medidas legislativas pertinentes a temática e as portarias do Ministério da Saúde, quanto à proteção da temática, como uma questão de saúde pública. Quanto às possíveis causas geratrizes da referida Violência, destacam-se: desde a falta de estrutura dos hospitais, a inadequada formação

humanística dos profissionais de saúde, dentre outros fatores

Como já mencionado o cerne do presente trabalho resume-se em conhecer a Violência Obstétrica, para tanto objetivamos conceituar a referida forma de Violência para uma melhor familiarização com o tema, assim como elucidar as principais legislações e portarias protetoras da atenção obstétrica e neonatal.

Nesse estudo, foram investigadas legislações pertinentes ao tema como: a lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 do Estado de Santa Catarina que foi editada com o objetivo de implementar medidas que promovam a informação e proteção à gestante e a parturiente no que se refere aos abusos da Violência Obstétrica e a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante.

Mostra-se relevante socialmente o estudo do tema uma vez que o tema da Violência Obstétrica além de ser pouco difundido e estudado, possui grande incidência dentro dos ambientes hospitalares, a Violência Obstétrica pode ser vislumbrada, por exemplo, através do expressivo número de partos por cesariana no país, que atinge cerca de 55,5% dos partos, ao passo que a taxa indicada pela Organização Mundial da Saúde é que apenas 10% dos partos devem ser realizados através de cesariana, ou seja, por inúmeras vezes as gestantes são submetidas a tal procedimento médico sem a real necessidade, expondo a gestante o bebê a riscos desnecessários, configurando assim tal conduta como um ato de Violência Obstétrica.

Já a relevância científica da presente pesquisa exterioriza-se no sentido de que se trata de matéria recorrente dentro dos ambientes hospitalares, sendo dever dos profissionais da saúde prestar um atendimento digno e humanizado as gestantes e parturientes, sendo, portanto de grande valia a realização desse estudo, sobretudo, no que se refere ao título de especialização que se pleiteia em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família, ampliando tal estudo olhar do pós-graduando(a) para as questões humanísticas da gestão em saúde.

No tocante ao método de pesquisa do trabalho em tela, pode ser considerada como pesquisa de cunho bibliográfica, tendo em vista, que a questão abordada já possui suporte de materiais anteriormente editados, como por exemplo, legislação pertinente, livros e artigos científicos, utilizando-se assim de coleta de dados secundários.

No que se refere, aos propósitos desta pesquisa, pode-se classificar como exploratória, haja vista, que detém como característica essencial a maior familiarização do pesquisador com o problema que será estudado, com o objetivo de torná-lo mais compreensível, no caso em questão busca-se investigar a Violência Obstétrica como uma questão de saúde pública.

2 | O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

É notório que para que alguém possua qualidade de vida é indispensável que a

saúde física e psicológica seja observada, ou seja, é essencial que o ambiente em que o indivíduo se insira seja capaz de proporcionar aspectos sadios para seu desenvolvimento. Contudo, manter tais condições saudáveis é uma tarefa árdua, sobretudo, quando se está inserido dentro de um sistema único de saúde que atende milhares de pessoas diariamente e que por muitas vezes encontra-se limitado e defasado seja pela falta de profissionais suficientes para suprir a demanda, ou pela ausência de estrutura e insumos para desenvolver uma boa assistência.

A Violência obstétrica (VO), também pode ser denominada como: violência institucional ou estrutural na atenção ao parto ou simplesmente como violência no parto, tais denominações são utilizadas para relacionar-se a cada atitude praticada contra uma mulher que esteja gestante, parturiente, puérpera ou até mesmo contra o recém-nascido, para ser considerada como violência obstétrica a violência tem que ser realizada durante a assistência profissional, gerando violação a integridade física e mental, interferido nas suas escolhas, direitos e sentimentos da gestante/parturiente/puérpera.

Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde em 2014 considerou a Violência Obstétrica como uma questão de saúde pública. Nesse sentido, a respeito da Violência Obstétrica Diniz (2015) expressa:

O termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros. (p.03)

Portanto, tem-se que a Violência Obstétrica além de ser uma questão de saúde pública como assim definiu a Organização Mundial da Saúde –OMS no ano de 2014 como também representa uma violação aos Direitos Humanos das mulheres que sofrem abusos pelos profissionais da saúde desde a gestação ao parto e até mesmo no pós-parto.

Nesse sentido temos que a Violência Obstétrica pode ser tida consoante cartilha editada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo como:

Caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamentos desumanizados, abuso na medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (DEFENSORIA PÚBLICA, 2017)

Dessa forma, a violência obstétrica inegavelmente tem suas raízes inerente ao campo de atuação dos profissionais de saúde, quando a gestante, parturiente, mãe em estado de puerpério e até mesmo aos recém-nascidos é dado tratamento desumano, seja impedindo a manifestação de vontade da vítima, seja submetendo-as a tratamentos

médicos abusivos, gerando consequências impactantes no bem-estar na vida das vítimas.

Importante se faz mencionar que na legislação pátria federal não existe ainda uma proteção legal específica a respeito da Violência Obstétrica, mas em países como a Venezuela e a Colômbia, ambos já trazem definição legal quanto a Violência Obstétrica, no ordenamento jurídico pátrio apenas o Estado de Santa Catarina editou lei específica para a temática.

A lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 do Estado de Santa Catarina foi editada com o objetivo de implementar medidas que promovam a informação e proteção à gestante e a parturiente no que se refere aos abusos da Violência Obstétrica, assim como a difusão da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A mencionada Lei conceitua a Violência Obstétrica em seu artigo 2º, vejamos: Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. (SANTA CATARINA, 2017)

A definição trazida pela redação da lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, não foge as definições aqui já explanadas, pois considera como Violência Obstétrica todo ato praticado pela equipe médica do hospital que atende a vítima, entretanto, tal lei apresenta como novos sujeitos ativos como possíveis causadores da Violência Obstétrica como os familiares ou acompanhante que ofenda, de maneira verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período do puerpério.

O art.3º da referida legislação estadual apresenta situações que podem ser tipificadas como Violência Obstétrica, imperioso se faz abaixo destacar as situações de abuso tipificadas como Violência Obstétrica:

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dente outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizadas e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

- VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;
- VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local
- IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia. (SANTA CATARINA, 2017)

Tais atitudes inegavelmente são cada dia mais comuns dentro dos ambientes hospitalares, tanto no sistema único de saúde, como na rede privada de atendimento hospitalar, gerando danos psicológicos e até mesmo físicos as vítimas.

Dentre as inúmeras atitudes acima listadas como Violência Obstétrica, imperioso se faz destacar quanto ao inciso VI que trata sobre a imposição de submeter a gestante a uma cesariana, quando assim não é necessário, expondo a gestante e o bebê a altos riscos para a saúde de ambos.

Quanto ao alto índice de cesarianas no Brasil as estatísticas são alarmantes, haja vista que enquanto a Organização Mundial da Saúde tem como número ideal para a realização de partos por cesariana como 10% dos partos, no Brasil a taxa é de 55,5% dos partos são realizados por cesariana, consoante dados do Ministério da saúde, em comparação com países de primeiro mundo como os Estados Unidos em que a taxa de cesarianas atinge apenas 32,9% dos partos (FILIZOLA, 2019)

Tais estatísticas revelam inegavelmente uma grave forma de violência, tendo em vista que a violência obstétrica se concretiza quando o profissional da saúde utiliza dos seus conhecimentos para que com isso exponha a gestante a técnicas e tratamentos que não são os mais indicados para sua condição, expondo não só a gestante/parturiente ao tratamento traumático e invasivo mais também o recém-nascido.

Como acima já destacado através da menção da Lei do Estado de Santa Catarina, diversas situações violadoras e traumáticas se caracterizam como atos de Violência Obstétrica, destaca-se, portanto que a violência Obstétrica vai desde a proibição de se ter uma acompanhante durante o processo do parto a procedimentos totalmente invasivos como depilação pré-parto.

Insta salientar que para a referida legislação prevê a promoção de políticas públicas de difusão sobre a temática da Violência Obstétrica, como por exemplo: a produção de cartazes e panfletos divulgando quais condutas são consideradas como Violência Obstétrica, visando à promoção de um tratamento digno e saudável a gestante, prevendo também a possibilidade de sanção de multa pelo descumprimento das normas estabelecidas na lei, garantindo o direito ao contraditório e a ampla defesa nos casos de sanção de multa, ou seja, nenhum estabelecimento será sancionado com multa sem antes existir um processo de acusação e defesa dentro da esfera administrativa.

De maneira geral a Violência Obstétrica quando for praticada pode ser denunciada através de órgãos como Secretaria de Saúde do Município, para o disque 100 ou o 136 que compreende o telefone próprio do disque Saúde do Ministério da Saúde.

Quanto as causas da Violência Obstétrica destaca-se primeiramente a falta de formação atualizada e humanística dos profissionais de saúde, sobretudo os profissionais da medicina, que apresenta métodos muitas vezes arraigados as tendências tradicionais, vinculando muitas vezes as condutas de buscar, avaliar e revisar os casos clínicos de maneira tradicional, restringindo os estudantes as técnicas adstritas a padrões técnicos, visando a técnica “engessada” ao invés da boa prestação;

Nesse sentido, novamente filio-me novamente aos dizeres de Dini (2015):

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. Enquanto as melhores evidências são atualizadas e divulgadas rapidamente em publicações eletrônicas, disponíveis via Internet, a maioria dos cursos de medicina tem sua bibliografia baseada em livros desatualizados, com raras orientações aos estudantes sobre como buscar, avaliar e revisar os

estudos disponíveis a respeito de um determinado tema. Isso significa que os formandos têm limitado seu conhecimento sobre a prática baseada em evidência, muitas vezes tratando as melhores práticas, baseadas em evidências, como questões “de opinião”, “de filosofia” e não como o padrão-ouro da assistência. p.06

Portanto, algumas condutas repetitivas na formação dos profissionais de saúde, acarretam em condutas ligadas a técnicas e dogmas estruturais da formação dos profissionais que priorizam técnicas que muitas vezes desprezam o devido tratamento humanístico aos pacientes.

As práticas trabalhistas vinculadas ao modelo Taylorista de produção que impõe ao profissional constante dedicação na jornada de trabalho, entretanto, as práticas laborais exercidas por esses profissionais muitas vezes são desprovidas de reflexão sobre as práticas, exercendo suas atividades profissionais de forma mecanizada, agravando-se tal situação pela raríssima oferta de cursos de formação complementar, voltados para a atualização desses profissionais, juntamente com as longas jornadas de trabalho desses profissionais figuram como os principais agravantes da prática de Violência Obstétrica. (VALLE, 2017)

Assim sendo, a Violência Obstétrica possui como causas desde a falta de formação humanística dos profissionais da saúde que muitas vezes passam a enxergar o paciente como um número ou objeto, devido desde a falta de atualização a mecanização dos processos e tratamentos médicos, bem como as longas jornadas de trabalho em busca de salários dignos agravam a incidência da Violência Obstétrica.

A Violência Obstétrica ocasiona inúmeros traumas e consequências nas mulheres que são vítimas de tratamentos desumanizados, desde traumas psicológicos que ainda necessitam de amplificação em seus estudos e pesquisas a complicações médicas nas cesarianas que possuem lamentavelmente elevadas taxas de comorbidades e nos casos mais extremos ocorre até mesmo à mortalidade da genitora e/ou recém-nascido.

Insta salientar que a Violência Obstétrica está presente desde o tratamento rude e humilhante a submissão a procedimentos médicos desnecessários, como por o acima citado: o parto por cesariana, dessa maneira relevante se faz os dizeres de Dayze Carvalho Santiago e Wanessa Kerlly Silva Souza:

Sabe-se que não existem procedimentos médicos livre de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas e que no decorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto podem ter ocorrências que fogem ao controle, mas não é isso que está em discussão e sim o uso desnecessário desses procedimentos, pois a maioria dos partos pode transcorrer de forma natural sem a necessidade de nenhuma intervenção. (SANTIAGO; SOUZA p.161)

Logo observa-se que embora sempre haja riscos em todo e qualquer procedimento médico, nada justifica a exposição da mulher parturiente a um parto realizado através de uma cesariana que não seria totalmente necessária por exemplo, portanto tem-se que a

mulher que é vítima de Violência Obstétrica a ela é dado não só tratamento desumano, mas lhe é retirado seu direito de escolha de melhor procedimento, estando a equipe médica no papel de detentora do conhecimento, enquanto a gestante/parturiente torna-se mero objeto na relação, sem voz, sem escolha e sem conhecimento.

3 | A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FATOR VIOLADOR AO DIREITO À SAÚDE

O Direito à saúde é direito fundamental inegavelmente ligado ao Direito a Vida, estando expresso na Carta Magna de 1988 em seus arts. 6º e 196 a seguir expressos:

Art.6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art.196.A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, além de fazer parte do rol dos direitos sociais o direito a saúde é dever do estado democrático de direito, devendo com isso serem implementadas políticas públicas que vislumbrem a melhor prestação dos serviços de saúde, objetivando inegavelmente a manutenção da vida e da qualidade de vida.

Dentro da temática da Violência Obstétrica apresenta-se como iniciativa federal foi editada a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como a lei do acompanhante que visa proteger o psicológico da gestante que passa a ter direito a ter um acompanhante quando estiverem em trabalho de parto e também durante o pós-parto, tal legislação tem alcance dentro do Sistema Único de Saúde, redes de atendimento conveniadas, bem como a rede de atendimento privado.

Conforme pode ser observado no trecho abaixo invocado:

Art. 19-J.Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, 2005)

Nesse sentido, toda gestante terá direito a um acompanhante que será indicado pela gestante, permanecendo junto com a mesma durante todo o trabalho de parto e o período do pós-parto, visando com isso dar mais segurança e apoio emocional a gestante, acarretando na proteção da saúde mental da parturiente.

Como medida de proteção a gestante inibição da Violência Obstétrica foi editada portaria pelo Ministério da Saúde de nº. 1.067, de 4 de julho de 2005 que Institui a Política

Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, vislumbrando assim, difundir os direitos e métodos de tratamento dentro da Obstetrícia e a atenção Neonatal.

A edição de tal portaria visa garantir a prestação de serviços de saúde de maneira digna possuindo qualidade e humanização do atendimento com foco nos direitos dos sujeitos tutelados, assim como prevê a mútua responsabilidade entre os profissionais da saúde e os gestores dos ambientes hospitalares, aspirando à proteção dos direitos e das faculdades dos tutelados, não devendo submeter a gestante a tratamento desumano e contrário a sua vontade.

Nesse sentido, pertinente se faz a exemplificação de parte do rol exemplificativo dos diversos direitos e garantias presentes na Portaria de Recomendação do Ministério da Saúde nº. 1.067, de 4 de julho de 2005, em seu art. 2º:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Com isso, entende-se que o tratamento digno a gestante e a parturiente, tem base não apenas constitucional, mas também apresenta uma grande tutela por parte do Ministério da Saúde que ao instituir tal portaria buscou inibir as práticas de Violência Obstétrica na atenção Obstétrica e Neonatal, objetivando pela prestação dos pelos serviços de saúde com caráter digno e humanizado tanto a gestante desde o pré-natal ao momento do parto e do pós-parto, tendo inclusive a já relatada legislação expressa pelo Estado de Santa Catarina que combate a Violência Obstétrica baseada a proteção a gestante nos termos da referida Portaria de recomendação.

Portanto, tem-se que a Violência Obstétrica viola claramente ao Direito social da saúde, sendo o Direito a Saúde um direito intrínseco a pessoa humana, tendo o bem jurídico central a tutela do Direito a Vida e a própria Dignidade da Pessoa Humana, pois ao violar os direitos de uma gestante ou parturiente de ter um tratamento digno seja no pré-natal, seja no pós-parto, afronta diretamente sua saúde seja física ou psicológica e com isso torna-se inegável a preocupação com a temática da Violência Obstétrica como temática inerente a problemática de saúde, em especial a saúde pública que é majoritariamente prestada à

população, através do Sistema Único de Saúde.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou explicar a respeito da Violência Obstétrica, partindo desde a sua definição, a análise ainda que sucinta das causas e consequências desse tipo de Violência, analisando também as legislações pertinentes a presente temática.

Portanto, compreende-se que a Violência Obstétrica configura-se como situações violadoras e traumáticas praticadas tanto no pré-natal, durante o trabalho de parto ou após o parto, portanto a violência Obstétrica vai desde a proibição de se ter uma acompanhante durante o processo do parto a procedimentos totalmente invasivos e humilhantes como depilação pré-parto.

As principais causas ocorrem desde a falta de humanização dos profissionais da saúde que passam a vislumbrar as pacientes como se fossem números ou simples prontuários, cultura essa alimentada desde a formação desses profissionais, e fomentada pela falta de disponibilização por parte dos empregadores de cursos de formação continuada para atualização, inviabilizando eventual melhora na prestação dos serviços hospitalares, bem como o alto nível de trabalho que se submetem tais profissionais. Ressalta-se que tais fatores jamais justificam ou isentam os profissionais que praticam a Violência Obstétrica, mas se apresentam como agravantes.

Quanto à consequências da Violência Obstétrica vai desde a exposição à gestante e o bebê a procedimentos de alto risco de forma desnecessária como, por exemplo, a cesariana que pode acarretar em comorbidades e nos casos mais extremos em morte da gestante e/ou do bebê, assim como os danos psicológicos que podem ser ocasionados a vítima.

Ressalta-se que quanto às consequências psicológicas, essas necessitam de maiores explicações por parte do campo das ciências médicas/psicológicas que apenas se apresentam ainda de forma escassa a respeito da temática, que apenas será transformada tal situação com o fomento da pesquisa.

Outro fator relevante dentro da pesquisa foi o estudo sobre a legislação pertinente ao tema, ou seja, no âmbito legal a temática por seu extenso caráter de saúde pública foi alvo de edição de lei estadual lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 editada pelo Estado de Santa Catarina que visou não só definir situações como Violência Obstétrica, mas também prever sanções ainda que administrativas para o descumprimento as normas ali positivadas.

No que se refere à Portaria editada portaria pelo Ministério da Saúde de nº. 1.067, na data de 4 de julho de 2005, que Instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, vislumbrando assim, difundir os direitos e métodos de tratamento adequados dentro da Obstetria e a atenção Neonatal.

Como já relatado, a edição de tal portaria visa garantir a prestação de serviços de saúde de maneira digna, garantindo qualidade e humanização do atendimento com foco nos direitos dos sujeitos tutelados, assim como prevê a mútua responsabilidade entre os profissionais da saúde e os gestores dos ambientes hospitalares, aspirando à proteção dos direitos e das faculdades dos tutelados.

Destaca-se também que o presente estudo analisou a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que ficou conhecida como a lei do acompanhante que visa proteger o psicológico da gestante possui o direito a ter um acompanhante durante o trabalho de parto e também durante o pós-parto, vislumbra-se que tal legislação tem alcance dentro do Sistema Único de Saúde, redes de atendimento conveniadas, bem como a rede de atendimento privado, revelando assim, mais uma forma de preocupação do legislador pátrio com a temática de saúde pública da Violência Obstétrica, haja vista que fora necessário a edição de uma lei para que as gestantes tivessem a cesso a um direito tão básico que é o acompanhamento durante e pós o parto.

Portanto, a temática da Violência Obstétrica é antes de tudo uma violação ao próprio Direito Constitucional à Saúde, que ameaça a dignidade da pessoa humana e por conseguinte, por ser a saúde um direito de cunho fundamental, passa a apresentar-se como uma temática de extensa relevância para a saúde pública, sendo de grande valia para o profissional da saúde o conhecimento de tais legislações, para assim objetivar a promoção de uma prestação de serviços mais humanizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm Acesso em: 10 set. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica você sabe o que é?.** EDEPE - Escola da Defensoria Pública do Estado abril de 2017, São Paulo. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTETRICA.PDF. Acesso em: 01 set. 2020.

DINIZ, Simone Grilo. et al. **Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua intervenção.** Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 01 de setembro de 2020.

FILIZOLA, Paula. **Taxa de Cesarianas no Brasil é quase duas vezes superior à dos EUA.** Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/taxa-de-cesarianas-no-brasil-e-quase-duas-vezes-superior>. Acesso em: 08 de setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 17 de janeiro de 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 04 de setembro de 2020.

SANTIAGO; Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerly Silva. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise das consequências.** Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf. Acesso em: 08 de setembro de 2020

VALLE, Daniela. **Violência no parto: as causas reais.** Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/violencia-obstetrica-as-causas-reais/>. Acesso em: 02 de setembro de 2020.

ACESSO À SAÚDE BUCAL NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Data de aceite: 01/09/2021

Louane Marcelle Maia Vieira Freitas Soares

Cirurgiã-dentista, especialista em odontopediatria pelo Ápice cursos

Clovis Stephano Pereira Bueno

Cirurgião-dentista; mestre e doutor em endodontia pela São Leopoldo Mandic; professor e coordenador dos cursos de odontopediatria e endodontia do Ápice cursos

Karlla Almeida Vieira

Cirurgiã-dentista; mestra e doutora em odontopediatria pela FOP/unicamp; professora e coordenadora do curso de especialização em odontopediatria do Ápice cursos; professora titular III do cesmac

RESUMO: Prevenção é ação mais efetiva e de menor custo nos cuidados com a saúde bucal. Desmistificação da cultura curativista por meio dos usuários na odontologia é um grande desafio, porém cada vez menor. Os estudos sobre os primeiros 1000 dias de vida vem se intensificando e com isso as práticas preventivas tornando-se destaque e indispensáveis, tendo em vista que, essa é uma fase de adaptação, conhecimento e fortalecimento de hábitos que influênciam nos próximos anos de vida. O acesso a saúde bucal nos primeiros anos de vida é fundamental para garantir e incentivar essa prática com o objetivo no futuro de uma população com um menor índice da doença cárie e consequentemente a diminuição de perdas dentárias por essa doença, gerando maior qualidade de vida. Diante desse

contexto, este trabalho tem como objetivo uma revisão de literatura abordando o acesso à saúde bucal na primeira infância, contexto familiar, possíveis fatores que causem interferência e estratégias facilitadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso, Saúde bucal, Saúde Materno-Infantil, Pré natal odontológico, 1000 dias, Saúde pública, Prevenção e Cárie Dentária.

ACCESS TO ORAL HEALTH IN THE FIRST YEARS OF LIFE

ABSTRACT: Prevention is a more effective and less costly action in oral health care. Demystifying the curative culture through users in dentistry is a great challenge, but less and less. Studies on the first 1000 days of life have been intensified and, with that, preventive practices becoming prominent and indispensable, considering that this is a phase of adaptation, knowledge and strengthening of habits that influence the next years of life. Access to oral health in the first years of life is essential to guarantee and encourage this practice with the objective in the future of a population with a lower rate of caries disease and, consequently, the reduction of tooth loss due to this disease, generating a higher quality of life. Given this context, this study aims to review the literature addressing access to oral health in early childhood, family context, possible factors that cause interference and facilitating strategies.

KEYWORDS: Access, Oral health, Maternal and Child Health, Dental prenatal care, 1000 days, Public health, Prevention and Dental caries.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência odontológica no Brasil, no decorrer de vários anos, se caracterizava por modelos de atenção fragmentados e práticas mutiladoras. A ruptura desse padrão odontocentrado veio gradualmente com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, com reorganização das práticas de saúde e ampliação do acesso aos serviços odontológicos a milhares de brasileiros^{1,2}.

Historicamente, esses modelos deixaram traços marcantes na prática odontológica atual. Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), só tinham direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social), a exemplo do que também acontecia em outros setores da saúde. Essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD). Com o SUS, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente e não mais se admite exclusão de grupos populacionais^{1,3}.

É alvo de interesse e preocupação por parte da sociedade brasileira a qualidade dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde destina grande destaque pela busca da qualidade dos serviços de assistência à saúde no Brasil. Isso se dá pela importância da adequação das políticas públicas às necessidades da população e do retorno adequado dos investimentos, que se reflete na melhoria da situação de saúde do país^{4,5}.

No momento atual, a Saúde da Família é vista como estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da atenção primária no Brasil, confirmando os princípios e os valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma ampla visão da saúde da família, no seu território de vida. Se baseando em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção. A articulação deve garantir o foco na identificação de vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social^{1,3}.

A equidade no cuidado à saúde é frequentemente definida com base no acesso aos serviços de saúde. O caráter multifatorial do conceito de acesso busca indicar como operacionalizar a superação das iniquidades do acesso presente nos sistemas de saúde, a partir de uma discussão que inclui a relação entre os indivíduos e o sistema. O acesso não é sinônimo de utilização de serviços, pois sofre influência de diversos fatores que modificam a oportunidade de utilização das pessoas – por exemplo, a liberdade em fazê-lo, fator que pode ampliar ou diminuir a equidade. Os determinantes do acesso podem ser resumidos em três dimensões: “disponibilidade”, “capacidade de pagar” e “aceitabilidade”^{6,7}.

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural,

que extrapolam a assistência à saúde. Acesso implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou a utilização de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza⁸.

Para reordenar o modelo de atenção à saúde bucal, alinhando-o ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente⁹ instituiu diretrizes programáticas com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços odontológicos e qualificar o cuidado acolhedor, integral e centrado nas necessidades das pessoas¹⁰. Situa-se como uma das mais amplas políticas públicas odontológicas mundiais, porém análises epidemiológicas não demonstram tão evidentemente relações entre o impacto da ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na utilização (acesso) aos serviços odontológicos. Índícios apontam para a ideia de que a expansão do número de ESB, por si só, pode não garantir aumento no uso ou na qualidade dos serviços^{11,12}.

A saúde bucal faz parte da saúde geral e deve ser acessível a todas as pessoas, independentemente de idade, etnia, crença, cor, sexo ou situação socioeconômica. A odontologia procurou mudar a abordagem curativa dos problemas bucais para um trabalho mais amplo que visa conhecer e atingir os fatores determinantes do processo saúde-doença. Essas mudanças promovem conscientização da manutenção da saúde com medidas e estratégias para que a assistência odontológica seja iniciada precocemente, evita e/ou reduz, assim, as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. A odontologia para bebês tem ganhado boa atenção em todo o mundo e se tornou uma opção na prevenção e no controle de doenças bucais na primeira infância¹³.

O período considerado como os mil dias de vida, é caracterizado pelos 270 dias da gestação juntamente com os 730 dias, até que o bebê complete dois anos de idade. Essa é uma fase muito intensa e requer muita atenção, pois é crucial para o desenvolvimento físico e mental da criança¹⁵, trata-se de um período importante no qual ocorre o estabelecimento de alguns hábitos e escolhas que irão influenciar o futuro do bebê. Este é uma fase propícia para o estabelecimento de hábitos saudáveis, visto o seu impacto em indicadores de saúde e doença ao longo do ciclo de vida. Análises das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmam a importância dos dois primeiros anos de vida como uma "janela de oportunidades" para promoção da saúde e do capital humano de uma população¹⁶.

Em 24 de junho de 2011, Institui no âmbito do Sistema único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha, de acordo com a PORTARIA N- 1.459. A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, fase gestacional, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança¹⁷. Foi instituído também, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em virtude da **PORTARIA GM/MS Nº 3.830, DE 29**

DE DEZEMBRO DE 2020. Estabelecido no anexo I de acordo com a Nota Técnica n-5/2020 – DESF/SAPS/MS inclui como meta o indicador: a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado¹⁸. São estratégias do Ministério da Saúde que entende que a gestação deve ser um momento para construir a educação em saúde, voltada para o bem-estar do binômio mãe-filho

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal ressaltam que as mães têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos na primeira infância, logo é importante que durante o pré-natal sejam introduzidas ações educativo-preventivas⁹.

A saúde bucal durante o período gestacional tem íntima relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar no bem-estar do bebê. A prevenção, desde os primeiros anos de vida, auxilia no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis, que irão refletir na manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a sua vida^{19,20}.

Nesse contexto social, político e técnico é que emerge o objetivo principal do estudo: que é descrever o acesso a saúde bucal nos primeiros anos de vida, abordando incentivos e qualidades dessa prática.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foram feitas pesquisas a respeito do acesso a saúde bucal, os cuidados com a saúde bucal na primeira infância e sua relevância e a disposição e efetividade de políticas públicas que incentivem e viabilizem esse acesso. A revisão de literatura foi realizada a partir de busca de periódicos disponíveis nas bases de dados online *Scielo (Scientific Electronic Library)*, *Medline/PubMed*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BMC Public Health, Google Acadêmico e sites do Ministério da Saúde, utilizando os descritores: Acesso, Saúde bucal, Saúde Materno-Infantil, Pré natal odontológico, 1000 dias, Saúde pública, Prevenção e Cárie Dentária:, nos quais foram selecionados os que tiveram mais relevância dentro do tema abordado.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

Pré Natal Odontológico

A saúde bucal durante o período gestacional tem íntima relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar no bem-estar do bebê^{19, 21}. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal considera que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança⁹.

Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada

para uma consulta odontológica ⁹. Desta maneira, o cirurgião-dentista deverá estar ciente de que seu trabalho com as gestantes terá fundamental importância na prevenção de hábitos inadequados e de doenças bucais indesejáveis durante a gestação. Além disso, um trabalho educativo com as mesmas, focando a necessidade da mulher ser acompanhada pelo cirurgião-dentista nessa fase de sua vida, faz parte das atribuições desse profissional que deve visar não apenas um trabalho curativo, mas a busca de ferramentas necessárias para que as gestantes possam manter uma rotina que lhes propicie qualidade de vida²².

Primeiros 1000 dias

Os primeiros 1.000 dias de vida compreendem desde o momento da concepção até os dois anos de idade da criança, sendo 270 dias da gestação mais 365 dias do primeiro ano de vida somado aos 365 dias do segundo ano de vida. É um período conhecido como “janela de oportunidades” uma vez que tanto os hábitos atitudes adotadas neste período repercutirão em indicadores de saúde e doença durante todo o ciclo de vida. Os Odontopediatras podem contribuir realizando orientações às gestantes sobre como prevenir e tratar agravos de saúde bucal e, também realizar orientações para promover a saúde bucal do bebê, principalmente em relação ao aleitamento materno, hábitos de sucção, higiene dentária, e a importância da nutrição e escolha de práticas alimentares saudáveis neste período para o adequado desenvolvimento da saúde bucal e geral¹³.

Bem como o período neonatal, a ocorrência de fissuras orais e defeitos de desenvolvimento de esmalte, importância do cálcio e vitaminas durante gestação. Ademais, após o nascimento, a importância da amamentação, práticas alimentares e sua relação com a cárie dentária, e ainda a relevância do núcleo familiar. Concluímos, portanto que a atuação da Odontopediatria nos primeiros 1000 dias de vida é fundamental, através da orientação, prevenção e cuidados desde as gestantes, recém nascidos e bebês até os dois anos, enfatizando hábitos nutricionais e de higiene, ou seja, compartilhando educação em saúde²³.

A anquiloglossia ou o encurtamento da porção lingual livre, presente em 4 a 11% dos neonatos, é uma alteração congênita caracterizada por um freio lingual curto²⁴. A dificuldade na amamentação tem sido relatada entre 25 e 60% dos casos de anquiloglossia em bebês^{25,26}. Diante da importância do diagnóstico e da necessidade de indicação de tratamento precoce de limitações dos movimentos da língua causados pela anquiloglossia, e da possibilidade de gerar alterações tardia e do procedimento cirúrgico ser considerado em neonatos ser considerado simples, sem grandes complicações, O “Teste da Linguinha” foi criado em 2012, sendo estabelecido como obrigatório inicialmente no Município de Brotas - São Paulo. A partir de então, vários municípios passaram a aprovar Leis Municipais a respeito da obrigatoriedade do exame²⁷. Consequentemente, foi proposto e aprovado sob Lei Federal n° 13.002, em 20 de junho de 2014²⁸, entrando em vigor 180 dias após a publicação oficial. Considerando um assunto de relevância para ser explicado aos pais e

disseminado para rede de profissionais da saúde

Conhecimento dos Pais

Percepções dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos podem influenciar as decisões de saúde bucal e os cuidados com a saúde²⁹. A saúde é produto da interação com a família, cultura, estrutura social e desenvolvimento físico. Ações de promoção de saúde bucal voltada à primeira infância devem priorizar a educação dos pais, auxiliando na construção de hábitos saudáveis que irão diminuir a ocorrência de doenças e melhorar a saúde bucal de toda família³⁰.

Acesso

O Ministério da Saúde visa buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Ainda segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal é importante desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade⁹.

Dentre os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, onde está inserida a Estratégia de Saúde da Família, a garantia do acesso e o uso dos serviços de maneira efetiva tem um caráter fundamental. Entretanto, muitas vezes, os conceitos de acesso e acessibilidade são utilizados com pouca clareza e de forma confusa. Para facilitar a compreensão desses termos, define-se acesso como “porta de entrada” no serviço de saúde, sendo exemplificado pelo local de acolhimento do usuário e pelos caminhos percorridos por este dentro do sistema⁹. De outra forma, acessibilidade é vista como um conceito mais amplo, correspondendo a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população³¹.

Assim, acessibilidade corresponde a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população. Para tanto, distingue-se duas dimensões deste conceito: uma sócio organizacional que diz respeito às características de oferta dos serviços, tais como políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função da sua condição social, situação econômica ou diagnóstica, visando garantir equidade nas ações; e outra que seria geográfica, relacionada diretamente com a distância linear, tempo de locomoção e custo da viagem³².

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. 1 Para fazer

frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO). Os CREO serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica⁹. O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal. Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos³³.

4 | DISCUSSÃO

Acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada do serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta e de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população³⁴. Este estudo se propôs avaliar o acesso a saúde bucal, buscando entender os fatores que estão interligados à consulta odontológica na primeira infância.

Um dos principais desafios dos sistemas de saúde é promover a redução das desigualdades no acesso, permitindo que a atenção à saúde seja prestada de acordo com as necessidades de saúde, sem diferenças na utilização dos serviços entre os grupos populacionais devido a fatores não relacionados à saúde³⁵.

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde vem adotando estratégias que qualifique e ampliem o acesso dos usuários, instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011, buscando induzir processos que garantam maior acesso e qualidade da Atenção Básica e respostas mais adequadas às necessidades da população. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, vinculadas a um incentivo financeiro mensal variável por meio dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal³⁷, nesse mesmo ano instituiu no âmbito do Sistema único de Saúde- SUS- a Rede cegonha¹⁷ e recentemente foi instituído também, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em virtude da **PORTARIA GM/MS Nº 3.830, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2020**. Estabelecido no anexo I de acordo com a Nota Técnica n- 5/2020 – DESF/SAPS/MS inclui como meta o indicador: a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado¹⁸.

Como objeto desse estudo essas estratégias instituídas pelo Ministério de Saúde

é de grande relevância quando se trata ao acesso a saúde bucal nos primeiros anos de vida. Essa rede de incentivo ao pré natal odontológico é uma oportunidade de crescimento na prática de prevenção. A inclusão de ações nos programas de saúde bucal, voltadas à mulher durante o período pré-natal, é de vital importância para a promoção da saúde do binômio mãe/filho. Os programas de educação em saúde bucal existentes têm concentrado seus esforços em ações preventivas, estimulando a difusão de comportamentos saudáveis no ambiente familiar²⁰.

Entende-se que, para a efetivação dos princípios ético-políticos do Sistema Único de Saúde (SUS), há necessariamente o envolvimento de processos comunicacionais relacionados tanto a sua visibilidade pública quanto à divulgação de informações e conhecimentos que permitam à população configurar seu entendimento da saúde pública. Todavia, percebe-se que as principais imagens e informações divulgadas pela mídia sobre o SUS geralmente estão associadas às mazelas e dificuldades do setor, contribuindo para a construção de uma representação pouco crítica sobre esse campo³⁸.

Em relação a disponibilidade, de acordo com Perez e et al, tal como informado pela mídia, existe a discussão sobre o fato de que a oferta de serviços odontológicos é insuficiente para garantir o acesso a esses serviços, visto que uma parcela expressiva da população brasileira ainda não tem acesso aos serviços odontológicos. Sobre esse fato, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 2003 e 2008 mostrou um aumento da utilização dos serviços odontológicos em todas as idades, no período entre os anos de 1998 e 2008, o que pode ser atribuído também ao aumento na oferta de serviços públicos de saúde bucal. A análise por grupo etário revelou, no entanto, que a proporção de indivíduos que nunca foi ao dentista foi expressivamente maior até os seis anos de idade, quando comparada aos outros grupos, tanto em 2003 (71,5%) quanto em 2008 (66,8%)²⁹. Segundo Martins existem dúvidas em relação ao momento ideal para primeira consulta odontológica³⁶.

A saúde é um produto da interação com a família, cultura, estrutura social e desenvolvimento físico. Ações de promoção de saúde bucal voltadas à primeira infância devem priorizar a educação dos pais, auxiliando na construção de hábitos saudáveis que irão diminuir a ocorrência de doenças e melhorar a saúde bucal de toda a família²⁸. Quando associamos o conhecimento dos pais com o motivo da consulta do seu filho podemos perceber que, embora o conhecimento dos mesmos tenha sido bom, houve uma procura maior por consultas curativas. Chamando a atenção para necessidade de se obter métodos novos que conscientizem os pais da importância da dentição decídua e de ter uma boa saúde bucal desde a infância. 36.

Nos últimos anos, tem-se observado, no Brasil, um acentuado declínio na prevalência de cárie na população escolar. Entretanto, o problema ainda se manifesta de forma crítica em outros grupos etários, a exemplo das crianças de pouca idade, sendo, portanto, necessário o conhecimento, controle e vigilância dos problemas de saúde bucal

na primeira infância, a fim de se evitar problemas nas idades subsequentes. Isto implica em conceber outros modelos de atenção à saúde bucal, com ênfase, principalmente, na prevenção dos agravos, especialmente da cárie, visando à manutenção dos tecidos e das funções da cavidade oral ao longo da vida.³⁹ O que intensifica a importância de estudos sobre o acesso a saúde bucal nos primeiros anos de vida.

Uma pesquisa em São Paulo, no município de Bilac, realizada por GARBIN et al teve como objetivo analisar a percepção e as atitudes sobre saúde bucal das gestantes cadastradas no SIS Pré-Natal e foi constatado que as gestantes demonstraram pouco conhecimento em relação aos métodos preventivos em saúde bucal e às doenças que acometem a cavidade bucal. Ainda segundo o autor demonstrou-se a necessidade de incluir atividades de prevenção e promoção de saúde bucal nos grupos de gestantes nas atividades da atenção básica, pois essas mulheres representarão um modelo de hábitos saudáveis, a partir do qual a criança formará suas atitudes e comportamentos²⁰.

O SUS, em suas atribuições, deveria garantir o acesso universal e um cuidado integral e de qualidade a todos os brasileiros. No entanto verificou-se nos textos analisados em sua pesquisa relacionados com a capacidade de pagar, que muitos indivíduos com necessidade de tratamento odontológico utilizaram serviços privados, mesmo com dificuldades financeiras para custeá-lo⁷. De um ponto de vista geral pode-se inferir que a baixa renda é um fator intimamente relacionado com o menor acesso aos serviços, podendo estar combinado a poucos recursos financeiros ou até mesmo a pouco acesso à informação de saúde desta população, Comassetto et al concluíram durante avaliação que o acesso à saúde bucal na primeira infância na população estudada apresentou-se baixo, e esteve associado com aspectos socioeconômicos, com a idade da criança e escolaridade da mãe, além da renda familiar. Destaca-se a necessidade da valorização da prevenção e promoção de saúde bucal infantil e a importância do contexto familiar neste processo durante os primeiros anos de vida da criança⁴⁰.

Analisando a capacidade de aceitar e aderir ao acesso, Eposite et al citam em seu estudo a insatisfação com o serviço e foi destacado também pelos usuários, que nem sempre se mostravam satisfeitos com os procedimentos disponibilizados na rede pública de saúde. Outro fator que interfere é o medo e o fato de procurarem o profissional quando a dor já está instalada, além do fator cultural da extração-múltiplas⁷.

Apropriar-se dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica na primeira infância torna-se necessário, visto que existe uma série de variáveis que permeiam o acesso. Além disso, são escassos os estudos nacionais a respeito da utilização dos serviços odontológicos, dos motivos que influenciam a procura por atendimento odontológico nos primeiros anos de vida e os fatores associados⁴⁰. Vale intensificar a importância de estratégias, Schwendler et al avaliaram o cumprimento das metas de saúde bucal da Ação Programática da Criança em 12 unidades de saúde e observou que o percentual de cobertura de consulta odontológica foi bastante superior ao encontrado em outros

estudos na literatura, demonstrando que Ações Programáticas integradas são importantes estratégias de ampliação do acesso à saúde na primeira infância. Além disso, parece ser necessário ter uma relação compatível entre o tamanho da população de usuários na área adscrita e o número de profissionais de saúde bucal, facilitando o trabalho de vigilância e a redução de desigualdades, sobretudo no acesso⁴¹.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à saúde bucal na primeira infância sofre influência de diversos fatores: culturais, socioeconômicos, informativos, aceitação, disponibilidade e etc. A importância do acompanhamento desde de antes do nascimento foram observados por vários autores nesse estudo. Estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde são relevantes para o incentivo e ampliação desse acesso. Prevenção e odontopediatria são inseparáveis, pois trabalhar para um futuro com uma população com menor índice de cárie é trabalhar desde dos primeiros anos de vida, gerando hábitos mais promissores e incentivando o autocuidado. A criação de estratégias de planejamento nas Unidades de Saúde da Família, que estructurem o acesso, organizando fluxo dessa faixa etária é relevante e promissor, além de capacitação de toda rede da atenção primária e dos usuários sobre a importância da prevenção e dos primeiros 1000 dias de vida, através de palestras, mídias e/ou guia de orientação são pontos importantes para serem estudados, diante de sua efetividade.

REFERÊNCIAS

1. NICKEL, Daniela Alba et al. Modelos Assistenciais em Odontologia. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(2):241-246.
2. SOUZA, Georgia C. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev. Salud Pública, 2015;17(3):416-428.
3. MATTOS, Grazielle Christine Maciel et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 2014; 19(2):373-382
4. COLUSSI, Claudia Flemming et al. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad Saúde Pública, 2011; 27:1731-45.
5. MARTINS, Luiz Gustavo Teixeira et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016;32(3).
6. THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. *Aspectos econômicos da equidade em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014; 137-161.
7. ESPOSITE, Carolina Dutra Degli et al. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. Saúde Soc. São Paulo;2016 ,25 (1):19-30.

8. MATOS, Divane Leite et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2002; 2(36):237-243, 2002.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. SCHERER, Charleni Inês et al. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saude Publica*, 2015; 49(98):1-12.
11. ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto et al. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2008; 24(12):2871-80.
12. WARMLING, Cristine Maria et al. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*, 2019; 23: e180398 <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>
13. ALVES, Ana Paula S. et al. Eficácia de um programa público de promoção de saúde bucal em crianças. *J Pediatr (Rio J)*, 2018;94(5):518-524.
14. BULL F, WILLUMSEN J. Evidence to prevent childhood obesity: The continuum of preconception, pregnancy, and postnatal interventions. **Obesity Reviews**, 2019; v.20, p.3-4,.
15. CORDEIRO, Larissa Miranda Dutra et al. Primeiros mil dias de vida e implicações nos determinantes comuns de obesidade e saúde bucal infantil: uma revisão bibliográfica. VI Seminário Científico do UNI ACIG – 12 e 13 de novembro de 2020 V Jornada de Iniciação Científica do UNIFACIG – 12 e 13 de novembro de 2020.
16. ABANTO, Jenny et al. Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2018; 72(3):496-502.
17. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf
18. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.830-de-29-de-dezembro-de-2020-296887459>
19. PERES, Sílvia Helena de Carvalho Sales et al. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. *Rev Assoc. Paul Cir Dent*. 2001;55: 346-50.
20. GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. *Rev Odontol UNESP*; 2011; 40(4): 161-165.
21. PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2012 v. 46, n. 2, p. 250-258.
22. WELGATCH, M.K.M.; SAMALEA, D.M.V. Atenção Odontológica às gestantes na estratégia de saúde da família. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG, Blumenau*, 2008; 3 (12)

23. SPINA, Maria Theresa Holtz. O que o odontopediatra precisa saber sobre os primeiros 1000 dias de vida. Curitiba. Monografia [especialização em Odontopediatria] – Universidade Federal do Paraná, 2019.
24. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017
25. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015 Jul;100(4):F344-8. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503> . PMID:25877288. [Links]
26. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician*; 2007 Jun;53(6):1027-33. PMID:17872781.
27. Kuhn-Dall'Magro A, Baccega F, Lauxen J, Santos R, Valcanaia TC, Dall'Magro E. Frenectomia lingual: cirurgia a laser x cirurgia convencional. In: Linden MSS, Carli JP, Magro ML, Trentin MS, Silva SO, organizadores. *Odonto Science: 53 Anos FOUPF*. São José dos Pinhás: Editora Plena, 2014. p. 69-75.
28. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. *Diário Oficial [da União]*. Brasília, DF; 23 junho, 2014. Seção 1, p. 4
29. Piovesan C, Marquezan M, Kramer PF, Bönecker M, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(3):260-267.
30. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal na Primeira Infância. *Peq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009; 9(3): 321-25.
31. QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al; Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cien Saude Colet*, 2013; 18(7):687-707.
32. Donabedian A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.
33. <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/atencao especializada>.
34. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012; p. 183-206.
35. HIROOKA, Lucila Brandão et al. Fatores estruturais para a assistência pública à saúde bucal na Rede Regional de Atenção à Saúde 13: uma análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Rev. De Odontol da UNESP*. 2018; 47(1): 31-39.
36. MARTINS, Caroline Luana Costa et al. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. *J Oral Invest*,2016; 5(1): 27-33.
37. <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

38. OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2012; v. 4, n. 7, p. 71-80.
39. CABRAL, Maria Beatriz Barreto de Souza et al. Situação de saúde bucal de crianças na primeira infância em creches de Salvador, Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2017;41(3):595-613.
40. COMASSETO, Marcela Obst et al. Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(3):953-961.
41. SCHWENDLER, Anna et al. Saúde Bucal na Ação Programática da criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(1):201-207.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO DIABETES MELLITUS NO NOROESTE DE MINAS GERAIS SEGUNDO INTERNAÇÕES, MORTALIDADE E CUSTOS

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Isabela Oliveira Gomes

Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc),
Medicina
Montes Claros – MG
<http://lattes.cnpq.br/3448194486060126>

Andrey Alves de Faria Silva

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Medicina
Belo Horizonte – MG

Mariana Brandão Soares Sousa

Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha (UFVJM), Medicina
Diamantina – MG
<http://lattes.cnpq.br/8838010907659707>

Henrique Nunes Pereira Oliva

Universidade Estadual de Montes Claros
(Unimontes), Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde.
Centro Universitário FIPMoc, cursos de
Medicina e Engenharia Mecânica
Montes Claros – MG
<http://lattes.cnpq.br/6562305577590808>
<https://orcid.org/0000-0001-6452-9833>

RESUMO: Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes. Casos de DM vem aumentando, principalmente em relação ao DM Tipo 2. Faz-se importante o mapeamento de casos em regiões dos estados brasileiros, para melhor controle dessa doença crônica.

Objetiva-se realizar uma análise retrospectiva das internações, mortalidade e custos, relacionados a pacientes diabéticos, no período entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019, pertencentes à região Noroeste do estado de Minas Gerais. Trata-se de estudo quantitativo, no qual foi realizada análise descritiva, retrospectiva e transversal dos dados coletados. O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) foi utilizado como fonte de dados. Entre 2009 e 2019 ocorreram 173.601 internações por diabetes mellitus em Minas Gerais. Já o Noroeste de Minas Gerais registrou 2.876 casos, contemplando apenas 1,6% do total do número de internações nos 10 anos analisados. A idade superior a 60 anos foi a faixa etária predominante para internações no Noroeste de MG, com 1.271 casos (44,1%). Para todo o estado de MG essa mesma faixa etária prevalece, com 50,2% de todos os casos. A taxa de mortalidade nos últimos 10 anos no Noroeste de MG aumentou de 2,66 em 2009 para 6,99 em 2019. Quanto à custos, o gasto com tratamento de DM de 2009 a 2019 no Noroeste de MG foi de R\$ 2.034.533,91. Destaca-se a importância de se prevenir a doença, bem como controlar os seus fatores de risco, para redução da prevalência e economia do estado em relação ao tratamento dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DIABETES MELLITUS IN THE NORTHWEST OF MINAS GERAIS ACCORDING TO ADMISSIONS, MORTALITY AND COSTS

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is one of the most prevalent chronic diseases. DM cases are increasing, mainly in relation to Type 2 DM. It is important to map cases in regions of Brazilian, for better control of this chronic disease. The objective of this manuscript is to carry out a retrospective analysis of hospitalizations, mortality and costs, related to diabetic patients, in the period between January 2009 and December 2019, belonging to the Northwest region of the state of Minas Gerais. This is a quantitative study, in which a descriptive, retrospective and cross-sectional analysis of the collected data was carried out. The Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS) was used as a source. Between 2009 and 2019, 173,601 hospitalizations for diabetes mellitus occurred in Minas Gerais. The Northwest of Minas Gerais recorded 2,876 cases, covering only 1.6% of the total number of hospitalizations in the 10 years analyzed. The age above 60 years was the predominant age group for hospitalizations in the Northwest of MG, with 1,271 cases (44.1%). For the entire state of MG, the same age group prevails, with 50.2% of all cases. The mortality rate in the last 10 years in the Northwest of MG increased from 2.66 in 2009 to 6.99 in 2019. As for costs, the cost of treating DM from 2009 to 2019 in the Northwest of MG was R\$2,034.533.91. It highlights the importance of preventing the disease, as well as controlling its risk factors, to reduce the prevalence and allow for better management of costs in relation to the treatment.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Family Health Strategy; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O termo “*diabetes mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BORGES, 2018). DM é responsável pelo quarto lugar em mortes no mundo, sendo uma das doenças crônicas mais prevalentes, existindo cerca de 120 milhões de diabéticos na escala global. É esperado que em 2025 o número de portadores da doença atinja cerca de 300 milhões. A incidência e prevalência estão aumentando, principalmente em relação ao Diabetes Mellitus Tipo 2, com pico de incidência na população entre 30 e 69 anos (KNOWLER et al., 2002).

É comum a associação do DM tipo 2 com outros fatores de risco cardiovascular como a obesidade, anormalidades nos lipídeos e lipoproteínas plasmáticas além da hipertensão arterial sistêmica (HAS), caracterizando a Síndrome Metabólica ou Síndrome X (REAVEN, 1988). No cenário do interior de Minas Gerais, mais especificamente na localidade de foco do presente trabalho, não é diferente a associação com fatores de risco e, apesar do número absoluto de diabéticos registrados (59) não ser alarmante, acredita-se que esse seja subestimado devido ao fato da população adscrita habitualmente não ter costume de praticar educação em saúde e, sim, por procurar atendimentos predominantemente em momentos de enfermidade ou descompensação da doença de base.

Riachinho encontra-se no vale do Urucuia, faz divisa e participa como município integrante da porção Noroeste de Minas (AMNOR) e Vale do São Francisco (AMAMS) e é área geoeconômica de Brasília-DF. Conta com uma área geográfica de 1.719,26 Km², faz divisa com seis municípios: Bonfinópolis de Minas, Arinos, Urucuia, São Romão, Santa Fé de Minas e Uruana de Minas. Foi fundada em 1972, tendo como primeiro morador o Senhor Domingos Modesto de Souza, sendo elevada a distrito de Riachinho pela Lei 8.285 de oito de outubro de 1982, na gestão do Prefeito Municipal de São Romão, José Mauro Caetano Gomes. Em 27 de abril de 1992, Riachinho teve sua emancipação política regulamentada pela lei 10.704, tendo o primeiro governo provisório, o Sr. José Geraldo da Silva, nomeado pelo governador Hélio Garcia. Riachinho teve sua lei orgânica promulgada no dia 26 de fevereiro de 1994. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019). O município conta com população estimada de 8.283 habitantes para o ano de 2016 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019) e, de acordo com o Censo-IBGE de 2010, são 4.435 homens e 3.572 mulheres, vivendo basicamente de atividades voltadas para a agricultura, agropecuária, atividades autônomas e funcionários públicos. Desta população, 3.572 pessoas (44,61%) residem em zona rural e 4.435 pessoas (55,39%) residem na zona urbana; 2031 pessoas (25,36%) são brancas; 542 pessoas (6,76%) são negras; 182 pessoas (2,27%) são amarelas; 5251 pessoas (65,58%) são pardas e 1 pessoa (0,0124%) declarou-se indígena (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019). A população atualizada estimada para este ano é de 8.136 pessoas (IBGE, 2019).

Na área de abrangência da UBS Pró-Vida IV, de Riachinho – MG, dos 1332 usuários inscritos, 651 (48,87%) encontram-se na faixa etária entre 30 e 69 anos, relacionada à pico de incidência de DM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Dados estatísticos de um estudo multicêntrico da prevalência do diabetes mellitus no Brasil, realizado em algumas capitais brasileiras, apontaram que 46,5% dos diabéticos desconheciam a sua condição e 22,3% das pessoas sabidamente diabéticas não faziam qualquer tipo de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Além disso, a doença cardiovascular é responsável por cerca de 80% das mortes em indivíduos com DM tipo 2 e o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares em diabéticos, ajustado para a idade, é três vezes maior que o da população em geral (STAMLER, 1993), o que leva a refletir sobre importância da gestão do cuidado dos pacientes diabéticos e instituição da educação para a saúde para os usuários atendidos na rede de atenção primária à saúde, especialmente na Unidade de Saúde Pró-Vida IV, da cidade de Riachinho-MG.

Objetiva-se realizar uma análise retrospectiva das internações, mortalidade e custos, relacionados a pacientes diabéticos, no período entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019, pertencentes à região Noroeste do estado de Minas Gerais, região que compreende a área de abrangência da Unidade de Saúde Pró-Vida IV, do município de Riachinho-MG.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo se baseou em delimitação temporal e territorial à região do Noroeste do estado de Minas Gerais, no período compreendido entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019. Trata-se de estudo quantitativo, no qual foi realizada análise descritiva, retrospectiva e transversal dos dados coletados. O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) foi utilizado como fonte de dados.

A descrição dos dados contou com análise da distribuição de frequência, bem como elaboração de gráficos, com as seguintes variáveis: internações, sexo, faixa etária, taxa de mortalidade, óbitos e custos totais. Para análise dos dados, foi utilizado o *software* Microsoft Office Excel, disponível em computador com sistema operacional de 64 bits e Windows 10 *Education*.

Quanto aos aspectos éticos, o presente estudo não demandou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devido à característica aberta dos dados utilizados. Os dados apresentados não implicam qualquer forma de identificação dos indivíduos envolvidos. Além disso, não foram utilizados quaisquer materiais biológicos originados dos indivíduos envolvidos, conforme recomendado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período compreendido entre 2009 e 2019 ocorreram 173.601 internações por diabetes mellitus em Minas Gerais, sendo o maior número de casos registrados em 2013 (16.635) e o menor em 2016 (14.772 casos), como mostrado na figura 1. O Centro é a macrorregião de MG que apresenta maior porcentagem de casos (23,7%), exibindo 41.307 casos. Já o Noroeste registrou 2.876 casos, contemplando apenas 1,6% do total do número de internações nos 10 anos analisados.

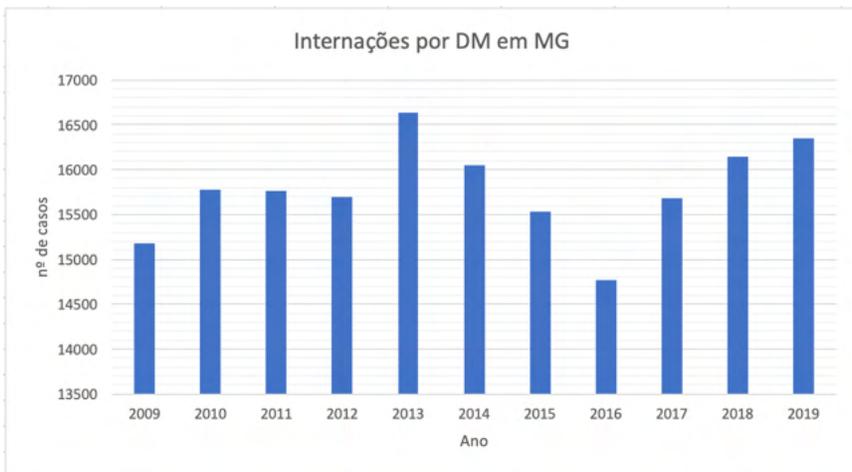


Figura 1: Número de internações por DM em MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

A região Noroeste, macrorregião de foco comparativo no presente estudo foi, no estado de Minas Gerais, a que apresentou o menor número de internações por DM. Apresentou, no ano de 2011, seu maior número (333) e o menor no ano de 2014 (228) (Figura 2). Entre as possíveis razões para esse menor número de casos, pode-se citar o aumento da cobertura primária pelo sistema único de saúde na região, tendo equipes capazes de gerenciar os casos do município, assim como comentado em trabalho de Silva (2017).



Figura 2: Número de internações por DM no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

O sexo feminino predomina no noroeste de MG com 54,6% dos casos contra 45,3% dos casos do sexo masculino. O sexo masculino superou o feminino nos anos de 2010, 2017 e 2019, havendo predomínio do sexo feminino nos outros anos analisados (Figura 3).

Os dados apresentados estão de acordo com resultado encontrado em revisão sistemática realizada em período anterior (2007-2013) para a região do Caribe, na qual também constava prevalência para o sexo feminino (SOBERS-GRANNUM et al., 2015). Um fator de risco que tem prevalecido entre as mulheres é a obesidade. Já para o sexo masculino, há prevalência do tabagismo, quando comparados ao sexo feminino, para esse fator de risco (GYAWALI B et al., 2015).

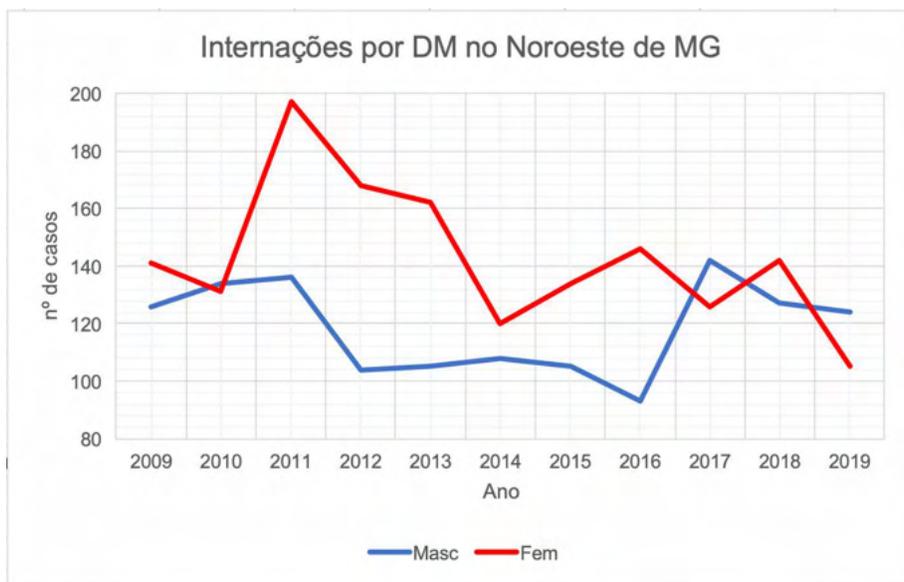


Figura 3: Internações de DM em relação ao sexo no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

De acordo com os dados exibidos na figura 4, nota-se que a idade superior a 60 anos é a faixa etária predominante para internações no Noroeste de MG com 1.271 casos (44,1%), dominando em praticamente todos os anos analisados. Para todo o estado de MG essa mesma faixa etária prevalece, com 50,2% de todos os casos. Em segundo lugar para o Noroeste de MG, encontra-se a faixa etária entre 40 e 59 anos, com 931 casos (32,3%), superando a idade mais acometida somente no ano de 2016. A idade entre 1 e 19 anos está relacionada a menor número de internações, 253 casos (8,7%).

Apesar da faixa etária avançada apresentar o maior número de casos, é mais precocemente na vida que são registrados altos índices do fator de risco obesidade, entre 35-44 anos (OLIVEIRA et al., 2010). Oliveira et al. (2010) também observa em seu estudo

que mulheres com sobrepeso já apresentariam como comorbidade DM, similar à homens com obesidade, reforçando a hipótese de maior propensão no sexo feminino.

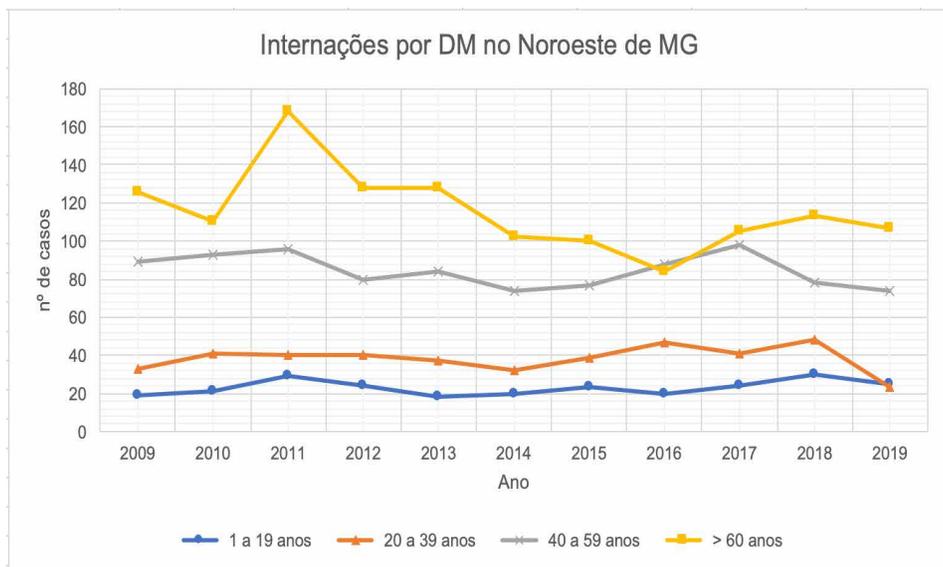


Figura 4: Internações de DM de acordo faixa etária no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

O total de óbitos registrados entre 2009 e 2019 no Noroeste de MG foi de 126 e sua curva teve padrão ascendente de 2016 a 2018, apresentando redução no ano de 2019. Os anos de 2013 e 2014 obtiveram menor número de óbitos registrados, sendo 5 casos (3,9%) em cada ano. Já em 2011, ocorreu maior número de óbitos, 17 casos (13,5%) (figura 5). A faixa etária superior a 60 anos corresponde por 62,6% dos óbitos, com 79 casos. O sexo feminino representa 57,9% dos óbitos, com 73 casos.



Figura 5: Número de óbitos por DM no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

A taxa de mortalidade nos últimos 10 anos no Noroeste de MG aumentou de 2,66 em 2009 para 6,99 em 2019. Os dados são apresentados na figura 6. O sexo feminino contempla maior taxa de mortalidade (4,64) contra 4,06 do sexo masculino, totalizando 4,38 por 1.000 pessoas/ano nos 10 anos analisados.

De acordo com Schmidt et al. (2015), os programas nacionais de controle da doença são muito relevantes para avaliar a tendência de mortalidade relacionada ao DM. O presente estudo mostra, para a região do estado de Minas Gerais analisada, uma característica similar à apresentada no estudo de Schmidt et al. (2015), o que permite questionar a constância dos programas, uma vez que a taxa de mortalidade tem oscilado, inclusive crescendo recentemente.



Figura 6: Taxa de Mortalidade por DM no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

Na figura 7, observa-se o gasto com tratamento de DM de 2009 a 2019 no Noroeste de MG (R\$ 2.034.533,91). O ano 2017 foi responsável pelo maior gasto, cerca de R\$ 246.510,65 (12,1%) e 2014 pelo menor, cerca de R\$ 134.250,25 (6,5%). Das macrorregiões de Minas Gerais, a região correspondente ao Centro foi a que registrou maior valor total (R\$ 42.172.826,48). Já a com menor gasto foi Jequitinhonha (R\$1.963.080,10) seguida da macrorregião Noroeste (R\$ 2.034.533,91).

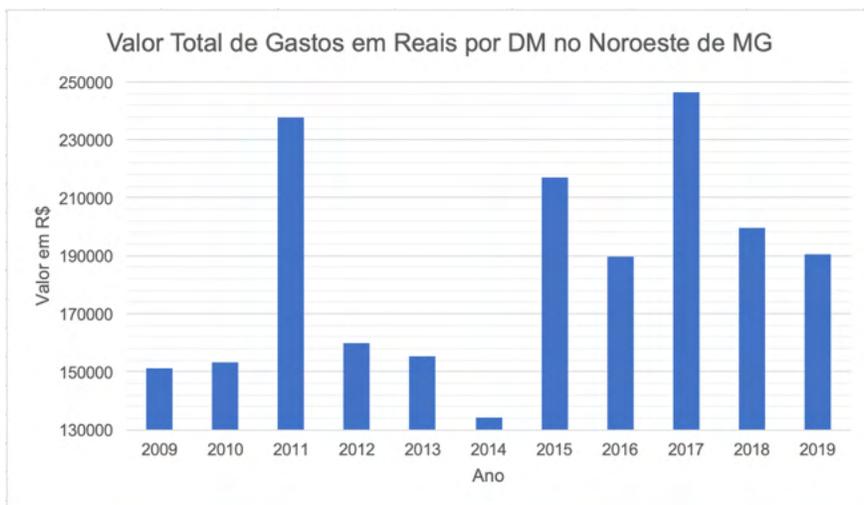


Figura 7: Gastos totais das internações por DM no Noroeste de MG de 2009 a 2019.

Fonte: Autoria própria, 2020.

Apesar de os gastos totais das internações por DM no Noroeste de MG não terem se apresentado linearmente maiores com o passar dos anos, tendo oscilado e, inclusive, apresentado redução em 2019, é preciso análise com cautela. Estudos como o da American Diabetes Association (2018) apontam crescimento de 26% nos custos relacionados à diabetes, comparando-se o período de 2012 a 2017. Entende-se que não foi evidenciado crescimento de gastos nos dados aqui apresentados, bem como os valores aqui são subestimados, uma vez que são retratados referentes à internações. Os pacientes com DM têm muitos outros gastos e representam grande impacto na economia nacional com, por exemplo, necessidade de disposição de medicação diária, tratamentos de comorbidades relacionadas e outros fatores, não contemplados no gráfico da Figura 7.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que o estudo da epidemiologia da DM em Minas Gerais é de importância para o horizonte da saúde básica nacional, uma vez que possibilita a abordagem direta dos principais fatores de risco para a resolução e diminuição do número de ocorrências. Os achados epidemiológicos indicaram necessidade de atuação durável e constante de medidas de saúde voltadas à redução dos fatores de risco para DM, além de atenção à prevenção dessa doença crônica, uma vez que ela apresenta alta prevalência no estado. Faz-se necessário rigor nas intervenções para a redução de sua ocorrência e diminuição dos gastos relacionados ao tratamento. Dessa forma será possível reduzir a prevalência e minimizar os danos, como óbitos por complicações.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. Economic costs of diabetes in the US in 2017. **Diabetes care**, v. 41, n. 5, p. 917-928, 2018.

BORGES, Daiani de Bem; LACERDA, Josimari Telino de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 162-178, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 out. 2019.

Gyawali B, Sharma R, Neupane D et al. Prevalence of type 2 diabetes in Nepal: a systematic review and meta-analysis from 2000-2014. *Glob Health Action* 2015; 8:29088. DOI10.3402/gha.v8.2988

KNOWLER, William C. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. **The New England journal of medicine**, v. 346, n. 6, p. 393-403, 2002. DOI: 10.1056/NEJMoa012512

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, Portal da Saúde. Diabetes mellitus. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527>. Acesso em fevereiro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

OLIVEIRA AF, LEITE JGV, LEITE IC. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e a obesidade no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2010; 27(5) 38-344.

REAVEN, Gerald M., Role of Insulin Resistance in Human Disease. **Diabetes Dec** 1988, 37 (12) 1595-1607; DOI: 10.2337/diab.37.12.1595.

SILVA, Débora Gonçalves da. Perfil epidemiológico do Diabetes Mellitus no noroeste de Minas Gerais. 2017. Dissertação de Mestrado – UNB.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, ISHITANI L et al. Trends in mortality due to diabetes in Brazil, 1996-2011. *Diabetol Metab Syndr*. 2015; 7, 109.

SOBERS-GRANNUM N, MURPHY MM, NIELSEN A et al. Female gender is a social determinant of diabetes in the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2015, may 21. DOI: 10.1371/journal.pone.0126799.

STAMLER, Jeremiah et al. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. **Diabetes care**, v. 16, n. 2, p. 434-444, 1993. DOI: 10.2337/diacare.16.2.434

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

CAPÍTULO 8

APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ESTUDANTES DO IFMS/CAMPUS NOVA ANDRADINA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Izabeli de Souza Rocha

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, Curso Técnico Integrado de Nível Médio em Agropecuária
Nova Andradina – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1889461511008484>

Daniela Bulcão Santi

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul
Enfermeira
Nova Andradina – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5705274883633706>
<https://orcid.org/0000-0001-8687-9877>

Dalva Teresinha de Souza Zardo Miranda

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, Professora EBTT, Educação Física
Nova Andradina – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0026846500140475>
<https://orcid.org/0000-0002-0724-9058>

RESUMO: A diminuição da aptidão física relacionada a saúde está associada ao desenvolvimento de obesidade, dislipidemia, diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. O aparecimento dessas disfunções durante a fase escolar tem aumentado e por isso investigações sobre os níveis de aptidão física são necessárias. O objetivo do estudo foi avaliar

componentes da aptidão física relacionada à saúde em estudantes dos cursos técnicos integrados de nível médio do IFMS/Campus Nova Andradina, segmentado por sexo e idade. Os parâmetros avaliados foram flexibilidade, índice de massa corporal (IMC), composição corporal e relação cintura-quadril. Participaram voluntariamente do estudo 124 estudantes entre 14 e 18 anos de idade. A maioria dos participantes (78% do sexo masculino e 63% do sexo feminino) apresentou um Índice de Massa Corporal (IMC) adequado. A média do percentual de gordura ficou acima do nível estabelecido para uma composição corporal ideal para todas as idades. O percentual de gordura ficou acima do nível recomendado para a saúde em 80% das estudantes (sexo feminino) e 32,7% dos estudantes (sexo masculino). A maioria desses estudantes não apresentou alterações na relação cintura/quadril (RCQ). Os estudantes apresentaram baixa flexibilidade em ambos os sexos. Esses fatores podem estar associados à falta de condicionamento físico e podem representar um risco à saúde desses estudantes.

PALAVRAS-CHAVE: Aptidão física; saúde; estudantes.

HEALTH-RELATED PHYSICAL FITNESS IN STUDENTS FROM IFMS/CAMPUS NOVA ANDRADINA

ABSTRACT: Decreased health-related physical fitness is associated with the development of obesity, dyslipidemia, diabetes, cardiovascular disease and high blood pressure. The appearance of these dysfunctions during the scholar phase has increased and investigations on the levels of

physical fitness are needed. The aim of the study was to evaluate components of health-related physical fitness in students from the technical courses of the high school level at IFMS/Campus Nova Andradina, segmented by sex and age. The parameters evaluated were flexibility, body mass index (BMI), body composition and waist-to-hip ratio. A total of 124 students aged 14-18 years voluntarily participated in the study. Most participants (78% male and 63% female) had an adequate Body Mass Index (BMI). The body fat average was above the established level for an ideal body composition for all ages. The body fat was above the recommended level for health in 80% of students (female) and 32.7% of students (male). Most of these students did not show changes in the waist-to-hip ratio (WHR). The students showed low flexibility in both sexes. These factors may be associated with lack of physical fitness and may pose a risk to the health of these students.

KEYWORDS: Physical fitness; health; students

1 | INTRODUÇÃO

O termo aptidão física é definido como uma condição na qual o indivíduo possui energia e vitalidade suficientes para realizar as tarefas diárias e participar de atividades recreativas sem fadiga (NIEMAN, 1999). Guedes (1996) define como “um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite a cada um não apenas a realização das tarefas do cotidiano, as ocupações ativas das horas de lazer, e enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, mas também, evitar o aparecimento das disfunções hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo uma alegria de viver”. Os componentes da aptidão física englobam diferentes dimensões, podendo estar relacionados à saúde e abrangendo um maior número de pessoas e, podendo estar relacionados às habilidades desportivas e objetivando o desempenho nos esportes (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). Os componentes da aptidão física relacionados a saúde são: resistência aeróbia; força muscular; resistência muscular; flexibilidade; e composição corporal ideal. Já os componentes voltados ao desempenho em esportes são, além dos já citados relacionados a saúde, ainda: equilíbrio; coordenação motora; agilidade; potência; e velocidade.

A resistência aeróbia ou cardiorrespiratória é a capacidade do coração, pulmões e sangue de transportar oxigênio para os músculos em exercício, e a utilização de oxigênio pelos músculos durante o exercício (BARONI et al, 2011). Essa aptidão está relacionada à realização de um exercício dinâmico, de intensidade moderada a alta, com participação de grandes grupos musculares, e por períodos prolongados, e pode ser avaliada por várias técnicas, entre eles o teste de capacidade aeróbica máxima, o VO₂ máximo (DWYER; DAVIS, 2006).

A força muscular é um componente motor da aptidão física relacionada a saúde e é a capacidade máxima de um músculo ou grupo muscular contra uma resistência, e pode variar de acordo com a especificidade do grupo muscular, tipo de contração (sendo estática ou dinâmica; concêntrica ou excêntrica), velocidade de contração e articulação que está

sendo utilizada (NAHAS, 2003).

A resistência muscular também é um componente motor. É a capacidade do indivíduo realizar certo movimento inúmeras vezes pelo maior tempo que puder no mesmo ritmo e com a mesma eficiência, utilizando baixos níveis de força. Da mesma forma, Guedes e Guedes (2006) conceituam esta capacidade como aquela que um grupo muscular realiza contrações repetidas contra uma carga ou mantém a contração por um período prolongado.

A flexibilidade define-se como a qualidade física responsável pela execução voluntária de um movimento de amplitude angular máxima, por uma articulação ou um conjunto de articulações, dentro dos limites morfológicos, sem o risco de provocar lesão (DANTAS, 2005). A flexibilidade é específica para cada articulação e depende do músculo que está sendo avaliado, da extensibilidade da cápsula articular, de um bom aquecimento, da viscosidade muscular e da complacência de ligamentos e tendões (DWYER; DAVIS, 2006).

A composição corporal diz respeito à quantificação dos tecidos estruturais (músculos, ossos e gorduras) que compõem o peso corporal por meio de diferentes técnicas (MALINA; BOUCHARD, 1991). A quantidade e a proporção dos diversos componentes do corpo humano de um indivíduo podem indicar a saúde, a qualidade de vida e o risco de desenvolvimento de doenças (PINHAS-HAMEL; ZEITLER, 2005; PORTUGAL, 2006).

Os componentes da aptidão física relacionada a saúde são parâmetros mensuráveis que podem ser comparados com índices estabelecidos como satisfatórios para a proteção ao aparecimento e desenvolvimento de distúrbios orgânicos (LUGUETTI et al, 2010), e a avaliação desses parâmetros tanto individualmente como em conjunto pode servir de referência para o estudo atualizado e específico da saúde e qualidade de vida de determinada população (ACSM, 2006), uma vez que diferenças geográficas, sociais e culturais podem interferir nesses aspectos (GLANER, 2005; LUGUETTI et al, 2010).

Existe um número cada vez maior de estudos e documentos que comprovam e relatam os benefícios da aptidão física para a saúde (BLAIR et al, 1995; PATE et al, 1995; ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). Dentre os benefícios do desenvolvimento da aptidão física relacionada a saúde destacam-se: menor incidência dos fatores de risco para doenças crônicas, redução da adiposidade total e abdominal, melhora da saúde mental e corporal e aumento do desempenho acadêmico (DUMITH et al, 2010). O nível de aptidão física é influenciado também pela saúde e a saúde influencia o nível de atividade física habitual (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). E a baixa aptidão física é consequência da inatividade física. Há clara associação entre inatividade física e desenvolvimento de doenças crônicas em populações adultas (GLANER, 2005). Pesquisadores das áreas da Educação Física, Medicina do Exercício e do Esporte, através de métodos de pesquisa epidemiológicos, já demonstraram que tanto a inatividade física como a baixa aptidão física prejudicam a saúde (BLAIR et al, 1995; PATE et al, 1995; ACSM, 2006) e que a atividade física ajuda a preservar e melhorar as capacidades físicas e funcionais, prolongando por mais tempo a

autonomia e independência funcional (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). No entanto, em crianças e adolescentes, esta relação ainda não está estabelecida na mesma proporção, mas sabe-se que hábitos de atividade física, desenvolvidos durante a infância são assumidos e continuados durante a adolescência e a vida adulta (GLANER, 2003). E a redução dos níveis de atividade física habitual parece favorecer o desenvolvimento de inúmeras disfunções crônico-degenerativas, tais como obesidade, dislipidemias, diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dentre tantas outras, em idades cada vez mais precoces (LUGUETTI et al, 2010). Nas últimas décadas, mudanças econômicas, sociais e demográficas decorrentes da modernização e urbanização provocaram alterações no estilo de vida da população (MONTEIRO et al, 2000). A falta de atividade física (hipocinesia) vem sendo mantida ou agravada pela atual “era digital”, provocando modificações na qualidade de vida, e tornando sedentárias as atividades do dia-a-dia (GLANER, 2003). A hipocinesia está relacionada com várias doenças crônico-degenerativas, como: acidente vascular cerebral, câncer, obesidade, osteoporose, diabetes, hipertensão e as cardiovasculares (GLANER, 2003).

A crescente preocupação com o aparecimento de doenças cardiovasculares, obesidade e dislipidemias durante a fase escolar leva à necessidade de que os fatores de risco sejam amplamente investigados nesse período, a fim de planejar intervenções cada vez mais precoces e eficazes sobre esses fatores (WRITING GROUP FOR THE SEARCH FOR DIABETES IN YOUTH STUDY GROUP, 2014). O sobrepeso, a obesidade e o desenvolvimento da síndrome metabólica em crianças e adolescentes representam na atualidade uma das condições mais desafiadoras para os sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2008; D’ADAMO et al, 2011). Trinta por cento das crianças e adolescentes obesos exibem fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, os quais são constituintes da síndrome metabólica (VALLE; EUCLYDES, 2007). O sobrepeso em adolescentes está associado a um aumento na incidência e na prevalência de hipertensão arterial e diabetes antes de chegar à idade adulta, e com o posterior desenvolvimento de doenças cardiovasculares (KRAUSS, 2000; VAN VLIET et al, 2011).

As crianças e os adolescentes estão sendo vítimas da epidemia de obesidade observada atualmente. Além do aumento do risco de síndrome metabólica persistente na idade adulta, as complicações futuras dessa situação podem ser catastróficas caso não sejam instituídas medidas de intervenção preventiva. Para isso, é necessário identificar aqueles indivíduos com maior risco de desenvolver complicações decorrentes do excesso de massa corporal.

Considerando que a aptidão física diminui com a falta de atividade física, que por sua vez está associada ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como obesidade, dislipidemias, diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial e que o aparecimento dessas disfunções durante a fase escolar tem aumentado (GORAN et al, 2008; JEFFERIES et al, 2012), investigações sobre os níveis de aptidão física nessa fase

são de fundamental importância. No IFMS/Campus Nova Andradina e no município de Nova Andradina não há estudos epidemiológicos na população (escolar ou não) sobre os níveis de aptidão física relacionada à saúde. Esse estudo é relevante para o levantamento de informações sobre a aptidão física e saúde dessa população, para o planejamento dos programas de educação física escolar, para o conhecimento das interferências e benefícios da prática de atividade física, e para a criação de subsídios para elaboração de programas de treinamento de várias modalidades esportivas para esses estudantes.

A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2009) e de grande relevância para promoção da saúde, por poder exercer um papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, e na opção por atitudes mais saudáveis (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). Desse modo, esse projeto justifica-se também por levantar informações diagnósticas sobre as necessidades de saúde da população estudada, além de necessidades de educação, que podem ser utilizadas futuramente para, por exemplo, o desenvolvimento curricular integrado, a preparação de material didático, e a formação de professores e outros servidores, levando em consideração a realidade epidemiológica, e podendo subsidiar ações a serem dirigidas para as práticas da escola e dos alunos e para as suas necessidades.

O objetivo do estudo foi avaliar a aptidão física relacionada à saúde em estudantes dos cursos técnicos integrados de nível médio do IFMS/Campus Nova Andradina, segmentado por sexo e idade através da medida da flexibilidade e da composição corporal.

2 | METODOLOGIA

Este foi um estudo epidemiológico observacional transversal. Foi avaliado o perfil da aptidão física relacionada a saúde dos estudantes dos cursos técnicos do IFMS/Campus Nova Andradina no semestre 2018/1, através da mensuração de componentes como flexibilidade e composição corporal. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos adotados para sua realização, bem como do caráter voluntário de participação. Assim, todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo às normas para realização de pesquisa em seres humanos. Para a avaliação da flexibilidade foi utilizado o teste de Sentar e Alcançar e para a avaliação da composição corporal foram realizadas medidas antropométricas da massa corporal, da estatura, da circunferência abdominal, e da circunferência de quadril, e a bioimpedância.

As medidas antropométricas, quando combinadas, formam os índices antropométricos, que permitem comparar a informação individual com parâmetros utilizados como referência. A massa corporal foi obtida por meio de uma balança de

Bioimpedância (Biodynamic Body Composition Analyser, modelo 310 - Biodynamics Corporation, Seattle, EUA) e a estatura por meio estadiômetro de madeira com fita metálica flexível (em centímetros). Tais medidas possibilitam o cálculo do índice de massa corporal (IMC), considerado o método mais fácil para avaliar o estado nutricional e o excesso de massa corporal nas pessoas. O IMC é a relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) ao quadrado – $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$ (ONIS et al, 2007; BRASIL, 2009). A pessoa a ser avaliada foi orientada a estar com roupas leves, sem sapatos e sem objetos como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros que pudessem interferir na massa total. Os pés permaneceram no centro da plataforma da balança e a massa foi anotada em quilogramas e decimais. A estatura foi mensurada por meio de um estadiômetro de madeira com fita metálica flexível (em centímetros), com o indivíduo descalço e com a cabeça livre de adereços, em pé, com as pernas em paralelo, e com os braços estendidos ao longo do corpo. Foi solicitado que a pessoa mantivesse a cabeça e o corpo eretos, olhando para frente, fixando um ponto na altura dos olhos. A estatura foi registrada em centímetros. Para a variável IMC foi considerada a tabela proposta pela Organização Mundial da Saúde, (OMS), que são adotadas no SISVAN (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, ONIS et al, 2007), considerando como ponto de corte para excesso de massa corporal 24,9 kg/m². A medida da circunferência abdominal avalia a obesidade abdominal ou visceral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995; LI et al, 2006). A aferição da circunferência abdominal foi realizada com a pessoa em pé e em expiração, utilizando-se uma fita métrica passando pelo ponto médio, entre a borda do último arco costal e a borda da crista ilíaca anterior. Habitualmente, essa altura coincide com a linha da cicatriz umbilical. A medida da circunferência do quadril foi realizada com a pessoa em pé, com a coluna ereta, e as coxas unidas, e os braços ao longo do corpo, utilizando-se uma fita métrica no maior perímetro do quadril, passando pelo região de maior proporção da região glútea, localizada observando-se lateralmente a pelve. Essas duas medidas apresentam a vantagem de serem relativamente simples, de baixo custo, e inócuas, além de apresentarem bom desempenho na predição da gordura visceral e de risco cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). As medidas de circunferência abdominal e do quadril podem ser relacionadas para avaliar a relação cintura-quadril (RCQ), empregada para o diagnóstico de excesso de gordura abdominal ou visceral (PEREIRA et al, 2011). A bioimpedância foi realizada para a avaliação da composição corporal utilizando-se um aparelho de bioimpedância elétrica tetrapolar (Biodynamic Body Composition Analyser, modelo 310 - Biodynamics Corporation, Seattle, EUA) e seguindo-se protocolo específico recomendado para esse tipo de avaliação (MEEUWSENA et al, 2010). A bioimpedância elétrica mede o percentual de gordura corporal, discriminando gordura e massa magra, e, embora não diferencie a gordura subcutânea da visceral, é um método rápido e conveniente para emprego em estudos de campo (OKORODUDU et al, 2010).

Os resultados foram comparados com tabelas de referência, sempre considerando o sexo e a idade de cada sujeito individualmente. Os dados foram tabulados no Programa Excel para Windows e foram feitos os cálculos de média, desvio padrão e erro padrão da média. A análise estatística foi feita para comparação entre os valores contínuos utilizando-se o teste do Qui-quadrado (χ^2). O nível de significância foi considerado $p < 0,05$ em todos os procedimentos estatísticos.

3 | RESULTADOS

Neste estudo, as médias de flexibilidade entre estudantes do sexo feminino e masculino não apresentaram diferença estatisticamente significativa para as idades de 15, 16, 17 e 18 anos ($p < 0,05$), porém, é comum, de acordo com a literatura, para as idades que estão sendo avaliadas, a diferença de flexibilidade entre os sexos. Utilizando o Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) como referência, os valores para o teste de Sentar e Alcançar para a idade entre 15 e 19 anos, são diferentes para o sexo masculino e feminino. De acordo com essa classificação, os resultados mostram que para o sexo feminino a flexibilidade ficou no nível ruim (abaixo de 28) para a maioria, 52,08%. E ainda 16,67% ficaram abaixo da média (29 a 33), 18,75% ficaram na média (34 a 37), e apenas 4,17% ficaram acima da média (38 a 42) e 8,33% foram classificadas como excelente (acima de 43). Para o sexo masculino, 61,67% foram classificados com nível ruim de flexibilidade (abaixo de 23), 18,33% com nível abaixo da média (24 a 28), 16,67% com nível médio (29 a 33), e apenas 1,67% com nível acima da média (34 a 38) e 1,67% com nível excelente (acima de 39) (Figura 1). Esses resultados demonstram uma baixa flexibilidade geral nessa população, em uma importante região do corpo, que são os músculos isquiotibiais e quadrado lombar, o que contribui para a baixa aptidão física.

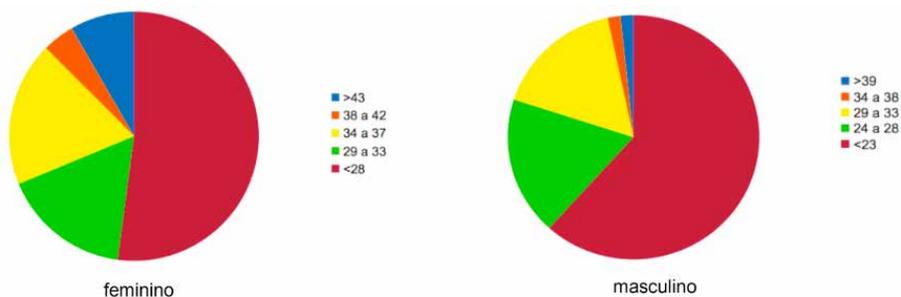


Figura 1. Porcentagem de estudantes do IFMS/Campus Nova Andradina de acordo com a classificação pelos valores de referência do teste de flexibilidade Sentar e Alcançar para o sexo feminino (gráfico à esquerda) e masculino (gráfico à direita). Os números apresentados ao lado do gráfico referem-se aos níveis de flexibilidade, para o sexo feminino (esquerda) e para o sexo masculino (direita) de acordo com os níveis de referência do CSTF.

Para o Índice de Massa Corporal (IMC), que avalia a massa corporal em relação à altura, das 42 estudantes avaliadas do sexo feminino, 33 apresentaram IMC adequado, 8 com excesso de massa corpórea (sobrepeso ou obesidade grau I e II), 1 com baixa massa corpórea. Do sexo masculino foram avaliados 58 estudantes e 36 apresentaram IMC adequado, 19 apresentaram excesso de massa corpórea (sobrepeso ou obesidade grau I ou II), 2 apresentaram baixa massa corpórea (Tabela 1). A média do IMC foi calculada para as idades de 15, 16, 17 e 18 anos de idade e não houve diferença estatística comparando-as entre sexo feminino e masculino para nenhuma dessas idades ($p < 0,05$).

Classificação do IM	Número de alunos do sexo feminino de acordo com a classificação	Número de alunos do sexo masculino de acordo com a classificação
Baixo peso	1	2
Peso adequado	33	36
sobrepeso	7	18
Obesidade grau I	0	1
Obesidade grau II	1	0
Total	42	57

Tabela 1. Classificação de acordo com o IMC para o sexo feminino

Em relação ao percentual de gordura corporal, os valores de referência são diferentes entre os sexos, sendo que para o sexo feminino o adequado é entre 20 e 25% e para o sexo masculino o adequado é entre 15 e 20%. As médias do percentual de gordura neste estudo tiveram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para as idades de 15 e 16 anos entre os sexos (Figura 2). Para o sexo feminino as médias foram altas em todas as idades em relação aos valores de referência, enquanto que para o sexo masculino a média mais alta foi para a idade de 17 anos, que inclusive não foi diferente da média feminina, e ficou acima dos valores de referência.

A Tabela 2 apresenta os resultados do número de alunos de acordo com a faixa do percentual de gordura corporal. Das 40 estudantes avaliadas (sexo feminino), 32 apresentaram valores acima de 25%, ou seja, altas taxas de gordura corporal, 5 apresentaram valores adequados e 1 apresentou valor abaixo de 20% e 2 apresentaram valor abaixo de 15%. Tanto as taxas altas de gordura corporal com as baixas são preocupantes, pois o nível normal de gordura corporal é importante para as funções fisiológicas. No caso deste estudo, deve-se verificar outros fatores de risco para desenvolvimento de doenças nas estudantes do sexo feminino, uma vez que a maioria apresentou quantidade alta de gordura corporal. Entre os estudantes do sexo masculino, 5 apresentaram menos de 10% de gordura, 24 apresentaram entre 10 e 15%, 6 apresentaram taxa de gordura entre 15 e 20%, 1 apresentou entre 20 e 25%, 8 apresentaram entre 25 e 30%, e 8 apresentaram

acima de 30% de gordura corporal. Também foi alto o número de estudantes que apresentou a porcentagem de gordura fora da faixa adequada, 39 estudantes abaixo do adequado e 17 acima do adequado, dentre os 52 avaliados. Dos estudantes que tiveram IMC alto, a maioria também apresentou alto percentual de gordura, indicando que o excesso de massa corporal está relacionado com o excesso de gordura nesses estudantes.

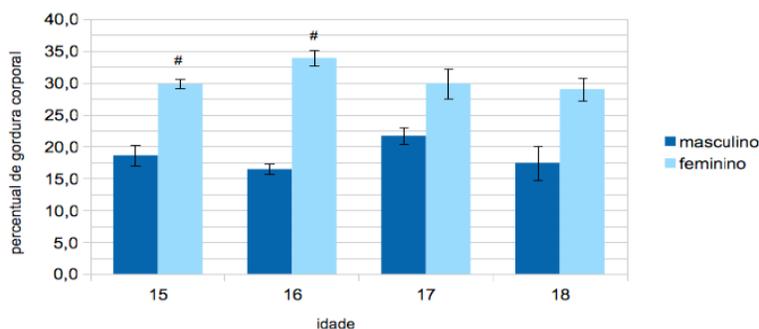


Figura 2. Média do percentual de gordura corporal por idade para o sexo masculino e feminino (conforme legenda). # diferença estatisticamente significativa do percentual de gordura corporal do sexo feminino comparada com a do sexo masculino para a mesma idade.

Percentual de gordura	Número de estudantes (sexo feminino) de acordo com o percentual	Número de estudantes (sexo masculino) de acordo com o percentual
<10 %	0	5
10 a 15 %	2	24
15 a 20 %	1	6
20 a 25 %	5	1
25 a 30 %	11	8
> 30 %	21	8
Total	40	52

Tabela 2. Percentual de gordura para o sexo feminino e masculino dos alunos do IFMS/Campus Nova Andradina.

Foi realizada também a avaliação da Relação Cintura-Quadril (RCQ), que serve para indicar a distribuição da gordura corporal. Quando o índice dessa relação é alto, significa que há uma tendência de acúmulo de gordura na região central (ou visceral). A gordura visceral está mais relacionada com distúrbios metabólicos do que a gordura periférica. A RCQ ficou dentro dos valores de referência estabelecidos como adequados para o sexo feminino (até 0,8), e para o sexo masculino (até 0,9).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados demonstram que os estudantes apresentaram baixa aptidão física,

indicada principalmente pela reduzida flexibilidade em ambos os sexos e idades, e elevada adiposidade, principalmente em estudantes do sexo feminino, mas também em estudantes do sexo masculino para determinada idade. As informações do estudo podem contribuir para o planejamento das aulas de Educação Física dos cursos do ensino médio técnico integrado do IFMS; para o conhecimento das interferências e benefícios da prática de atividade física; para a criação de subsídios para elaboração de programas de atividade física e de modalidades esportivas para esses estudantes; como informações diagnósticas sobre as necessidades de saúde e as ações a serem dirigidas no IFMS/Campus Nova Andradina.

REFERÊNCIAS

ACSM. American College of Sports Medicine. Manual do ACMS para avaliação da aptidão física relacionada à saúde. Guanabara Koogan, 2006.

ARAÚJO, D. S. M. S; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte v. 6, n. 5, Niterói, 2000.

BARONI, B. M., COUTO, W., LEAL JUNIOR, E. C. P. Estudo descritivo-comparativo de parâmetros de desempenho aeróbio de atletas profissionais de futebol e futsal. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum, v. 13, n. 3, p. 170-176, 2011.

BLAIR, S. N., KOHL, H. W., BARLOW, C. E., PAFFENBARGER, R. S. JR, GIBBONS, L. W., MACERA, C. A. Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. JAMA 273: 1093-1098, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

D'ADAMO, E., SANTORO, N., CAPRIO, S. Metabolic syndrome in pediatrics: old concepts revised, new concepts discussed. Pediatr Clin North Am. 58(5): 1241-55, 2011.

DANTAS, Estélio H.M. Alongamento e Flexionamento. 5.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2005. 431p.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, v. 3, p. 49-76, 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2006. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2008.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

DUMITH, S. C.; AZEVEDO JÚNIOR, M. R.; ROMBALDI, A. J. Aptidão Física relacionada à saúde de alunos do ensino fundamental do município de Rio Grande, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, RJ, v. 14, n. 5, 2008.

DWYER, Gregory Byron; DAVIS, Shala E. *Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 175p.

GLANER, M. F. Importância da aptidão física relacionada à saúde. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Santa Catarina, SC, v. 5, n. 2, p. 75-85, 2003.

GLANER, M. F. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. *Revista Brasileira Educação Física e Esportes*, São Paulo, SP, v. 19, n. 1, p. 13-24, 2005.

GORAN, M. I., DAVIS, J., KELLY, L. et al. Low prevalence of pediatric type 2 diabetes. Where's the epidemic? *J Pediatr*, v. 152, p. 753-755, 2008.

GUEDES, D. P. Atividade física, aptidão física e saúde. In: Carvalho T, Guedes DP, Silva JG (orgs.). *Orientações Básicas sobre Atividade Física e Saúde para Profissionais das Áreas de Educação e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e do Desporto, 1996.

GUEDES D. P.; GUEDES J. E. R. P. *Manual prático para avaliação em Educação Física*. São Paulo: Manole; 2006.

JEFFERIES, C., CARTER, P., REED, P. W. et al. The incidence, clinical features, and treatment of type 2 diabetes in children less than 15 yr in a population-based cohort from Auckland New Zealand, 1995-2007. *Pediatr Diabetes*, v. 13, n. 4, p. 294-300, 2012.

KRAUSS, et al. American Heart Association Scientific Statement-American Heart Association Dietary Guidelines, Revision 2000: A statement for healthcare professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. *Circulation*, v. 102, p. 2296-2311, 2000.

LI, C. et al. Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among US children and adolescents. *Pediatrics*, v. 118, p. 1390-1398, 2006.

LUGUETTI, C. N.; NICOLAI RÉ, A. H.; BÖHME, M. T. S. Indicadores de aptidão física de escolares da região centro-oeste da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Santa Catarina, SC, v. 12, n. 5, p. 331-337, 2010.

MALINA RM, BOUCHARD C. *Growth, Maturation, and Physical Activity*. Champaign (IL): Human Kinetics, 1991.

MEEUWSENA, S.; HORGANB, G.W.; ELIA, M. The relationship between BMI and percent body fat, measured by bioelectrical impedance, in a large adult sample is curvilinear and influenced by age and sex. *Clinical Nutrition*, v. 29, p. 560-566, 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. The epidemiologic transition in Brazil. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Obesity and Poverty*. Washington, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. R. Saúde públ., v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

NAHAS, Markus Vinícius. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3.ed. rev. e atual. Londrina: Madiograf, 2003. 278 p.

NIEMAN, D.C. Exercício físico e saúde. São Paulo: Manole Ltda, 1999.

OKORODUDU, D. O.; JUMEAN, M. F.; MONTORI, V. M.; ROMERO-CORRAL, A.; SOMERS, V. K.; ERWIN, P. J. et al. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes, v. 34, p. 791-799, 2010.

ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, v. 85, p. 660-667, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. In: REPORT of a WHO Expert Committee. Geneva, 1995. p. 368-9. (Technical Report Series, n. 854).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)_____. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, 2006. 332 p.

PATE, R. R., PRATT, M., BLAIR, S. N., HASKELL, W. L., MACERA, C. A., BOUCHARD, C., et al. Physical activity and public health - a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 273: 402-407, 1995.

PEREIRA, E. F.; GRAUP, S. Aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho atlético de calouros de educação física. Lecturas: Educación física y deportes, Buenos Aires, n. 104, 2007.

PINHAS-HAMEL, O., ZEITLER, P. The global spread of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. J Pediatr. 146:693-700, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho no 12.045 de 7 de junho de 2006. Diário da República, n. 110, 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar.

TEIXEIRA, R. J. Obesidade e Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência. In: PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.1. ed. Porto Alegre, RS: Artmed: Panamericana, 2008. Ciclo 3, módulo 3. No prelo.

VALLE, J. M. N.; EUCLYDES, M. P. Formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. R. Aten. Prim. Saúde, v. 10, n. 1, jan./jun. 2007.

VAN VLIET, M., HEYMANS, M. W., VON ROSENSTIEL, I. A. et al. Cardiometabolic risk variables in overweight and obese children: a worldwide comparison. Cardiovasc Diabetol. 10: 106, 2011.

WRITING GROUP FOR THE SEARCH FOR DIABETES IN YOUTH STUDY GROUP. Prevalence of type 1 and 2 diabetes among children and adolescents from 2001 to 2009. JAMA 311(17):1778-86, 2014.

ATRASO VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE ATÉ DOIS ANOS NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Mhayara Cardoso dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0001-9037-3676>

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0002-0122-2727>

Elton Junio Sady Prates

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0002-5049-186X>

Fernanda Penido Matozinhos

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0003-1368-4248>

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0002-3323-5776>

Ed Wilson Rodrigues Vieira

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0001-8198-7270>

Tércia Moreira Ribeiro da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG.
<https://orcid.org/0000-0002-5261-2266>

RESUMO: Introdução: O Programa Nacional de Imunizações (PNI), que contribuiu com a redução da incidência de doenças imunopreveníveis no Brasil atualmente, enfrenta desafios para o alcance das metas de cobertura vacinal. Objetivo: Investigar os fatores associados ao atraso vacinal em crianças menores de até dois anos de idade no Brasil. Método: Estudo transversal, com dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram incluídas, neste estudo, 620 famílias com crianças de até dois anos de idade, com situação vacinal em atraso e que responderam ao Módulo III do PMAQ-AB. Para investigar fatores relacionados ao atraso vacinal, foi construído modelo multivariado de regressão Logística Binária e estimados os Odds ratios (OR) com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. O nível de significância estatística foi de 5%. Resultados: Quanto aos fatores associados, o atraso vacinal foi mais frequente dentre as famílias que relataram dificuldades para o atendimento no serviço de vacinação ($p = 0,006$). Conclusão: A dificuldade para o atendimento no serviço de vacinação está associada ao atraso vacinal de crianças de até dois anos de idade no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura Vacinal; Atenção à Saúde Primária; Criança; Saúde da Criança.

VACCINATION DELAY IN CHILDREN UNDER TWO YEARS OF AGE IN BRAZIL AND ASSOCIATED FACTORS

ABSTRACT: Introduction: The National Immunization Program, also known as PNI, has

contributed to reduce the incidence of vaccine-preventable diseases in Brazil; nowadays, it faces challenges to reach the vaccination coverage targets. Aim: Investigating vaccination delay-associated factors in children younger than 2 years old in Brazil. Method: Cross-sectional study based on third-cycle data provided by Program on Enhancing Basic Assistance Quality (PMAQ –AB). In total, 620 families with children up to 2 years old facing vaccination delay and who have answered PMAQ-AB's Module III were included in the current study. A multivariate binary logistic regression model was developed to investigate vaccination delay-associated factors; the Odds ratios (OR) were estimated, as well as their respective confidence intervals (CI) at 95%. Statistical significance level was set at 5%. Results: With respect to associated factors, vaccination delay was more frequent among families that have reported to have a hard time accessing the vaccination service ($p = 0.006$). Conclusion: The difficulty in having access to the vaccination service is associated with vaccination delay among children up to 2 years old in Brazil.

KEYWORDS: Vaccination Coverage; Primary Health Care; Child; Child Health.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI), instituído em 1973, melhorou os indicadores de morbimortalidade na infância e reduziu a incidência de doenças imunopreveníveis em todas as faixas etárias a partir da ampliação da oferta dos imunobiológicos incluindo, desde 2004, um calendário especial para adolescentes, adultos e idosos (BRASIL, 2021). Embora sejam reconhecidos os benefícios associados à ampliação do rol de vacinas, ainda são grandes os desafios enfrentados para o alcance das metas de cobertura vacinal estabelecidas pelo PNI em todas as faixas etárias, sendo imprescindível o fortalecimento de estratégias de imunização, especialmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUZA *et al.*, 2020).

Anualmente, o Programa Nacional de Imunizações distribui mais de 300 milhões de doses imunobiológicas para os serviços de APS e Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) de todo o Brasil (MACHADO *et al.*, 2020). Como indicador da imunização da população infantil, o PNI estabeleceu a meta de 95% de cobertura vacinal para todos os imunobiológicos, exceto para as vacinas Febre Amarela, Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), Vacina Influenza sazonal (Influenza) e Papiloma vírus humano (HPV), que têm, respectivamente, 100%, 90% e 80% de meta de cobertura vacinal (BRASIL, 2015).

Contudo, desde 2016, observa-se a redução de 10 a 20 pontos percentuais dos Índices da Cobertura Vacinal (ICV) no Brasil, o que resultou na reintrodução do sarampo e na ocorrência de surtos de doenças infecciosas em todo o país (BRASIL, 2021; DOMINGUES *et al.*; 2020; SATO, 2018). Dentre os fatores que contribuíram com o declínio dos ICV, destacam-se os aqueles relacionados ao desabastecimento dos imunobiológicos e dos insumos, dificuldades operacionais e organizacionais que impactaram tanto no funcionamento dos serviços de vacinação, quanto no acesso da população aos serviços de vacinação (DOMINGUES *et al.*, 2020). Além destes aspectos, a insatisfação do usuário

quanto ao atendimento prestado nos serviços de saúde aumenta a sua desconfiança quanto aos cuidados oferecidos e reduz as chances do seu retorno ao serviço de saúde, impactando na continuidade dos cuidados prestados (DUARTE *et al.*, 2019).

A percepção do usuário quanto a qualidade do serviço é uma importante estratégia para a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde (ARRUDA *et al.*, 2017). Sua percepção sobre a facilidade e dificuldades, juntamente com sugestão e reclamação do sistema, é imprescindível para a melhoria do serviço de saúde, suscitando estratégias e ações corretivas que são imprescindíveis para a melhoria dos serviços de saúde (DUARTE *et al.*, 2019). Neste sentido, a avaliação do serviços saúde sob a ótica do usuário, é imprescindível para a melhoria dos processos, especialmente sob a perspectiva das famílias que têm crianças com situação vacinal em atraso. Compreender as razões pelas quais o calendário vacinal infantil está incompleto, pode contribuir com a implementação de estratégias para a melhoria das coberturas vacinais.

Considerando que a investigação de fatores associados ao atraso vacinal é uma recomendação proposta por especialista da área da saúde com a finalidade de realizar intervenções que revertam esse quadro (OLIVEIRA & MARTINEZ & ROCHA, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2020) e a importância de manter elevadas as taxas de cobertura vacinal na população do estudo, o objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência do atraso vacinal de crianças menores de até dois anos e analisar os fatores associados ao atraso vacinal.

MÉTODOS

Estudo com dados secundários de um inquérito transversal, multicêntrico e de abrangência nacional, com famílias que responderam ao terceiro ciclo de avaliações externas do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A coleta dos dados ocorreu entre os anos de 2017 e 2018 e contavam com entrevistas a 140.223 usuários dos serviços de AB, sendo excluídos, para este estudo, 124 478 que responderam que não tinham crianças de até dois anos de idade, 15 081 que responderam que a criança estava com a vacinação em dia e 44 que não responderam ao questionário, totalizando 139 603 perdas. Com isso, a amostra estudada foi de 620 famílias das 26 Unidades Federadas e do Distrito Federal que tinham crianças de até dois anos de idade com situação vacinal em atraso.

Foram critérios de inclusão para participação da pesquisa: usuários que responderam ao terceiro ciclo de avaliações externas do PMAQ-AB e que tinham crianças de até dois anos de idade com situação vacinal em atraso ou que nunca se vacinou. Foram excluídas da pesquisa usuários que não responderam ao terceiro ciclo de avaliações externas do PMAQ-AB e que, embora tivessem crianças de até dois anos de idade, a situação vacinal não foi informada ou estava adequada.

Neste estudo, a variável dependente foi a situação vacinal de crianças menores de até dois anos de idade em atraso. Para compor esta variável, foram consideradas as seguintes respostas dadas pelos usuários: “a criança não está com a vacina em dia” ou “a criança nunca se vacinou”, sendo ambas as respostas categorizadas para este estudo como “situação vacinal em atraso”.

As variáveis independentes, organizadas nas seguintes categorias: busca ativa, funcionamento ou atendimento do serviço de AB, procura pelo serviço de vacinação e regiões, estão apresentadas no quadro a seguir (Figura 1):

Categoria	Variáveis	Respostas possíveis
Motivos para o atraso vacinal	Análise pelo usuário para o motivo do atraso vacinal da criança.	Não tem ou falta vacina Não sabia que tinha que levar para vacinar Não consegue atendimento para vacina Nenhuma das anteriores Não sabe ou não respondeu
Busca ativa	A equipe desta unidade básica de saúde/posto de saúde já o(a) procurou devido ao atraso nas vacinas da criança?	Não Sim
Procura pelo serviço de vacinação	O senhor costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para a vacinação?	Sim Não
Dificuldade para o atendimento	Vocês encontraram dificuldades para o atendimento no serviço de vacinação?	Sim Não
Funcionamento ou atendimento do serviço de AB	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana? A unidade de saúde funciona no período da manhã? A unidade de saúde funciona no período da tarde? A unidade de saúde funciona no período da noite? A unidade de saúde funciona aos sábados? O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?	Não Sim
Regiões	Análise dos usuário que tem o calendário vacinal em atraso de crianças menores de até dois anos por regiões brasileiras.	Sudeste Sul Nordeste Centro-Oeste Norte

Figura 1. Variáveis selecionadas no banco de dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Fonte: quadro elaborado pelos autores.

As seguintes variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística: O senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para a vacinação; Vocês

encontraram dificuldades para o atendimento no serviço de vacinação; A unidade de saúde funciona cinco dias na semana; O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a); Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que esta unidade básica de saúde/posto de saúde atendesse: mais cedo do que o horário que costuma abrir, a tarde até às 18 horas, à noite, no horário do almoço, aos sábados, aos domingos e 24 horas.

Os dados, obtidos no programa Excel, foram transferidos para o software IBM SPSS Statistics Viewer, versão 19 e submetidos às análises estatísticas. A verificação da associação entre as variáveis foi realizada a partir da análise bivariada usando o teste de Qui-quadrado. Foi construído modelo multivariado de regressão logística binária e estimados os Odds Ratio (OR), com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95% para identificar os fatores associados ao atraso vacinal, sendo inseridas no modelo final, as variáveis com valor de $p < 0,2$ na análise bivariada, utilizando a estratégia passo-a-passo backward. O nível de significância estatística foi de 5%

Todos os dados utilizados são secundários, sem identificação pessoal e de domínio público e, portanto, o estudo não foi submetido à aprovação do comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

O terceiro ciclo de avaliações externas do PMAQ-AB contou com a participação de 15.081 usuários que tinham crianças menores de até dois anos de idade, dentre as quais, 620 (4.11%) estavam com o calendário vacinal do filho(a) em atraso

Quanto aos motivos para o atraso vacinal, 31,8% (n=197) dos usuários responderam que não havia ou faltava vacina no serviço de AB, 6,1% (n=38) não conseguiu atendimento para vacinação, 4,2% (n=26) não sabia que deveria levar a criança para vacinar, 54,7% (n=339) respondeu “outros motivos não destacados” e 3,2% (n=20) dos usuários não responderam a esta pergunta.

Os fatores associados ao atraso vacinal de crianças menores de até dois anos estão apresentados na Tabela 1.

Variáveis	Bivariada			Multivariada	
	n** (%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Motivos para o atraso vacinal (n=620)					
Não tem ou falta vacina	197(31,8)				
Não sabia que tinha que levar para vacinar	26(4,2)				
Não consegue atendimento para vacina	38(6,1)				

Nenhuma das anteriores	339(54,7)
Não sabe ou não respondeu	20(3,2)

A equipe desta unidade básica de saúde/posto de saúde já o(a) procurou devido ao atraso nas vacinas da criança?(n=590)

Não	389(65,9)
Sim	201(34,1)

Procura pelo serviço de vacinação

O senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para a vacinação?

Sim	100(4,9)	1	0,013*
Não	520(3,8)	1,289 (1,035 - 1,605)	

Dificuldades para o atendimento

Vocês encontraram dificuldades para o atendimento no serviço de vacinação?

Sim	18(11,8)	1	0,001*	3,676 (1,456 – 9276)	0,006*
Não	7(3,0)	4,381 (1,784 –10,700)			

Funcionamento ou atendimento do serviço de AB

A unidade de saúde funciona cinco dias na semana? (n=602)

Não	38(7,7)	1	0,000*
Sim	564(3,8)	2,113 (1,502 - 2, 973)	

A unidade de saúde funciona no período da manhã? (n=619)

Não	4(7,7)	1	0,149
Sim	615(3,9)	2,032 (0,730 - 0,564)	

A unidade de saúde funciona no período da tarde? (n=608)

Não	26(4,9)	1	0,14
Sim	582(3,9)	1,278 (0,854 - 1,811)	

A unidade de saúde funciona no período da noite? (n=591)

Não	554(3,9)	1	0,23
-----	----------	---	------

Sim	37(3,4)	1,152 (0,821 - 1,616)	
A unidade de saúde funciona aos sábados? (n=591)			
Não	569(4,0)	1	0,088
Sim	22(2,9)	1,376 (0,893 - 2,120)	
O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)? (n=617)			
Não	171(6,5)	1	0,000*
Sim	446(3,4)	1,964 (1,638 - 2,355)	
Regiões			
Sudeste	130(2,4)	1	
Sul	46(2,6)	1,098 (0,781 - 1,544)	0,590
Nordeste	252(4,4)	1,863 (1,503 - 2,311)	0,000*
Centro Oeste	70(6,0)	2,254 (1,896 - 3,439)	0,000*
Norte	122(7,2)	3,107 (2,412 - 4,004)	0,000*

OR = Odds Ratio IC95% = Intervalo de confiança de 95% p = Valor de p , probabilidade de significância. Fonte: Elaborada pelas autoras a partir da análise bivariada e do modelo multivariado de regressão logística binária final contendo as variáveis avaliadas neste estudo. Banco de dados: Módulo III do terceiro ciclo das avaliações externas do PMAQ-AB, 2021.

Tabela 1. Atraso vacinal em criança menores de até dois anos no Brasil e fatores associados, segundo análise dos dados coletados em entrevista com os profissionais da Atenção Básica (Módulo III) do PMAQ-AB, 2021 (n=620).

Usuários que responderam que a unidade de saúde não funcionava cinco dias por semana apresentaram, em média, 2,113 (IC95% 1,502 - 2,973) vezes a chance das crianças de até dois anos de idade apresentarem situação vacinal em atraso ($p=0,000$). Outro fator que contribui para o atraso vacinal de crianças foi a procura do usuário pelo serviço de AB pelo usuário para a vacinação. Crianças de até dois anos de idade sob a responsabilidade dos participantes que referiram não procurar o serviço de AB para imunização tiveram, em média, 1,289 (IC95% 1,035-1,605) vezes a chance de apresentarem situação vacinal em atraso ($p=0,013$).

Quanto às diferenças regionais, crianças menores de até dois anos na região Norte tiveram, em média, 3,107 (IC95% 2,412-4,004) a chance de estarem com a situação vacinal em atraso quando comparada a uma criança da região Sudeste, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). A prevalência de crianças com situação vacinal em atraso na região Sul, por sua vez, não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparada à região Sudeste ($p=0,590$).

A única variável que permaneceu no modelo foi: dificuldade para o atendimento no

serviço de vacinação. Responsáveis por crianças de até dois anos de idade que referiram dificuldade para atendimento no serviço de vacinação tiveram, em média, 3,676 (IC95% 1,456-9,279) vezes a chance da criança estar com o esquema vacinal em atraso quando comparada às famílias que não encontraram dificuldade para o atendimento ($p = 0,006$) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Neste estudo, que contou com a participação de 15.081 usuários que tinham crianças menores de dois anos de idade e que responderam ao módulo III do terceiro ciclo de avaliações externas do PMAQ-AB. Do total de respondentes, 620 (4.11%) referiram que o(a) filho(a) estava com o calendário vacinal em atraso, sendo a falta da vacina na unidade de saúde 31,8% ($n=197$), o principal motivo para o atraso. Quanto aos fatores associados, o atraso vacinal foi mais frequente dentre as famílias que relataram dificuldades para o atendimento no serviço de vacinação ($p = 0,006$).

A acessibilidade na AB também pode ser entendida como a percepção do usuário quanto a capacidade do serviço em atender às suas necessidades de saúde, bem como a disponibilidade de oferta de consultas, atendimentos e horários pelo serviço de saúde (STARFIELD, 2002). O atraso nas consultas agendadas, a indisponibilidade de consultas noturnas e aos finais de semana e a demora em filas de vacinação são considerados problemas na organização do serviço de saúde e que dificultam o acesso da população à imunização (MOLINA *et al.*, 2008). Em consonância com os resultados deste estudo, estudo epidemiológico e descritivo revelou que a falta de horários alternativos das unidades de AB, a demora no atendimento e a impossibilidade de agendamento sem aviso prévio, implicaram em atrasos na situação vacinal de crianças de seis meses a menores de cinco anos de idade, residentes em 55 municípios no oeste de Minas Gerais (SANTOS *et al.*, 2016).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as unidades de AB são aconselhadas a funcionar 40 horas por semana, durante cinco dias na semana. Contudo, considerando que 72,7% dos brasileiros trabalham entre 40 a 49 horas semanais, o funcionamento dos serviços de AB durante 40 horas semanais, pode ser insuficiente para atender às necessidades desta população (PINHO *et al.*, 2020). Ademais, a ampliação do horário de funcionamento do serviço de AB para três turnos ao dia e ao sábado favorece o acesso da população ao serviço de saúde (SCOREL *et al.*, 2007).

Estudo que investigou a satisfação do usuário com o horário de funcionamento de seis Unidades Saúde da Família (USF), localizadas no Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais, apontou que o horário reduzido dos serviços que ofertam a vacinação comprometem a acessibilidade do usuário à imunização (SANTOS *et al.*, 2010). Destaca-se ainda, que a insatisfação dos genitores da criança com a unidade de saúde, compromete o vínculo

da família com o serviço e ocasiona a interrupção ou atraso no seguimento das vacinas recomendadas para a criança (LOPES *et al.*, 2013).

A associação entre disponibilidade de tempo dos pais e atraso vacinal é encontrada em diversos trabalhos na literatura. Estudo realizado no Canadá apontou que o maior número de semanas da licença maternidade remunerada está associada ao aumento da taxa de vacinação infantil (DAKU & RAUB & HEYMANN, 2012). Também é encontrada associação entre a incompletude vacinal e famílias numerosas com mais de dois filhos dificuldades de transporte e acessibilidade aos serviços de saúde que ofertam a vacinação (MOLINA *et al.*, 2007; DE OLIVEIRA & MARTINEZ & ROCHA, 2014).

Pesquisas no Brasil e Estados Unidos indicam a inviabilização ao comparecimento dos responsáveis pela criança ao serviço de saúde, em razão às questões trabalhistas ou pela incompatibilidade de horários e dias disponíveis para o cuidado da saúde da criança (ANDRADE & LORENZINI & SILVA, 2013; SABNIS & CONWAY, 2015). Os resultados desse estudo exprimem que é imprescindível a elaboração e implementação de projetos e ações para a administração da vacina em face às demandas da população alvo, através de adoção de estratégias na política de imunizações, a partir do monitoramento da cobertura vacinal em cada região (ARROYO *et al.*, 2020).

As diferenças regionais de investimento e estrutura dos serviços de saúde, são históricas e influenciam a disponibilidade e acesso da população aos serviços de saúde. Segundo dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), frequentemente, as cidades da região Norte do país não alcançam as metas de cobertura vacinal e figuram dentre os piores indicadores de imunização do país. As dificuldades encontradas pela população para acessarem os serviços de saúde e os problemas estruturais que inviabilizam a sustentabilidade da cadeia de frio e manutenção dos imunobiológicos nos serviços de AB localizados na Região Norte do país, comprometem o alcance das metas de cobertura vacinal (VIEIRA *et al.*, 2020).

Neste estudo, algumas limitações foram encontradas, como o fato de os dados analisados não terem sido coletados especificamente para responder às questões deste trabalho e, portanto, algumas variáveis que não foram coletadas no PMAQ poderiam ter favorecido a compreensão do objeto desta pesquisa. Por fim, ressalta-se que este estudo apresentou algumas limitações em virtude da utilização da base de dados do SI-PNI, que pode apresentar subnotificação dos casos e registros incompleto .

CONCLUSÃO

A prevalência de crianças de até dois anos de idade com situação vacinal em atraso foi maior dentre as famílias que referiram dificuldade para atendimento no serviço de vacinação quando comparadas às famílias que não relataram este problema. Os resultados deste trabalho poderão apoiar o desenvolvimento de estratégias e políticas para melhoria

da cobertura vacinal em crianças no Brasil.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Nupesv - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Vacinação - pelo apoio na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Deyse Rodrigues Souza; LORENZINI, Elisiane; SILVA, Eveline Franco. **Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil**. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35964>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

ARROYO, Luiz Henrique *et al.* **Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00015619, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00015619.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19**. 3ª edição. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/planovacinaocovid_v2_29jan21_nucom.pdf. Acesso em: 06 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde Brasília. Coberturas vacinais no Brasil Período: 2010 - 2014**. Brasília - DF; 2015. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

DAKU, Mark; RAUB, Amy; HEYMANN, Jody. **Maternal leave policies and vaccination coverage: A global analysis**. *Social science & medicine*, v. 74, n. 2, p. 120-124, 2012. Disponível em: DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.10.013. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

DE OLIVEIRA, Manuel Falcão Saturnino de; MARTINEZ, Edson Zangiacomí; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Factors associated with vaccination coverage in children < 5 years in Angola**. *Revista de saúde pública*, v. 48, p. 906-915, 2014. Disponível em: www.scielo.br/rsp. Acesso em: 10 jun. 2021.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos *et al.* **46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superado**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00222919, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36s2/1678-4464-csp-36-s2-e00222919.pdf>. Acesso em: 14 de Maio de 2021.

DUARTE, Deborah Correia *et al.* **Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento**. *Escola Anna Nery*, v. 23, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?lang=pt>. Acesso em: 08 de Agosto de 2021.

SCOREL, Sarah *et al.* **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, p. 164-176, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

LOPES, Edilene Gianelli *et al.* **Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 3, p. 338-344, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a06v66n3.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

MACHADO, Luis Felipe Barbosa *et al.* **Recusa vacinar e o impacto no ressurgimento de doenças erradicadas.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 32, n. 1, p. 12-16, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907_164040.pdf. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

MOLINA, Ana Cláudia *et al.* **Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo.** Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/69769/2-s2.0-45349098067.pdf?sequence=1df>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

OLIVEIRA, Vanessa Gomes de *et al.* **Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores.** 2010. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13941/1/2010_art_vgoliveira.pdf. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

PINHO, Ellen Christiane Corrêa *et al.* **Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil.** Enferm. foco (Brasília), p. 168-175, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3449>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

SABNIS, Swapna S.; CONWAY, James H. **Overcoming challenges to childhood immunizations status.** Pediatric Clinics, v. 62, n. 5, p. 1093-1109, 2015. Disponível em: DOI: 10.1016/j.pcl.2015.05.004. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

SANTOS, Guilherme Rodrigues Diniz *et al.* **Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 55-64, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/v25n1a06.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

SANTOS, Simone Maria Silva *et al.* **Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 499-508, 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/v14n4a07.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

SATO, Ana Paula Sayuri. **Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?** Revista de Saúde Pública, v. 52, p. 96, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-52-87872018052001199.pdf. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

SOUZA, Priscilla Azevedo; GANDRA, Beatriz; CHAVES, Ana Cláudia Cardozo. **Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 3, p. 267-271, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/57>. Acesso em: 06 de Agosto de 2021.

STARFIELD, Barbara *et al.* **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

VIEIRA, Ed Wilson *et al.* **Estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da tríplice viral no Brasil.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 24, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/e1325.pdf>. Acesso em: 17 de Maio de 2021.

CAPÍTULO 10

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO PROFILÁTICO NA HEMOFILIA NO PROGRAMA DOSE DOMICILIAR EM SERGIPE

Data de aceite: 01/09/2021

Weber de Santana Teles

Centro de Hemoterapia de Sergipe – HEMOSE
Aracaju - SE
<http://orcid.org/0000-0003-1770-8278>

Camilla Costa

Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-5024-2740>

Marcela Dias Aguiar Dionísio

Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-9805-4140>

Paulo Celso Curvelo Santos Junior

Centro de Hemoterapia de Sergipe – HEMOSE
Aracaju – SE
<http://orcid.org/0000-0001-5834-6782>

Ruth Cristini Torres

Instituto de hematologia e hemoterapia de
Sergipe –IHHS
Aracaju - SE
<http://orcid.org/0000-0002-8664-192X>

Rute Nascimento da Silva

Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju - SE
<http://orcid.org/0000-0002-2719-1623>

Alejandra Debbo

Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju - SE
<http://orcid.org/0000-0002-7743-5921>

Max Cruz da Silva

Faculdade Pio Décimo – FAPIDE
Poço Redondo - SE
<http://orcid.org/0000-0002-6944-5986>

Ana Fátima Souza Melo de Andrade

Centro Universitário Estácio de Sergipe.
<https://orcid.org/0000-0002-7024-6175>

Ângela Maria Melo Sá Barros

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Rio De Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0003-4087-3247>

RESUMO: Objetivo: Analisar a adesão ao tratamento profilático na hemofilia (DDU) dos pacientes atendidos em um hemocentro de Sergipe. **Método:** Estudo exploratório, documental de abordagem quantitativa, realizado em 2017, cujos resultados foram extraídos pelo *software* HEMOVIDA. Utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Kruskal Wallis ($p < 0,05$). **Resultados:** Entre os 95 hemofílicos estudados, 60% apresentavam hemofilia A, 35% doença de Von Willebrand e 5% hemofilia B. Ao que se referem à distribuição do fator e da Dose Domiciliar (DD), o mês de janeiro obteve maior adesão com 38,5%, observando maior adesão dos hemofílicos do tipo A, enquanto o mês com menor adesão foi outubro. **Conclusão:** O tratamento em pacientes portadores de coagulopatias hereditárias é importante para a melhoria da qualidade de vida, e tem como principal resposta a pronta reposição e adequada manutenção dos fatores.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão terapêutica,

EVALUATION OF ADHERENCE TO PROPHYLACTIC TREATMENT IN HEMOPHILIA IN THE HOME DOSE PROGRAM IN SERGIPE

ABSTRACT: Objective: To analyze adherence to prophylactic treatment for hemophilia (DDU) of patients seen at a blood center in Sergipe. **Method:** Exploratory, documentary study with a quantitative approach, carried out in 2017, whose results were extracted by the HEMOVIDA software. Pearson and Kruskal Wallis chi-square tests were used ($p < 0.05$). **Results:** Among the 95 hemophiliacs studied, 60% had hemophilia A, 35% Von Willebrand's disease and 5% hemophilia B. Regarding the distribution of the factor and the Household Dose (DD), the month of January had greater adherence with 38.5%, noting greater adherence of type A hemophiliacs, while the month with the lowest adherence was October. **Conclusion:** The treatment of patients with hereditary coagulopathies is important to improve the quality of life, and its main response is the prompt replacement and adequate maintenance of factors. **KEYWORDS:** Therapeutic adherence, Coagulopathy, Public Health Politics.

INTRODUÇÃO

As coagulopatias são enfermidades referentes aos fatores de coagulação resultante da deficiência quantitativa e/ou qualitativa de uma ou mais das proteínas plasmáticas (fatores) da coagulação, caracterizada pela redução da formação de trombina, fator essencial para a coagulação do sangue (WHO, 2020).

Dentre as coagulopatias, a hemofilia pode se apresentar na forma leve, moderada e grave. A hemofilia leve é caracterizada por sangramentos associados a traumas maiores ou a procedimentos; a hemofilia moderada por sangramentos normalmente relacionados a traumas, apenas ocasionalmente espontâneos. Sangramento prolongado após pequenos traumas ou procedimentos, a hemofilia grave sangramentos articulares (hemartrose) ou musculares (hematomas) relacionados a traumas, ou frequentemente sem causa aparente (espontâneos) (FERREIRA AA, et al., 2014).

De acordo com perfil das coagulopatias hereditárias no Brasil, em 2019, o total de indivíduos portadores era de 27.978, dos quais 10.821 (38,66%) correspondem à hemofilia A; 2.139 (7,64%) à hemofilia B; 9.462 (33,81%) à doença de von Willebrand; 2.621 (9,36%) a coagulopatias raras e 2.945 (10,53%) coagulopatias hereditárias e aos demais transtornos hemorrágicos (BRASIL, 2021).

A profilaxia em pacientes com coagulopatias é importante para a melhora da qualidade de vida e tem como principal resposta a reposição dos fatores VIII e IX (8) (9). Com a redução acentuada na taxa de sangramento anual, os regimes de profilaxia frequentemente elevam as chances de autoconfiança nesses usuários e possibilita um estilo de vida mais ativo e físico (FISCHER K, et al., 2021).

Nesse aspecto a profilaxia e o tratamento das hemorragias são realizados através da infusão intravenosa do fator de coagulação deficiente. O tratamento dos sangramentos

acontece pela periodicidade com que é realizada a reposição do fator de coagulação, tratamento sob demanda e tratamento profilático (S YAGO M, et al., 2021).

O tratamento sob demanda é realizado com a reposição do fator de coagulação no momento em que acontecem as hemorragias; nessa situação a infusão de fator de coagulação deve ser repetida diariamente até que os sinais e sintomas cessem. A terapêutica profilática acontece em quatro momentos. O primeiro é a profilaxia primária: refere-se ao tratamento de reposição regular contínua, (reposição com intenção de tratar por 52 semanas ao ano, tendo sido tratado por pelo menos 45 semanas ao ano, ou seja, 85% da intenção de tratar) (BRASIL, 2021).

Em relação às orientações para liberação de dose domiciliar, estas devem levar em consideração as premissas que constam nos documentos reguladores, como o manual de hemofilia, ao considerar que a eficácia no tratamento das hemorragias dos indivíduos portadores de hemofilia vai depender da reposição dos fatores de coagulação de forma imediata, o que abreviará o sangramento e a extensão do dano tissular.⁹ No entanto, a reposição imediata do fator de coagulação irá depender da facilidade de acesso ao fator e à identificação da hemorragia pelo portador de coagulopatias (A ROYO JLL, et al., 2021).

Há algumas orientações para liberação de dose domiciliar, sendo elas: avaliar o fenótipo clínico de cada paciente; a distância entre o centro de tratamento e o domicílio do paciente e o acesso ao transporte para o deslocamento; se o paciente/cuidador foi devidamente treinado para participação no programa de dose domiciliar. (WANG M, et al., 2016). Nesse sentido, faz-se necessário ter a capacidade de reconhecer um episódio hemorrágico, a gravidade dos sangramentos e acesso aos requisitos básicos para administração de medicamento endovenoso.

As informações sobre os usuários atendidos deverão abastecer o sistema Hemovida Web Coagulopatias antes da próxima liberação. Os pacientes/cuidadores e centros de tratamento de hemofilia serão os responsáveis pela correta prestação de contas, e devem seguir as recomendações vigentes nos manuais relacionados à hemofilia do Ministério da Saúde e no Manual de Dose Domiciliar (BRASIL, 2020).

Assim, o objetivo de estudo foi analisar a adesão ao tratamento profilático na hemofilia (DDU) dos pacientes atendidos em um hemocentro no Est do de Sergipe.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no ambulatório do Hemocentro Coordenador de Sergipe - Hemose.

Os casos de portadores de coagulopatias hereditárias cadastrados na base de dados Web coagulopatias software HEMOVIDA foram a população do estudo. Todos os casos, que fazem parte da distribuição de fatores da dose domiciliar (DDU) e fatores de

coagulação, foram atendidos no período de janeiro a dezembro de 2017.

Os dados foram extraídos, organizados e classificados no programa Excel 365. A análise estatística deu-se pelo software IBM *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0, utilizou-se um intervalo de confiança de 95% ($p < 0.05$) para significância estatística. Respaldo no teste estatístico Qui-quadrado de Pearson (X^2) para comparação da distribuição dos valores a partir de duas variáveis (Distribuição de Fator e Dose Domiciliar X Coagulopatias; Motivos de Atendimento X Coagulopatias). Assegurando-se pelos testes Kolmogorov-Smirnov com Correlação de Significância de Lilliefors e Shapiro Wilk para avaliação da normalidade (distribuição dos valores na amostra) das variáveis numéricas (Quantidade de Fator, Total de Unidades Internacionais tomadas e Quantidade de repetição) em relação à coagulopatias.

Após a verificação da não parametria, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis de amostras independentes para comparar a distribuição das variáveis de acordo com o gênero. Utilizou-se o Post-Hoc Kruskal Wallis de comparações de pares como complemento para avaliar a diferença estatística para as variáveis que apresentaram significância estatística no teste Kruskal- Wallis.

O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Tiradentes - Sergipe, com parecer nº. 927.132, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de dados secundários não houve necessidade de assinar o termo consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 95 usuários cadastrados como portadores de coagulopatias hereditárias em uso de fatores de coagulação deficiente e adeptos da dose domiciliar, todos atendidos no Centro de Hemoterapia de Sergipe-HEMOSE durante no período de 2017.

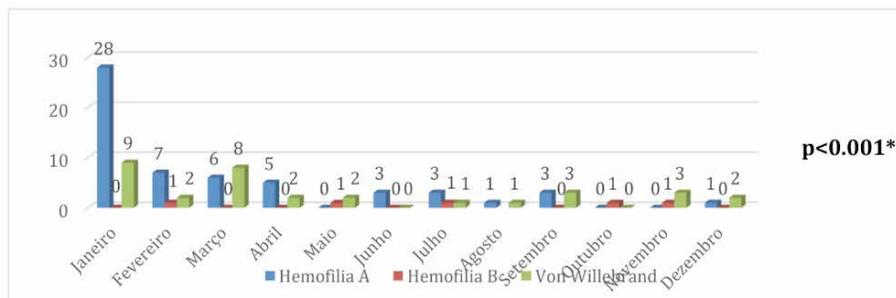


Figura 1. Distribuição de Fator e Dose Domiciliar dos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias do Centro de Hemoterapia de Sergipe.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

Em relação ao tipo de coagulopatia, notou-se que 60% (57) dos pacientes atendidos eram portadores de hemofilia A, 35% (33) da doença de Von Willebrand e 5% (5) portadores de hemofilia B. Diante da distribuição de fatores da dose domiciliar (DDU), durante o ano de 2017, em Sergipe - Brasil, no mês de janeiro foi registrado o maior índice de adesão 38,9% (37), sendo a hemofilia A, mais prevalente com 75,7% (28). Outubro foi o mês que apresentou menor quantidade com 1% (1), sendo este portador de Hemofilia B, apresentando significância estatística na comparação entre o mês e o tipo de coagulopatias ($p < 0,05$) (Figura 1).

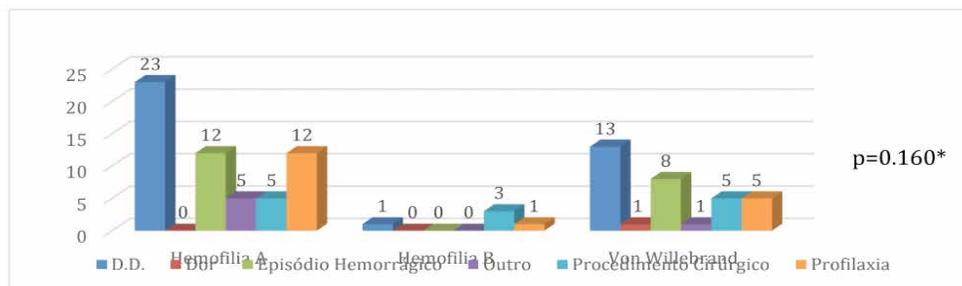


Figura 2. Motivos para administração dos fatores de coagulação portadores de Hemofilia A, Hemofilia B e Doença de Von Willebrand no Centro de Hemoterapia de Sergipe.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

Os motivos para administração dos fatores de coagulação (Figura 2) indicou que na Hemofilia A, 40,3% (23) realizaram a adesão da Dose Domiciliar; 21% (12) apresentaram episódios hemorrágicos, 8,7% (5) teve outro motivo específico sendo classificado como outros, 8,7% (5) realizaram procedimentos cirúrgicos e 21% (12) fizeram profilaxia. Demonstrando que na Hemofilia B, apenas 20% (1) realizaram a adesão da Dose Domiciliar; 60% (3) realizaram procedimentos cirúrgicos e 20% (1) fizeram profilaxia.

Na doença de Von Willebrand, 39,3% (13) realizaram a adesão da Dose Domiciliar; 3% (1) apresentaram algum tipo de dor; 24,2% (8) apresentaram episódios hemorrágicos; 3% (1) tiveram outro motivo específico sendo classificado como outros; 15,1% (5) realizaram procedimentos cirúrgicos; e 15,1% (5) fizeram profilaxia, cujos resultados demonstram que não houve significância estatística em relação aos tipos de coagulopatias e os motivos para administração dos fatores ($p > 0,05$).

Pode-se observar que, apesar da diferença entre as classes dos motivos no uso dos fatores de coagulação entre a Hemofilia A e doença de Von Willebrand, não houve diferença estatística quando aplicado o teste, mesmo a Hemofilia A apresentando um número de adesão maior à dose domiciliar, por apresentar um quantitativo maior quando comparado com as outras coagulopatias.

Como apresentado na Tabela 1, comparando medidas de distribuição entre o valor

médio, observa-se que os meses de abril e agosto apresentaram a maior quantidade de fator distribuído com o quantitativo 8, seguido dos meses de janeiro e maio. Os meses de menor mediana são os meses de março, novembro e dezembro com valor 4. O valor mínimo de distribuição de fator foi em dezembro com 2 quantidade, enquanto o de maior foram os meses de abril e maio com 32, apresentando diferença estatística ($p < 0,001$).

No total das unidades internacionais, foi observado que o mês de janeiro foi o que houve maior mediana de unidades internacionais com 3.250, enquanto a menor foi dos meses de março, julho, novembro e dezembro com 2000. O valor mínimo foi referente ao mês de janeiro, fevereiro, março, maio e setembro com 250, já o máximo referente aos meses de janeiro a maio com 20.000, apresentando significância estatística ($p < 0,003$) (Tabela 1).

VARIÁVEL	TERMOS DE TENDÊNCIA CENTRAL			p*
	<i>Mediana</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	
Quantidade				
Janeiro	7.5	1	28	<0.001
Fevereiro	6	1	24	
Março	4	1	20	
Abril	8	1	32	
Maio	7.5	1	32	
Junho	6	1	24	
Julho	5.5	1	18	
Agosto	8	1	30	
Setembro	4.5	1	20	
Outubro	6	1	30	
Novembro	4	1	18	
Dezembro	4	2	28	
Total de Unidade Internacionais				
Janeiro	3250	250	20000	0.003
Fevereiro	3000	250	20000	
Março	2000	250	20000	
Abril	3000	500	20000	
Maio	2750	250	20000	
Junho	3000	500	18000	
Julho	2000	500	18000	
Agosto	3000	500	20000	
Setembro	2500	250	12000	
Outubro	3000	500	18000	
Novembro	2000	500	16000	
Dezembro	2000	500	14000	

Quantidade de repetição			
Janeiro	1	1	12
Fevereiro	2	1	8
Março	2	1	10
Abril	1	1	10
Maio	1	1	8
Junho	2	1	9
Julho	1	1	7
Agosto	1	1	18
Setembro	3	2	13
Outubro	1	1	11
Novembro	3	2	9
Dezembro	3	2	11

<0.001

Tabela 1. Associação das variáveis de termo central entre os meses usando Total de Unidades Internacionais e quantidades de repetições através do teste Kruskal-Wallis de Amostras independentes.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

A repetição do tratamento no mesmo mês apresentou valores mais altos nos meses de setembro, novembro e dezembro com três repetições cada, apresentando diferença estatística em relação aos outros meses ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Pelos dados apresentados na Tabela 1, foi construída a Figura 3 através do teste Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, mostrando a proporção da quantidade em função dos meses, respectivamente no período de 2017. Em relação à mediana, nota-se diferença encontrada na divisão dos meses, apresentando oscilações na distribuição dos resultados, tendo maior quantitativo os meses de abril e dezembro. Através do *Post-hoc Test* - teste de comparação de pares de amostras nota-se que houve diferença estatística na distribuição entre os meses agosto e outubro; agosto e junho; agosto e dezembro; agosto e abril; março e dezembro; março e abril; novembro e abril; abril e fevereiro; abril e dezembro; abril e novembro; novembro e abril ($p < 0,05$) (Figura 3).

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

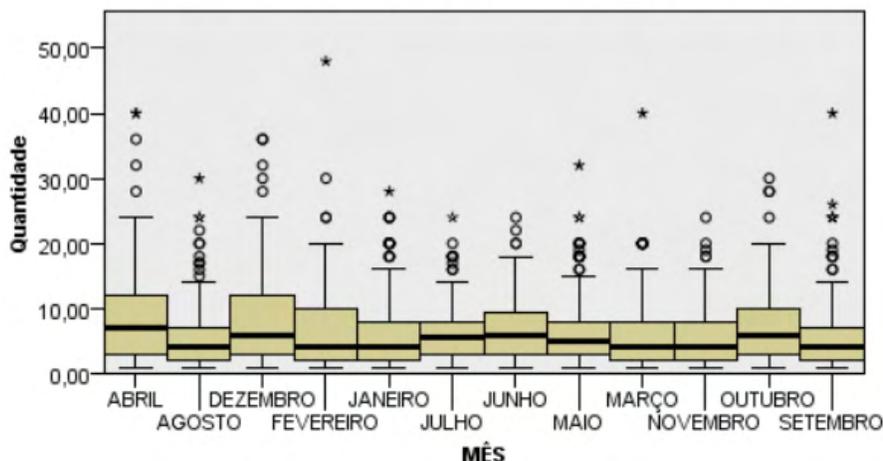


Figura 3. Distribuição entre os meses na quantidade dos pacientes que tiveram acesso ao Centro de Hemoterapia de Sergipe.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

Diante dos dados apresentados na Tabela 1, foi construída a Figura 4 através do teste Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, mostrando a proporção da quantidade de unidade internacionais em função dos meses, respectivamente no período de 2017. Em relação à mediana, nota-se diferença encontrada na divisão dos meses, apresentando oscilações na distribuição dos resultados, tendo o maior quantitativo os meses de abril e fevereiro. Através do *Post-hoc Test* de comparação de pares de amostras, notou-se que, apesar da diferença estatística encontrada na divisão geral entre os meses, não houve diferença estatística nos meses em comparação individual com os outros, não ressaltando divergências altas na distribuição das unidades internacionais.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

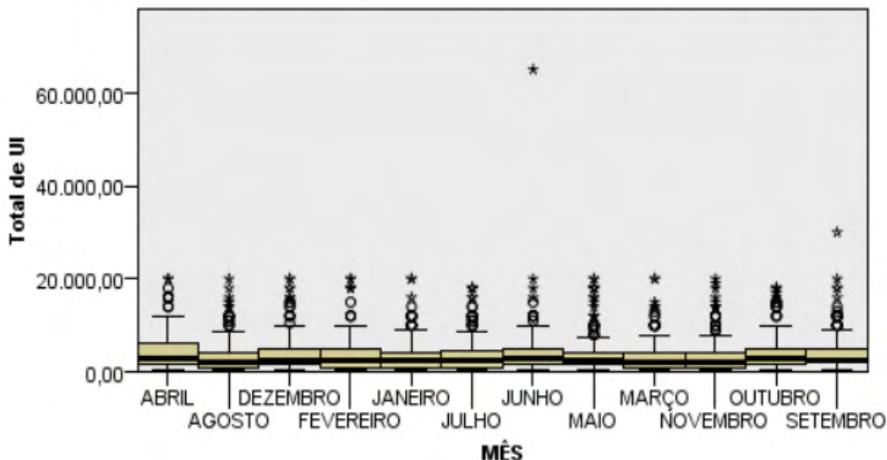


Figura 4. Comparação dos meses de distribuição de acordo com o total de unidades internacionais de fator e DDU dispensados no Centro de Hemoterapia de Sergipe no setor de Farmácia.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

Através do Post-hoc Test de comparação de pares de amostras, nota-se que houve diferença estatística na distribuição entre os meses abril e fevereiro ($p=0,020$); abril e dezembro ($p=0,001$); abril e novembro ($p=0,000$); abril e setembro ($p=0,000$); julho e dezembro ($p=0,007$); julho e novembro ($p=0,001$); julho e setembro ($p=0,000$); maio e dezembro ($p=0,015$); maio e novembro ($p=0,002$); maio e setembro ($p=0,000$); janeiro e dezembro ($p=0,017$); janeiro e novembro ($p=0,002$); janeiro e setembro ($p=0,000$); agosto e dezembro ($p=0,022$); agosto e novembro ($p=0,002$); agosto e setembro ($p=0,000$); outubro e dezembro ($p=0,027$); outubro e novembro ($p=0,003$); outubro e setembro ($p=0,000$). ($p>0,05$) (Figura 4).

O fator recombinante tem a finalidade de suprir a carência da produção do fator plasmático.⁹ Compreendendo que não houve diferença dentro do período investigado (Figura 4); em qualquer ocasião, a adesão dos fatores recombinantes como citado na literatura tem aumentado anualmente, com isso não foram apresentadas manifestações clínicas que impliquem na sua terapêutica, fazendo com que o paciente tenha acesso aos fatores de coagulação fora do período de tempo correspondente a cada paciente.

A partir da amostra de dados apresentados na Tabela 1, foi construída a Figura 5, através do teste Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, mostrando a proporção da quantidade de unidade internacionais em função dos meses, respectivamente no ano de 2017. Em relação à mediana, nota-se diferença encontrada na divisão dos meses, apresentando oscilações na distribuição dos resultados, apresentando maior quantitativo os meses de setembro e novembro.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

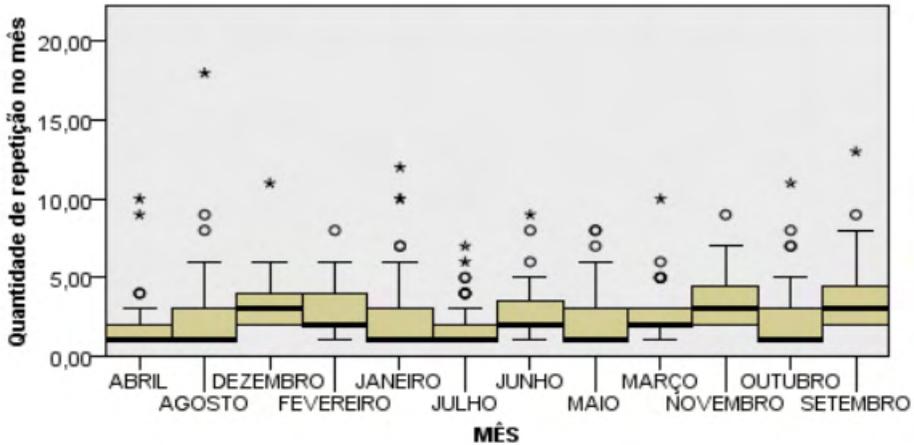


Figura 5. Comparação dos meses de distribuição de acordo com o total de unidades internacionais de fator e DDU dispensados no Centro de Hemoterapia de Sergipe no setor de Farmácia.

Fonte: TELES WS, et al., 2021.

Através do *Post-hoc Test* de comparação de pares de amostras, notou-se que, apesar da diferença estatística encontrada na divisão geral entre os meses, houve diferença estatística nos meses em comparação individual com os outros ($p > 0,05$) (Figura 5).

No referido gráfico (Figura 5), pode-se avaliar um aumento entre os meses de setembro e novembro, podendo ser explicado com o que relata a literatura ao que se refere à reposição dos fatores facilita a vida dos pacientes e oferece um tipo de adesão ao tratamento.

DISCUSSÃO

Durante o ano de 2017, no serviço ambulatorial do Centro de Hemoterapia de Sergipe, estavam cadastrados 212 usuários portadores de coagulopatias hereditárias sendo 125 dos pacientes do sexo masculino (59%) e 87 do sexo feminino (41%) (FERREIRA AA, et al., 2014). No inquérito epidemiológico promovido no *Annual Global Survey*, da Federação Mundial de Hemofilia (FMH) em 2017. Em 116 países, mais de 315.000 pacientes foram identificados. Esse número representa aumento de 6,6% em relação ao número de pacientes identificados em 2016. O relatório abrange 196.706 pessoas com hemofilia 76.144 pessoas com DVW e 42.573 pessoas com outros distúrbios hemorrágicos raros de 116 países (FERREIRA D, et al., 2018).

Em estudo realizado na região Sul do Brasil, dos pacientes cadastrados no Hemonúcleo, foram analisados 39 prontuários, 30 (76,9%) tiveram o diagnóstico correspondente à Hemofilia A, dois (5,1%) à Hemofilia B, seis (15,4%) à doença de Von

Willebrand e um (2,6%) a outro tipo de coagulopatia. (FISCHER K, et al., 2014). No ano de 2016, no Estado do Piauí, foram analisados 154 pacientes atendidos no Centro de Hematologia e Hemoterapia (HEMOPI), dos quais 127 (82%) indicaram hemofilia A, 15 (10%) hemofilia B e 12 (8%) com doença de Von Willebrand. (LÓPEZ-ARROYO JL, et al., 2014). Índice semelhante de pacientes com hemofilia A também foi diagnosticado em estudo elaborado em um hemocentro na Paraíba, registrando 70% dos pacientes. (SAYAGO M, et al., 2020).

Segundo a Federação Brasileira de Hemofilia, a hemofilia A é muito mais comum que a hemofilia B. Estima-se que a hemofilia A represente 80%-85% de todos os casos de hemofilia; estima-se que a Hemofilia B represente 15%-20% de todos os casos de hemofilia A prevalência estimada no nascimento corresponde a 24,6 casos por 100.000 indivíduos do sexo masculino para todas as gravidades de hemofilia A (9,5 casos para Hemofilia A grave) e 5,0 casos por 100.000 indivíduos do sexo masculino para todas as gravidades de Hemofilia B (1,5 casos para Hemofilia B grave) (BRASIL, 2021)

A realidade epidemiológica em Sergipe acerca das coagulopatias hereditárias demonstra semelhança na prevalência do tipo de coagulopatias tendo maior taxa a Hemofilia A com deficiência para o fator VIII e menor para B deficiência de fator IX. (SRIVASTAVA A, et al., 2020). O Programa de Coagulopatias Hereditárias, implantado e implementado pelo Ministério da Saúde no Brasil no ano de 2000, teve como meta o quantitativo de fatores de coagulação liofilizado. (WANG M, et al., 2016). Em 2011, após uma série de avanços na política de atenção aos pacientes com coagulopatias hereditárias foi possível verificar reflexos positivos na qualidade de vida desses usuários. Correspondendo ao momento que se obtiveram índices melhores na aquisição de fatores de coagulação recombinante livre de risco por agentes biológicos (SANTOS EC, et al., 2018).

Quanto ao monitoramento ambulatorial, este deve ser realizado uma vez a cada seis meses para avaliação do músculo-esquelético, o teor de consumo do fator deficiente e o surgimento de inibidor (BRASIL, 2020). Eis que as respostas positivas na qualidade de vida dos pacientes que realizam monitoramento ambulatorial são significativamente maiores que não são acompanhados. Tal fato se revela pelas dificuldades de deslocamento ao serviço, socioeconômicas, distância ou pela falta de adesão ao tratamento. WISNIEWSKI D & KLUTHCOVSKY ACGC, 2008). Para a Federação Mundial de Hemofilia, é consenso que o Programa de Terapia Domiciliar causa um impacto na qualidade de vida dos pacientes portadores de coagulopatias (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020). O início precoce do tratamento resulta na diminuição da sintomatologia como a dor, na necessidade em se deslocar ao centro de hemoterapia em casos de intercorrências ou sofrer uma incapacidade permanente por algum dano (WANG M, et al., 2016).

De modo geral, são disponibilizadas quantidades de doses de fatores suficiente para aumentar o nível plasmático deficiente de 30% a 40%. A quantidade de doses deve ser avaliada individualmente devendo ser considerado aspectos como a gravidade da hemofilia

a gravidade da hemorragia e a localidade do paciente. Identificou-se que nos meses de abril e julho, em Sergipe, houve redução das doses ofertadas quando comparadas aos meses de fevereiro, setembro, novembro e dezembro. Tal fato pode sugerir inadequada resposta à adesão a terapêutica domiciliar e sugere investigação e intervenção no sentido de manter a segurança na proposta do protocolo (LÓPEZ-ARROYO JL, et al., 2010).

Pacientes hemofílicos que têm acesso ao Programa de Terapia Domiciliar possuem autonomia nas atividades de lazer, atividades escolares, além de quando a terapia de reposição é empregada precocemente apresenta uma diminuição na quantidade de fator em casos de controles de quadros hemorrágicos, permitindo que o paciente tenha um tipo de tratamento adicional à terapêutica multidisciplinar. No estudo realizado em um ambulatório de hemofilia em hospital da rede pública do Brasil foi retratado que o tratamento na reposição dos fatores de coagulação deve ser realizado mais cedo para evitar os hematomas permanentes provocados pelos sangramentos, para isso os pacientes portadores das coagulopatias hereditárias devem possuir o cadastro e ter acesso aos centros hemoterápicos (ASSUNÇÃO APS, et al., 2015).

Sobre os motivos para administração dos fatores de coagulação em Sergipe confirma-se na literatura que o tratamento profilático, a partir da adesão na Dose Domiciliar, promove significativa redução de algum tipo de lesão permanente aos pacientes. Nesse sentido, a Federação Brasileira de Hemofilia adverte sobre a garantia de continuidade na aquisição dos Fatores de Coagulação e, conseqüente, garantia na sustentabilidade do Tratamento Profilático para as pessoas com hemofilia de modo a evitar danos pela descontinuidade terapêutica. Nesse estudo, os resultados acompanham fortes evidências que o tratamento profilático, a partir da adesão na Dose Domiciliar, apresenta concomitante redução do risco de tipo de lesão permanente ao paciente (SOUSA ET, et al., 2013).

A terapêutica pode ser realizada sob demanda ou de modo profilático. O sob demanda deve ser realizado quando houver episódios hemorrágicos e a profilaxia antes de um tipo de procedimento que possa causar manifestações hemorrágicas, isto é, tratando de um tratamento temporário com diminuição dos sangramentos recorrentes, ou por tempo prolongado evitando o desenvolvimento das hemartroses e conseqüentemente artropatias (SRIVASTAVA A, et al., 2020).

Ressalta-se que hemofílias merecem destaque nas pautas da saúde coletiva, seja por sua figura limitante tanto para o portador da coagulopatias quanto para a família, além de exigir atendimento multidisciplinar capacitada desde o diagnóstico ao tratamento e manutenção terapêutica. No mesmo sentido entende-se que a rede de atenção à saúde (RAS) deve acolher e direcionar esses usuários de forma célere e adequada. A infusão intravenosa de fator VIII ou IX da coagulação é o tratamento para as manifestações clínicas dos hemofílicos que não possuem inibidor, sendo realizada em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. O tratamento de reposição é a melhor forma para reconstruir as funções hemostáticas, sendo avaliadas a deficiência e a intensidade do sangramento,

possibilita a formação do coágulo da mesma forma que em um indivíduo normal (BRASIL, 2021).

No que se refere às orientações do tratamento domiciliar, é importante o estímulo ao treinamento para autoinfusão e/ou treinamento dos familiares ou pessoas próximas ao paciente que possam ajudar na aplicação do concentrado de fator. No entanto, caso o treinamento não possa ser realizado, deve-se procurar as Unidades Básicas de Saúde para orientação de como realizar a administração do fator deficiente no Centro Hemoterápico. Corroborando nesse aspecto, o Protocolo de Atenção Integral às Pessoas com Hemofilia A e B, a equipe multidisciplinar do ambulatório deve responsabilizar-se pela vinculação dos pacientes e familiares para a adesão à terapêutica, assim como anexar os dados dos pacientes no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Ministério da Saúde (WHO, 2021).

CONCLUSÃO

O monitoramento de informações em saúde pode gerar intervenções no sentido de atender políticas de saúde com reflexo em repostas à melhoria da qualidade de vida de populações. Nesse estudo evidenciou-se a importância da participação da família para lidar com as necessidades do portador de acordo com programa de reposição de fator e DD. A educação em saúde sobre cuidados relacionados às coagulopatias promove maior adesão às condutas terapêuticas. O cuidado compartilhado ocorre a partir da sensibilização de pacientes e familiares, possibilita conhecimentos sobre distinguir tratamentos, demandas de dosagens e aplicações do fator. Para tanto, uma programação permanente com palestras e oficinas apoiada pela equipe multidisciplinar amplia as chances de sucesso no tratamento do paciente hemofílico. Com o acesso ao programa (DD), o portador reduz a necessidade de frequentar o hemocentro, adquire controle sobre o número de aplicações do fator de coagulação, e notou-se, ainda, a melhora nas dores e a diminuição dos episódios hemorrágicos. Cumpre ressaltar sobre a relevância da promoção em saúde a partir do compromisso da equipe multidisciplinar ao intervir diante de fatores socioeconômicos, orientação sobre direitos a pacientes e familiares e da sensibilização quanto aos benefícios da mudança de comportamento no estilo de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. ARBESÚ G. **Nuevos tratamientos en hemofilia y enfermedad de von Willebrand**. Revista Hematología. 2018, 22(2): 46-53.
2. ARROYO JLL, et al. **Consenso sobre hemofilia no México**. *Gazeta Médica do México*. Gac Med Mex. 2021;157(1): 1-35.
3. ASSUNÇÃO APS, et al. **Perfil epidemiológico das coagulopatias hereditárias no estado de Alagoas no período de 2011 a 2015**. 2021, 27(7): 737-44.

4. BLANCHETTE VS, et al. **Definitions in hemophilia: communication from the SSC of the IST** . J Thromb Haemost. 2014, 12(11):1935–9.
5. BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa de Formação Aplicada - Regulação no Divã**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2ª ed. Brasília: Anvisa. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br>. Acessado em 23 de Abril de 2020 .
6. BRASIL. **Departamento de Atenção Especializada. Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias** [Internet]. Brasília, DF: Editora MS; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1132_M.pdf. Acessado em 13 de Junho de 2021.
7. BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas com Hemoflias A e B**. [Internet]. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018>. Acessado em 12 de Abril de 2021.
8. BRASIL. **Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001**. Base Legislação da Presidência da República. [Internet]. 2001. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br>. Acessado em 22 de Abril de 2021.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hemofilia. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018>. Acessado em 12 de Abril de 2021.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasi** . [Internet] 2019. Disponível em: <https://www.hemofiliabrasil.org.br/noticias/detalhe/perfil-das-coagulopatias-hereditaria-no-brasil-2019>. Acessado em 21 de Junho de 2020.
11. BRASIL. Ministério da saúde. **Perfil das coagulopatias hereditárias no Brasil: 201** . Brasília, 2017 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_coagulopatias_hereditarias_brasil_2015.pdf. Acesado em 22 de Abril de 2021.
12. FERREIRA AA, et al. **Hemophilia A in Brazil – epidemiology and treatment developments**. J Blood Med. 2014; 20 (5): 175–84.
13. FERREIRA D, et al. **Prevalência das coagulopatias hereditárias nos portadores atendidos no centro de hematologia e hemoterapia do Piauí–HEMOPI**. Brazilian J Surg Clin Research. 2018, 24(1): 56-60.
14. FISCHER K, et al. **Prophylaxis in real life scenarios. Haemophilia**. 2014, 20 (4):106-13.
15. LÓPEZ-ARROYO JL, et al. **Consensus on hemophilia in Mexico**. Gac Med Mex. 2021, 23(5) 135.
- PEREIRA A. **Aspectos sociais da vivência com a hemofilia**. Universidade Federal de Santa Catarina - Centro Sócio-econômico Departamento de Serviço Social. 2010, 22(4) 80-83.
16. SANTOS EC, et al. **Perfil das coagulopatias hereditárias no Brasil** 2015. Brazilian J Surg Clin Research. 2018, 24(2): 44-60.
17. SAYAGO M, et al. **O acesso global e nacional ao tratamento da hemofilia: reflexões d bioética crítica sobre exclusão em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2020, 20(12): 24-33.

18. SOUSA ET, et al. **Perfil epidemiológico dos portadores de hemofilia do hemocentro da Paraíba**. Rev Odontológ Bras Central. 2013, 22(61) 20-44.
19. SRIVASTAVA A, et al. **WFH Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. Haemophilia**; 2020, 26(6): 1–158.
20. WANG M, et al. **Physical activity in individuals with haemophilia and experience with recombinant factor VIII Fc fusion protein and recombinant factor IX Fc fusion protein for the treatment of active patients: a literature review and case reports. Blood Coagul Fibrinolysis**. 2016, 27(7): 737–44.
21. WHO. **Federação Mundial de Hemofilia disponibiliza o Annual Global Survey de 2017** [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.hemofiliabrasil.org.br/noticias/detalhe/federacao-mundial-de-hemofilia-disponibiliza-o-annual-global-survey-de-2017>. Acessado em 13 de Junho de 2021.
22. WISNIEWSKI D, KLUTHCOVSKY ACGC. **O perfil dos pacientes portadores de coagulopatias de uma região do sul do Brasil**. Cogitare Enfermagem. 2008, 13(2) 21-33.

CAPÍTULO 11

AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 27/06/2021

Igor Antonio Santana de Souza Muniz

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos – PI
<http://lattes.cnpq.br/8493841685140962>

Dinah Alencar Melo Araujo

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/1022905186496885>

Lígia Gervásio de Moura

Centro Universitário de saúde, ciências humanas e tecnológicas do Piauí– UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/7654475440974671>

Maria de Fátima Sousa Barros Vilarinho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/7330532096843140>

Matheus Henrique da Silva Lemos

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/8584251254861906>

Nisleide Vanessa Pereira das Neves

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0003-1401-4457>

Tamires da Cunha Soares

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/7157681507694013>

Ticianne da Cunha Soares

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/8756600845634798>

Roméia Silva de Sousa

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Picos – PI
<http://lattes.cnpq.br/6524415770168602>

Gilvânia da Conceição Rocha

Centro Universitário de saúde, ciências humanas e tecnológicas do Piauí– UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0002-8493-6054>

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Universidade Federal do Piauí– UFPI
Picos – PI
<https://orcid.org/0000-0002-7744-6030>

RESUMO: A presente pesquisa busca avaliar o nível de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa, realizada com 85 pacientes. A análise dos resultados mostrou que a maioria dos entrevistados tinham conhecimento ou participação considerável no diagnóstico da doença, na divisão de responsabilidades com a pessoa que exercia o papel de acompanhante e participação ativa na tomada de decisões em relação ao seu tratamento. Nos demais pontos indagados, relataram menor conhecimento ou pouca participação em relação ao tratamento, sendo que 82,4% não apresentava conhecimento

sobre os profissionais de saúde, 63,5% não conheciam o plano terapêutico e 70,6% não sabiam sobre o tempo que permaneceriam hospitalizados. Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que auxiliem os pacientes no desenvolvimento de hábitos e comportamentos importantes para a manutenção da segurança e promoção de saúde no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Participação do paciente.

EVALUTION OF THE PARTICIPATION OF THE HOSPITALIZED PATIENT WITH ITS OWN SAFETY

ABSTRACT: This research seeks to assess the level of participation of hospitalized patients with their own safety. This is a descriptive and exploratory research, with a quantitative approach, carried out with 85 patients. The analysis of the results showed that the majority of the interviewees had knowledge or considerable participation in the diagnosis of the disease, in the division of responsibilities with the person who exercised the role of companion and active participation in decision making regarding their treatment. In the other questions asked, they reported less knowledge or little participation in relation to treatment, with 82.4% not having knowledge about health professionals, 63.5% did not know the therapeutic plan and 70.6% did not know about time who would remain hospitalized. Thus, it is necessary to develop strategies that assist patients in the development of habits and behaviors that are important for maintaining safety and promoting health in the hospital environment.

KEYWORDS: Patient safety. Quality of health care. Patient participation.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, inúmeros são os esforços das Instituições de Saúde para garantir a excelência dos processos de cuidados envolvendo a prestação de uma assistência segura, de boa qualidade e com otimização dos resultados. Para tanto, existem programas que visam avaliar a qualidade desses serviços, destacando-se como exemplo a *Joint Commission International (JCI)* (VELHO, TREVISIO, 2013), a qual define segurança como ausência de exposição ao perigo e proteção contra ocorrência ou risco de lesão ou perda (AGUIAR et al., 2017).

Nessa perspectiva, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. E, prioriza um de seus objetivos específicos a participação dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2013b), sendo este um fator primordial na promoção da sua saúde.

Uma das principais áreas de ação da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a segurança do paciente é o engajamento dos mesmos em iniciativas para sua própria segurança (BRASIL, 2013a). Essas iniciativas dizem respeito a um sistema complexo,

que visa colocar o paciente como centro do cuidado e que consiste em um desafio aos profissionais da saúde, pois estes devem incorporar a cultura de segurança para si e aliar qualidades específicas, tais como: comunicação efetiva, empatia e capacidade de resposta às necessidades dos clientes.

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e aqueles que o fazem, muitas vezes, são incompreendidos pelos profissionais da saúde. Parte da equipe de saúde reage mal, quando são indagados sobre qual o tipo de medicamento está sendo administrado, ou quando solicitam uma segunda opinião sobre seu diagnóstico. Raros são os estabelecimentos de saúde que preparam seus profissionais para informar ao paciente e seus familiares que um erro foi cometido (BRASIL, 2014).

Ainda nessa perspectiva, cabe destacar que o paciente constitui a última barreira para evitar-se um erro. Ele tem o direito de ser informado sobre todos os aspectos de sua terapêutica medicamentosa, tendo assim, a oportunidade de, por meio do conhecimento e de uma comunicação efetiva, tornar-se participante ativo no seu próprio tratamento (OLIVEIRA et al., 2014).

Mediante a isso, a presente pesquisa buscou responder ao problema de pesquisa: qual o nível de participação do paciente com sua própria segurança no ambiente hospitalar?

Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de se mensurar o grau de participação do paciente no contexto da assistência segura, a fim de contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade dos atendimentos em saúde e para os estudos a respeito da segurança do paciente. Ademais, compreender a relação dos pacientes com os profissionais de saúde, as limitações e anseios, o conhecimento acerca de seu tratamento e sua participação ativa na tomada de decisões em saúde é relevante para a identificação das fortalezas e ameaças que afetam o desenvolvimento de uma assistência segura e eficaz

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal e com abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Picos-Piauí. Os setores selecionados para a pesquisa foram às unidades de clínica médica e cirúrgica da referida instituição, as quais se encontram divididas em dois postos de enfermagem.

Considerando que nessas unidades a rotatividade de pacientes é frequente, a amostra foi intencional do tipo bola de neve, totalizando 91 pacientes. Ressalta-se que os seis primeiros pacientes abordados foram excluídos da representatividade amostral devido terem sido utilizados para o pré-teste do instrumento de coleta de dados, resultando assim

em 85 participantes.

Foram considerados critérios de inclusão: paciente internado nas unidades de clínica médica ou cirúrgica há mais de 24 horas, idade superior a 18 anos e grau de orientação neurológica preservada conforme aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEM) (FOLSTEIN et al., 1975). Foram excluídos da amostra, aqueles que estavam mantidos sob algum grau de sedação.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2019, nos turnos manhã e/ou tarde, de segunda-feira à sábado. As visitas foram realizadas em dias alternados de modo que, para cada dia de coleta houvesse dois dias de intervalo, perfazendo um total de 10 visitas por mês. A abordagem aos participantes da pesquisa foi realizada de acordo com a disponibilidade dos pacientes em responderem ao instrumento, e respeitando a dinâmica de trabalho da unidade.

A pesquisa foi realizada mediante abordagem do pesquisador, o qual inicialmente convidou o paciente para participar do estudo, bem como lhe explicou sobre sua finalidade e importância. Aos que concordaram em participar foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e em seguida, o questionário foi disponibilizado ao participante e a identidade dos mesmos foi preservada.

Inicialmente realizou-se um teste piloto com o instrumento de coleta, para melhor elaboração. O instrumento buscou coletar informações referentes ao paciente, a doença e a frequência de internação, bem como, apresentava 14 itens relacionados a participação do paciente com sua própria segurança, os quais estavam dispostos em Escala de Likert de 1 a 5, sendo: 1 - considero muito fraca minha participação; 2 - considero fraca minha participação; 3 - considero minha participação boa, mas acredito que posso melhorar; 4 - considero minha participação boa; 5 - considero minha participação excelente.

Após a coleta, os achados foram compilados em um banco de dados eletrônico e adicionados ao SPSS (*Statistical Software for the Social Science*) versão 20.0 para julgamento exploratório e estatístico por meio do teste exato de Fisher e do coeficiente r de Pearson para mensurar associação entre variáveis.

Foram levados em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Ressalta-se que a coleta de dados só foi iniciada após a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o parecer nº 3.018.102.

3 | RESULTADOS

Foram analisados 85 pacientes, dos quais 44 (51,8%) haviam sido internados por motivo cirúrgico e 74 (87,1%) das doenças que levaram esses indivíduos a internação foram do tipo aguda. Em relação ao número de internações, 64 (75,3%) foram internados

apenas uma vez, e 56 (65,9%) permaneceram hospitalizados por um período inferior a uma semana (tabela 1).

A Tabela 2 mostra a frequência de resposta ao questionário referente a participação do paciente hospitalizado em relação a sua segurança.

Em relação aos itens que foram pontuados como “muito fraca a participação” (resposta 1), pode-se destacar que mais da metade possuía muito fraca participação em querer saber o nome dos profissionais que lhes prestavam os cuidados de saúde no ambiente hospitalar, 70 (82,4%); muito fraco interesse em saber a previsão do tempo de hospitalização, 60 (70,6%); e o plano terapêutico (tratamento) ofertado, 54 (63,5%).

Sobre o item que apresentou muita ou excelente participação, apenas um ficou acima da média, onde 44 (51,8%) dos pacientes tiveram excelente participação referente a presença da prestação de assistência por um acompanhante e repasse das informações sobre o tratamento para o mesmo.

A tabela 3 nos traz o resultado da associação entre as variáveis relacionadas ao paciente e sua internação, com as questões do instrumento de participação com seu próprio cuidado.

Houve correlação estatística da idade com as questões referentes ao conhecimento do seu diagnóstico clínico ($p=0,015$), do plano terapêutico ($p=0,034$), dos medicamentos que estão sendo utilizados ($p=0,022$), sobre a finalidade dos medicamentos ($p=0,014$), dos procedimentos que serão realizados ($p=0,000$), sobre tirar dúvidas acerca do tratamento ($p=0,007$), se observa atentamente a execução de todos os procedimentos ($p=0,001$) e sobre a participação nas decisões do tratamento ($p=0,010$). Já em relação à escolaridade, mostrou-se significância estatística com as mesmas questões acima, acrescida da pergunta sobre os resultados dos exames ($p=0,000$).

O sexo esteve relacionado com as perguntas sobre previsão do tempo de hospitalização ($p=0,048$) e se passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para o acompanhante ($p=0,028$). O motivo da internação relacionou-se com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ($p=0,034$), com o conhecimento sobre seu diagnóstico clínico ($p=0,003$), conhecimento sobre a finalidade dos medicamentos que usa ($p=0,003$) e de perguntar quais procedimentos serão realizados ($p=0,013$).

A classificação da doença mostrou significância apenas com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ($p=0,030$) e se passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para o acompanhante ($p=0,049$). O número de internações hospitalares teve relação com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar (0,000), com o conhecimento sobre o plano terapêutico ($p=0,012$), com o conhecimento da previsão do tempo de internação ($p=0,043$) e sobre a participação nas decisões do tratamento ($p=0,020$). O número de dias hospitalizado relacionou-se fortemente com o conhecimento

do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ($p=0,000$) e com a participação nas decisões do tratamento ($p=0,012$).

As questões sobre sentir-se seguro em ser tratado pela equipe do hospital e sentir-se seguro em estar hospitalizado na instituição, pela infraestrutura, não se relacionaram estatisticamente com nenhuma das variáveis estudadas.

4 | DISCUSSÃO

O presente trabalho investigou o nível de participação apresentado pelos pacientes referente a sua própria segurança no hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do SUS, em Picos-PI, no ano de 2019.

No que se refere ao motivo que levou os pacientes a serem internados, a causa predominante foi cirúrgica. Um estudo demonstrou que as causas cirúrgicas ocuparam o segundo lugar (34%) entre os motivos de internação, perdendo apenas para as condições cardiovasculares (45%). No entanto, não é possível realizar comparações visto que os autores se referiam as internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) (CASTRO et al., 2016).

Relativo as doenças que levaram os pacientes a internação, a maioria eram do tipo aguda. Apesar do resultado apresentado neste trabalho, o que se pode observar na literatura é uma mudança nos padrões de internação nos hospitais, tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos (PFUNTNER et al., 2013; MITANO et al., 2016). No Brasil, por exemplo, pode-se verificar uma redução do cenário das doenças infecciosas e um aumento da quantidade de patologias crônicas e progressivas (CARVALHO et al., 2014).

Quanto ao número de internações hospitalares, a maior parte dos pacientes foram internado apenas uma única vez e permaneceram por menos de uma semana hospitalizados. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo descritivo realizado no pronto Socorro Adulto de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, o qual obteve uma variação de dias de hospitalização entre 1 e 22 dias, sendo a média de cinco dias (SCHMIDT et al., 2014). Dessa forma, é necessário um olhar mais atento para essa situação, pois a realização de internações que poderiam ser evitadas acabam causando impactos no orçamento público, representando um desperdício do dinheiro que poderia ser utilizado para o custeio de outros serviços de saúde (PINTO JUNIOR et al., 2018).

Mesmo com toda a terapêutica a favor da melhora do quadro do paciente foi observado um aumento na demanda para internações. Dessa forma, os autores enfatizam a necessidade do conhecimento do perfil desses pacientes, das doenças prévias à hospitalização, bem como sobre as questões referentes a internação do mesmo, com o intuito de construir uma reflexão acerca dos impactos gerados por essa situação na saúde desses indivíduos (SOUZA et al., 2014).

Sobre o conhecimento dos nomes dos profissionais envolvidos na assistência, a grande maioria dos pacientes considerou muito fraca sua participação em querer saber, podendo assim inferir que há uma falta de reconhecimento dos profissionais ou a existência de dificuldades para o estabelecimento do vínculo profissional/ paciente.

A literatura aponta a presença de dificuldades nas relações entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde pública e privada (OTANI, 2013), tornando necessário melhorar a articulação já existente, para a promoção de uma maior interação entre a equipe, pacientes e familiares (AZEVEDO et al., 2017).

Sobre o diagnóstico clínico, a maior parte dos pacientes apresentaram muito conhecimento sobre a temática. Acredita-se que entender a doença, o diagnóstico e a situação de saúde podem ser fundamentais para o sucesso do tratamento. Dessa forma, Palmeira e Gewehr (2018) relatam que é necessário buscar a humanização do atendimento, procurando entender o paciente dentro do processo terapêutico.

Também foi verificado que houve predominância dos pacientes que apresentavam pouco conhecimento sobre a medicação utilizada ao longo do tratamento. De forma contraditória, em um estudo transversal objetivando caracterizar o nível de conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos prescritos em serviços odontológicos obteve um nível regular (DRESCH et al., 2016).

O fato dos pacientes apresentarem esses conhecimentos é de fundamental importância, sendo que a educação em saúde, bem como a oferta de orientações adequadas a essa população contribui para a prestação de uma assistência segura (VIOLA et al., 2014).

Sobre o plano terapêutico aplicado, a maioria dos indivíduos apresentavam pouco conhecimento sobre a intervenção terapêutica escolhida e uma minoria tirava suas dúvidas com a equipe de saúde. Tais resultados demonstraram uma situação preocupante, já que as informações básicas prestadas pelos profissionais de saúde contribuem para a manutenção da segurança do paciente, uma vez que estes conseguem tirar suas dúvidas e entender a sua situação de saúde (SILVA et al., 2018).

A maioria dos pacientes relataram não questionar os profissionais em relação aos procedimentos realizados e não buscam se informar sobre os resultados dos exames realizados. Tais resultados nos levam a deduzir que ou há uma falta de interesse do paciente sobre seu quadro clínico, ou há uma falha na comunicação profissional/paciente podendo assim comprometer a segurança do cuidado em saúde, já que uma boa comunicação representa uma base para a prática da humanização nos serviços de saúde (MARTINS et al., 2014; MELO et al., 2015).

Em relação à sensação de segurança passada pela equipe do hospital aos pacientes, um pequeno percentual relatou ter plena confiança nos profissionais. De forma contraditória, um estudo mostrou uma média satisfatória dos pacientes em relação a avaliação da segurança no tratamento ofertado (SCHMIDT et al., 2014). O paciente precisa

sentir-se seguro dentro do ambiente hospitalar em relação aos serviços prestados. A forma como os profissionais de saúde entende esse aspecto, principalmente no que concerne a equipe de enfermagem, pode mudar a visão dos mesmos em relação a execução dos seus serviços e da sua profissão, refletindo de forma direta na segurança do doente (AUSSERHOFER et al., 2013).

A maioria dos entrevistados relataram não se sentirem seguros na instituição em que se encontravam hospitalizados. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo descritivo que relatou uma avaliação baixa dos pacientes quando indagados sobre o ambiente hospitalar. Os autores justificaram esse resultado pela precariedade na estrutura física do hospital, falta de macas e leitos e diminuição da quantidade de vagas para internação (SCHMIDT et al., 2014).

A grande maioria também relatou que não sabiam sobre o tempo que ficaria hospitalizados. Isso porque não se pode prever resultados visto que essa variável depende das características do paciente, do seu quadro clínico e do próprio hospital (ROQUE et al., 2016).

Houve predominância dos pacientes que relataram não observar a realização dos procedimentos feitos no ambiente hospitalar. Para que haja a obtenção de melhora do quadro clínico é necessário a participação ativa do paciente em sua terapêutica, e para isso exige-se que o profissional desenvolva no paciente essa vertente, explicando-o os procedimentos de forma didática para aflorar a curiosidade (AZE ÊDO et al., 2017).

Em relação aos cuidados prestados por acompanhantes, mais da metade dos pacientes relataram que delegam responsabilidades a esses indivíduos. No estudo de Arcas *et al.* (2016), os acompanhantes foram vistos como pessoas capazes de prestar ajuda, cuidado, conversar, escutar, promover uma distração, além de apoiar o paciente emocionalmente. Dessa forma, o sujeito que realiza o acompanhamento do doente consegue acolher, oferecer segurança e tranquilidade, além de reduzir o estresse decorrente do período da hospitalização (SZERWIESKI et al., 2016).

Cerca de 37,6% afirmaram participar das decisões tomadas sobre o seu tratamento. Ressalta-se que o envolvimento dos pacientes nas decisões referentes a terapêutica deve ser feito, pois assim eles podem compreender sobre o que está sendo realizado (AZEVÊDO et al., 2017).

Quanto a variável “idade” apresentou relação com os itens de diagnóstico clínico, plano terapêutico, uso e objetivo dos medicamentos, procedimentos realizados, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, atenção a execução dos procedimentos e participação nas decisões do tratamento. Segundo a literatura, houve uma predominância de idosos entre os pacientes hospitalizados¹⁴, o que pode ser explicado pelo fato do envelhecimento acarretar mudanças físicas e fisiológicas, deixando essa população mais susceptível ao desenvolvimento de doenças.

A variável “sexo” apresentou relação com o conhecimento sobre a previsão do

tempo de hospitalização e as responsabilidades dadas ao acompanhante em relação ao tratamento. De acordo com a literatura, existe uma prevalência de pacientes hospitalizados do gênero masculino¹⁴, o que pode ser explicado provavelmente pela resistência ainda considerável desses no que se refere aos cuidados com a sua saúde, onde na maioria das vezes os serviços preventivos são deixados de lado e somente procuram atendimento adequado quando ocorre a manifestação dos sinais e sintomas patológicos (KNAUTH et al., 2012).

No que se refere a escolaridade, houve associação com as mesmas variáveis que se relacionaram com a idade, somado as perguntas referentes aos resultados dos exames solicitados. Coutinho et al. (2015) observaram em seu estudo a prevalência de pacientes hospitalizados que apresentavam apenas o ensino fundamental. A baixa escolaridade pode gerar influência em vários aspectos, impactando os cuidados necessários para a promoção e manutenção da saúde, a qualidade de vida e o autocuidado dessa população.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a maioria dos pacientes apresentou um conhecimento relevante em relação ao diagnóstico da doença, participando ativamente da tomada de decisões em relação ao seu tratamento, demonstrando assim, o começo de uma mudança em relação a participação do doente com o seu próprio tratamento. Porém, uma parcela dos entrevistados ainda apresenta um déficit em relação ao conhecimento dos profissionais da terapêutica empregada, procedimentos e exames realizados. Além disso, alguns demonstraram insegurança em relação a infraestrutura da unidade, desconhecimento do tempo de internação e desinteresse em querer saber sobre os procedimentos realizados.

Dentre as limitações encontradas na pesquisa, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada apenas em um hospital, o que não reflete a realidade global e sim local, e o fato de o instrumento não proporcionar uma avaliação categórica do nível de participação, mas apenas avaliação por item.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. L.; GUEDES, M. V. C.; OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; PENNAFORT, V. P. D. S.; BARROS, A. A. **Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise**. *Cogitare enferm*, v.22, n.3, p.e45609, 2017.

ARCAS, A. B.; CAMPOS, G. R.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L.; SANCHES, R. S. **Significados do papel do acompanhante em unidade hospitalar: visão da pessoa hospitalizada com condição crônica**. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.30, n.4, p.1-8, 2016.

AUSSERHOFER, D.; SCHUBERT, M.; DESMEDT, M.; BLEGEN, M. A.; DE GEEST, S.; SCHWENDIMANN, R. **The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey**. *International Journal of Nursing Studies*, v.50, n.2, p.240-252, 2013.

AZEVEDO, A. V. DOS S.; LANÇONI JÚNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. **Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.22, n.11, p.3656-3666, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Fundação Oswaldo Cruz: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Diário Oficial da União, 2 abr 2013b

CARVALHO, A. I. D.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. **Histórico da promoção da saúde no Brasil.** 2014.

CASTRO, R. R. DE; BARBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. **Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade na cidade de anápolis-Goiás-2012.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v.5, n.2, p.115-124, 2016.

COUTINHO, M. L. N.; SAMÚDIO, M. A.; ANDRADE, L. M. DE; COUTINHO, R. N.; SILVA, D. M. A. DA. **Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital d emergências.** Revista Rene, v.16, n.6, p.908-1005, 2015.

DRESCH, A. P.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. **Conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos por odontólogos so sul do Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.2, p.475-483, 2016.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatric Res, v.12, n.3, p.189-98, 1975.

GUEDES, M. V. C.; Oliveira, R. M.; Leitão, I. M. T. A.; Pennafort, V. P. S.; BARROS, A. A. **Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise.** Cogitare Enfermagem, v.22, n.3, p.1-9. 2017.

KNAUTH, D. R.; Couto, M. T.; Figueiredo, W. S. **A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.10, p.2617-2626, 2012.

MARTINS, C. C. F.; Santos, V. E. P.; Pereira, M. S.; Santos, N. P. **The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice.** Cogitare Enfermagem, v.19, n.2, p.287-293, 2014.

MELO, M. C.; CRISTO, R. C.; GUILHEM, D. **Sociodemographic profile of accompanying caregivers and their conceptions about attention received.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.6, n.2, p.1550-1564, 2015.

MITANO, F.; VENTURA, C. A.; PALHA, P. F. **Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambiqu** . Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.26, n.3, p.901-915, 2016.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S.V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama [Tese].** Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.

PALMEIRA, A. B. P.; GEWEHR, R. B. **O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e objetivo.** Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.8, p.2469-2478, 2018.

PFUNTNER, A.; WIER, L. M.; STOCKS, C. **Most frequent conditions in U.S. hospitals, 2010:Statistical brief.** 2013.

PINTO, JUNIOR, E. P.; COSTA, L. DE Q.; OLIVEIRA, S. M. A. DE; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; SILVA, M. G. C. DA. **Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.12, p.4331-4338, 2018.

ROQUE,K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. **Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo.** Cadernos de Saúde Pública, v.32, n.10, p.1-15, 2016.

SCHMIDT, S. M. S.; MÜLLER, F. M.; SANTOS, E. DOS; CERETTA, P. S.; GARLET, V.; SCHMIDT, S. **Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário.** Saúde Debate, v.38, n.101, p.305-317, 2014.

SILVA, A. T.; CAMELO, S. H. H.; TERRA, F. DE S.; DÁZIO, E. M. R.; SANCHES, R. S.; RESCK, M. R. **Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital.** Revista de Enfermagem UFPE, v.12, n.6, p.1532-1538, 2018.

SOUZA, I. C-P.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. DOS S.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. **Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar.** Revista Mineira de Enfermagem, v.18, n.1, p.4-172, 2014.

SZERWIESKI, L. L. D.; CORTEZ, L. E. R.; MARCON, S. S. **O acompanhante do adulto hospitalizado na ótica da equipe de enfermagem.** Revista de Enfermagem UFPE, v.10, n.1, p.48- 56, 2016.

VELHO, J. M.; TREVISO, P. **Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador.** Revista de Administração em Saúde, v.15, n.60, p.90-94, 2013.

VIOLA, D. C.; CORDIOLI, E.; PEDROTTI, C. H.; IERVOLINO, M.; BASTOS NETO, A. S.; ALMEIDA, L. R. **Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência.** Einstein, v.12, n.4, p.492-498, 2014.

AVALIAÇÃO DE LESÕES DURANTE A PRÁTICA ESPORTIVA DO CROSSFIT

Data de aceite: 01/09/2021

Tiago Rodrigues de Lemos Augusto

<http://lattes.cnpq.br/2753714160254386>

Fernanda Guerreiro de Paula

<http://lattes.cnpq.br/7996721290184238>

Rodrigo Koch

<http://lattes.cnpq.br/1615261035187439>

Wallace Moura Prado

<http://lattes.cnpq.br/8078539046143091>

Bruno Aparecido Matos Rodrigues

<http://lattes.cnpq.br/1997695743204781>

Wesley Marlon Serafim Xavier

<http://lattes.cnpq.br/9402597784969441>

Gisele Leite de Abreu

<http://lattes.cnpq.br/4729535544000842>

PALAVRAS-CHAVE: Crossfit; lesões do esporte; lesões musculares.

INTRODUÇÃO

O CrossFit é uma modalidade desportiva que surgiu em 1995 nos Estados Unidos da América, idealizada por Greg Glassman. Esta modalidade se baseia na execução de exercícios multiarticulares complexos, com alta intensidade, levando o atleta à extrema fadiga. Durante a prática são explorados domínios como a capacidade cardiorrespiratória, resistência

muscular, força, flexibilidade, coordenação e potência. A prática em alta intensidade, comum nessa atividade, pode favorecer o surgimento de lesões.

OBJETIVO

Esse estudo teve por objetivo avaliar o índice de lesões relacionadas a prática do CrossFit.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 60045016.3.0000.5161. Durante o período de novembro de 2016 à janeiro de 2017, 58 praticantes de CrossFit em Campo Grande/MS responderam à um formulário próprio e estruturado.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 31 mulheres e 27 homens, idade média 31.2 ± 6.3 anos. Entre os avaliados, 39.7% relataram lesões osteomusculares relacionadas ao CrossFit, sendo 60.9% em membros superiores, com maior incidência em cintura escapular 26%, punho e mão 13.1%, braço e antebraço com 8.7% e 4.4% em cotovelo. As lesões em membros inferiores e tronco corresponderam a 39.1%, com destaque para pernas 17.3%, 13%

nos joelhos e região lombar e abdominal com 4.4% cada.

CONCLUSÃO

Concluimos que cintura escapular, perna, punho/mão e joelho são as regiões respectivamente mais afetadas pela prática do CrossFit. Sugerimos que a adoção de um treino individualizado somado a estratégias preventivas, pode reduzir a incidência de lesões. São necessários mais estudos para melhor entendimento.

REFERÊNCIAS

MOURA, D. L.; FROHN, I.; TORRES, J. P.; INÊS, A.; FONSECA, F. Biomecânica e traumatologia no CrossFit. **Revista de Medicina Desportiva Informa**. v. 10, n. 2, 2019.

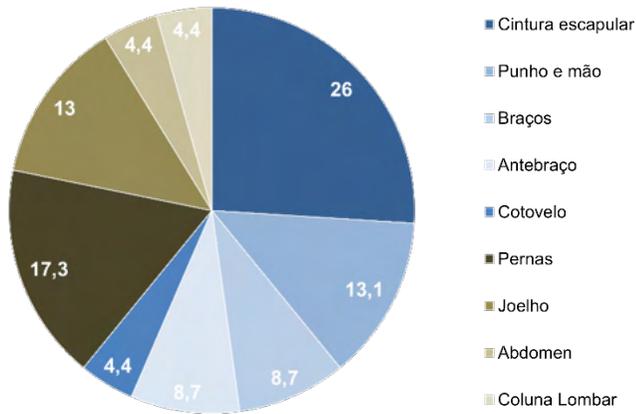
MONTALVO, A. M.; SHAEFER, H.; RODRIGUEZ, B.; LI, T.; EPNERE, K.; MYER, G.; Retrospective injury epidemiology and risk factors for injury in CrossFit. **Journal of Sports Science and Medicine**. v. 16, n. 1, 2017.

SPREY, J. W.; LIMA, M. V.; DUARTE, A. J.; JORGE, P. B.; SANTILI, C. An epidemiological profile of CrossFit athletes in Brazil. **Orthopaedic Journal of Sports Medicine**. v. 4, n. 8, 2016.

WEISENTHAL, B. M.; BECK, C. A.; MALONEY, M. D.; DEHAVEN, K. E.; GIORDANO, B. D. Injury rate and patterns among CrossFit athletes. **The Orthopaedic Journal of Sports Medicine**. v. 2, n. 4, 2014.

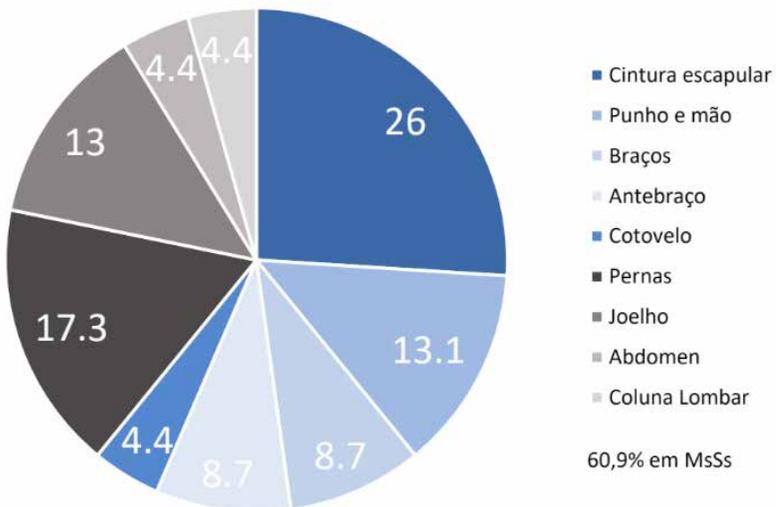
SMITH, M. M., SOMMER, A. J., STARKOFF, B. E., DEVOR, S. T. Crossfit-based high-intensity power training improves maximal aerobic fitness and body composition. **The Journal of Strength & Conditioning Research**. v.27, n.11, 2013.

Incidência de Lesão por segmento Corporal



60,9% em MMSS
39,1% em Coluna e MMII

Incidência de Lesão por segmento Corporal



60,9% em MsSs

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA PUERICULTURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 07/06/2021

Josué Barbosa Sousa

Acad. de Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/6088576467505261>

Denise Bermudez Pereira

Enfermeira de USF, Secretaria Municipal de
Saúde

Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/2639699776675071>

Adrize Rutz Porto

Docente na Faculdade de Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/9425000336640831>

Rosane de Oliveira Braga

Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde
Passo Fundo-RS

<http://lattes.cnpq.br/6292999978276276>

Cristina Bossle de Castilhos

Nutricionista em USF, Secretaria Municipal de
Saúde

Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/9589657875953013>

Maria Laura Silveira Nogueira

Médica em USF, Secretaria Municipal de Saúde
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/3199456460323595>

se deve principalmente a implementação do Programa de Saúde da Família, que passou a realizar diversas ações de vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos. O monitoramento e a avaliação do programa de puericultura realizado em uma Unidade de Saúde da Família no Rio Grande do Sul, participou com preceptoria do Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o qual foram desenvolvidas estratégias de ampliação e avaliação da cobertura da puericultura no território. Esse trabalho pretende descrever os resultados da avaliação e monitoramento do programa de puericultura desenvolvido nessa unidade, durante o terceiro trimestre de 2018. Essa atividade foi parte do projeto de extensão: Ações da Enfermagem pelo Programa Educação Tutorial PET Saúde/ GraduaSUS. Trata-se de um levantamento sistemático de informações provenientes das consultas de puericultura, registradas mensalmente em uma planilha eletrônica. Esse acompanhamento permitiu visualizar lacunas e resultados da avaliação e monitoramento do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil realizados na unidade de saúde, além de propor ações que podem qualificar o programa.

PALAVRAS-CHAVE: Puericultura, Programa Saúde da Família, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Educação em Enfermagem

RESUMO: A taxa de mortalidade infantil tem tido significativa queda ao longo dos anos e isso

CHILDCARE ASSESSMENT AND MONITORING: EXPERIENCE REPORT IN A FAMILY HEALTH UNIT

ABSTRACT: The infant mortality rate has had a significant drop over the years and this is mainly due to the implementation of the Family Health Program, which started to carry out several actions of health surveillance, health promotion and disease prevention. The monitoring and evaluation of the childcare program carried out at a Family Health Unit in Rio Grande do Sul, participated as a tutor in the Tutorial Education Program for Work for Health (PET-Saúde), with which expansion strategies were developed and evaluation of childcare coverage in the territory. This work intends to describe the results of the evaluation and monitoring of the childcare program developed at this unit, during the third quarter of 2018. This activity was part of the extension project: Nursing Actions by the PET Health/GraduaSUS Education Tutorial Program. This is a systematic survey of information from childcare consultations, registered monthly in an electronic spreadsheet. This follow-up makes it possible to visualize gaps and results of the evaluation and monitoring of the child growth and development follow-up program carried out at the health unit, in addition to proposing actions that can qualify the program.

KEYWORDS: Childcare, Family Health Program, Interdisciplinary Health Team, Nursing Education.

1 | INTRODUÇÃO

Mortalidade Infantil x Ações Programáticas

No Brasil, observa-se que, nos últimos anos, a taxa de mortalidade infantil sofreu queda significativa, devido à implementação de ações que reduziram a pobreza e pela ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que chegou a 67,7% em todo país no ano de 2017 (MATHIAS, 2017). Os óbitos infantis diminuíram, de 47,1 a cada mil nascidos vivos, na década de 90, para 19 por mil nascidos vivos em 2008. Porém, é preciso ressaltar que o direito à vida e à saúde não foi alcançado na sua totalidade, visto que desigualdades sociais e regionais ainda são uma realidade nacional (BRASIL, 2012).

Soma-se a isso ainda um expressivo número de mortes infantis por causas evitáveis por meio de ações realizadas nos serviços de saúde, como cuidado qualificado no pré-natal, no parto e puerpério e ao recém-nascido. Por isso, a necessidade de uma rede de saúde bem estruturada, onde o processo iniciado na maternidade tenha continuidade na Atenção Primária à Saúde, ou em ambulatórios especializados, quando houver a necessidade desse tipo de atenção (BRASIL, 2012).

Programa de Puericultura

A Puericultura é uma ciência que reúne noções diferentes conhecimentos sobre fisiologia do desenvolvimento, nutrição, sociologia e cultura; essas consultas se configuram como ferramentas essenciais à observação e organização de intervenções sociais que visem um melhor desenvolvimento das crianças no território adscrito à Unidade Básica de

Saúde (UBS); é durante a consulta de puericultura que é realizada a verificação de medidas antropométricas, situação vacinal, além de orientações específicas, ou gerais, para cada fase da primeira infância, do aleitamento ao risco de quedas e contaminação cruzada por parasitas e vermes nas escolas e creches (COSTA *et al.*, 2006; BARATIERI *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) propõe um calendário de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na primeira semana de vida, no primeiro mês, no segundo mês, no quarto mês, no sexto mês, no nono mês e com 12 meses) e duas consultas no segundo ano de vida (com 18 e 24 meses) e, a partir dos dois anos, prevê consultas anuais (BRASIL, 2012).

Um relato de caso

Nesse sentido, o monitoramento e a avaliação do programa de puericultura realizado na UBS Simões Lopes, em Pelotas, Rio Grande do Sul, tem se dado com a análise de alguns indicadores de cobertura e qualidade da puericultura, envolvendo profissionais que participam do Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), visando fomentar a aprendizagem tutorial entre profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e nutricionistas), docentes, preceptores e acadêmicos dessas áreas.

Para tanto, o objetivo do trabalho foi descrever os resultados da avaliação e monitoramento do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil – programa de puericultura.

2 | METODOLOGIA

Essa atividade foi parte do projeto de extensão: Ações da Enfermagem pelo Programa Educação Tutorial PET Saúde/GraduaSUS. Trata-se de um levantamento sistemático de informações provenientes das consultas de puericultura, registradas mensalmente em uma planilha eletrônica. A participação dos acadêmicos do PET-Saúde, nesse sentido, tem importante contribuição para o monitoramento dessa ação programática, por meio de indicadores de cobertura e qualidade, a partir de dados coletados nas fichas de puericultura.

Os dados descritos são de 93 crianças entre 0 e 72 meses de idade que foram acompanhadas na UBS, durante o segundo trimestre de 2018. A área adscrita à UBS abrange uma população de, aproximadamente, 12 mil habitantes, com 20 microáreas divididas em três equipes de ESF. A área estudada tem cerca de 3.600 pessoas. É estimado para essa área 180 crianças menores de cinco anos.

Através do preenchimento da Ficha de Puericultura (ficha-espelho), instituída previamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e adaptada pelos profissionais da UBS com o apoio de tutores e alunos da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), percebe-se sistematização dos registros oriundos do atendimento às crianças. Esta fich

possui dados necessários para identificação de crianças de risco, desde os dados de identificação, dados do parto, testes realizados, as medidas antropométricas, imunizações, consultas odontológicas, consultas nutricionais, suplementação de ferro, medida do Índice de Massa Corporal, objetivando um preenchimento de dados mais satisfatório, consultas mais completas e identificação precoce de riscos

A partir do preenchimento das fichas pelos profissionais de diversas áreas da saúde, como Medicina, Enfermagem, Nutrição e Odontologia, os quais atuam na UBS, foram alimentadas as planilhas de indicadores de cobertura e qualidade para avaliação desta ação programática, o que permite a busca ativa das crianças faltosas. A avaliação da cobertura e qualidade dos registros do programa é realizada mensalmente para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, identificando o número de faltosos semanalmente. Também semanalmente, durante reunião da equipe, são discutidas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) as visitas da semana e se for identificada alguma criança de risco, que realizam a busca. Os dados foram analisados descritivamente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cobertura do Programa de Puericultura

A cobertura prevista de crianças entre zero e 72 meses, cadastradas no programa de puericultura da UBS, é de 51,7% (93); destas, 100% (93) realizou a triagem neonatal – teste do pezinho – 95% (88) triagem auditiva e apenas 75% (69) foi levada para consulta na primeira semana de vida. Das crianças com monitoramento do crescimento e desenvolvimento 95% (88) estavam com vacinação em dia, 90% (83) das crianças com idade entre seis e 24 meses com suplementação de ferro 90% (83).

Todas as crianças foram avaliadas para o risco de desenvolvimento inadequado; nessas consultas os pais receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, mas apenas 53% (50) sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. Importante salientar que a cobertura do programa, segundo a estimativa, ainda se encontra baixa, visto que algumas famílias optam por acompanhar seus filhos em serviços de saúde com o profissional diatra.

Uma vez que a baixa frequência pode estar associada à percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença da criança, um importante aspecto a ser considerado para ampliação da cobertura do programa são ações de educação em saúde de conscientização para a importância do mesmo (VITOLLO *et al*, 2010).

Avaliação da Cobertura do Programa de Puericultura

A importância da realização da triagem neonatal, popularmente conhecida como “teste do pezinho”, em tempo ideal (3º ao 5º dia de vida) é enfatizada durante o acompanhamento

pré-natal e logo após o parto, as ACS realizam a visita domiciliar à puérpera, reforçando a orientação. Porém, a UBS recebe recém-nascidos em livre demanda, sem necessidade de agendamento, mesmo após o período ideal, o que é um fator facilitador para atingir a meta de 100% de crianças com exame realizado.

Já a triagem auditiva, solicitada na maternidade ou na primeira visita a UBS, depende de agendamento em serviço especializado, sendo a procura por esse exame de responsabilidade dos pais, bem como o comparecimento com a criança na data agendada. Acreditamos que há a necessidade de discutir com os pais sobre a importância desse exame para a identificação precoce de problemas auditivos, objetivando o desenvolvimento da criança.

As crianças cujas mães realizam o acompanhamento pré-natal na UBS tem sua consulta agendada para a primeira semana de vida (consulta médica ou de enfermagem); porém algumas crianças são inscritas no programa após esse período, oriundas de outros serviços, o que tem dificultado o alcance da meta de 100%

A vacinação tem uma cobertura satisfatória, com exceção da vacina contra a influenza, já que tem se observado certa resistência dos pais, apesar de todas as orientações dispensadas sobre a importância de tal imunobiológico, o que pode estar associado a crescentes campanhas “antivacina” e ao desconhecimento da população sobre a vacina, que teme os sintomas normais à imunização, como febre leve, dor e leves inchaços (VASCONCELLOS-SILVA *et al*, 2015; MACEDO *et al*, 2017).

Em relação a suplementação de ferro, associada a prevenção da anemia ferropriva, assim como seu impacto no crescimento e desenvolvimento infantil (GONTIJO *et al*, 2017) observa-se que a introdução se dá com facilidade na rotina da criança, porém com o intervalo entre as consultas, seguindo o calendário recomendado pelo MS, alguns pais tendem a descontinuar seu uso. Para crianças amamentadas, a recomendação é iniciar a suplementação aos 6 meses e manter até os 24 meses (BRASIL, 2005), mas tem se observado certa descontinuação nas consultas dos 18 e 24 meses.

A grande demanda por consulta odontológica se constitui em um obstáculo, visto que uma equipe de saúde bucal é insuficiente para atender a totalidade da população do bairro e atuar nas diversas ações programáticas. A proposta da equipe é avaliar as crianças antes do surgimento da dentição decídua, a fim de orientar os cuidadores. Para melhorar a qualidade do programa, a nutricionista vem avaliando as crianças após a consulta de puericultura ou realizando algumas de maneira compartilhada com o enfermeiro. A dentista estruturou sua agenda de forma a ofertar às crianças inscritas no programa a primeira consulta odontológica dentro do primeiro ano de vida.

Ao realizar a análise dos dados levantados foi possível visualizar resultados da avaliação e monitoramento do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na UBS Simões Lopes. Entende-se que os valores encontrados para cobertura do programa de puericultura da UBS pesquisada sofrem grande influênci

de outros serviços da rede de saúde, devendo-se realizar um levantamento total do bairro das crianças que realizam este acompanhamento, de forma a mapear melhor a abrangência e efetividade dos investimentos aplicados à Puericultura.

4 | CONCLUSÕES

Diante dos achados, uma recomendação pode ser tecida, sendo importante o trabalho conjunto da equipe de saúde, incluindo a atuação do ACS, para a captação das crianças e realizar a consulta na primeira semana de vida. Uma estratégia, para intervir nessa questão, poderia ser intensificação, mais ao final do acompanhamento de pré-natal, das orientações sobre a consulta de puerpério e a puericultura, inclusive ofertando maneiras mais acessíveis de agendamento dessas consultas.

Finalmente, a atuação acadêmica durante consultas de puericultura permitiu aos acadêmicos vislumbrar do papel diferencial que podem desenvolver na assistência à saúde da criança, sendo encorajados a investigar e identificar problemas de saúde, orientando adequadamente às famílias; ainda, a vivência do trabalho multidisciplinar oportunizado por programas como o PET Saúde/GraduaSUS, permite vivenciar e desenvolver essas habilidades imprescindíveis para prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional do Programa de Suplementação de ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 28p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p.
- BARATIERI, T.; SOARES, L. G.; BOTTI, M. L. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal Santa Maria**, v.1, n.4, p.206-21, 2014.
- COSTA, L.; SILVA, E.F.; LORENZINI, E.; STRAPASSON, M.R.; PRUSS, A.C.S.F.; BONILHA, A.L.L. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado Saúde**. n.11, v.4, p.792-8, 2006.
- DA SILVA, Bruna Fernandes et al. O impacto da adesão vacinal contra o HPV entre jovens: um estudo transversal. **Brazilian Journal of development**, v. 6, n. 8, p. 59086-59092, 2020.
- GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Prática profilática da anemia ferropriva em crianças na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- MACEDO, Livia Maria et al. Atraso vacinal no município de Barbacena (MG): contextualizando o problema. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies**, v. 9, n. 1, 2017.

MATHIAS, M. A crise por trás da nova PNAB: como as controversas mudanças na atenção básica se ligam ao contexto econômico e político do país. **Revista POLI**, Rio de Janeiro, v.X, n.53, p.6-16, 2017.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David; GRIEP, Rosane Härter. A sociedade de risco midiaticizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 607-616, 2015.

VITOLLO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. v. 86, n. 1, p.80-84p, 2010.

BARREIRAS ENFRENTADAS NO MANEJO DA DOR PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Tainá da Silva Carmo

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-7118-794X>

Francisco Savio Machado Lima Gabriel

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-9408-0317>

Isadora Gomes Mendes

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1630-3850>

Nathalia Maria Lima de Souza

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-6426-1937>

Samara Jesus Sena Marques

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-2517-6400>

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar as barreiras enfrentadas no manejo da dor pela a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos.

Sendo realizada uma revisão integrativa da literatura entre os anos de 2014 a 2019 nas bases de dados SCIELO, EBSCOHOST (MEDLINE E CINAHL) com amostra de 13 estudos. Encontrou-se como barreiras enfrentadas pela enfermagem a comunicação terapêutica; ausência de financiamento e estrutura física dos serviços de cuidados paliativos; e deficiência na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos. Evidenciou-se a necessidade de resolução dessas barreiras por meio da introdução da temática dos cuidados paliativos na formação acadêmica e políticas públicas proporcionando melhor qualidade de vida para os pacientes de 19 a 44 anos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Barreiras. Enfermagem. Dor.

BARRIERS FACED IN PAIN MANAGEMENT BY THE NURSING TEAM IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: This study aimed to analyze the barriers faced in pain management by the nursing team in palliative care. An integrative literature review was carried out between 2014 and 2019 in the SCIELO, EBSCOHOST (MEDLINE and CINAHL) databases with a sample of 13 studies. Barriers faced by nursing were found to be therapeutic communication; lack of funding and physical structure of palliative care services; and deficiency in the academic training of nursing professionals on palliative care. It showed the necessity of resolving these barriers by introducing the theme of palliative care in the academic and public policy providing better

quality of life for patients 19-44 years.

KEYWORDS: Palliative Care. Barriers. Nursing. Pain.

1 | INTRODUÇÃO

O termo paliativo (do grego *pallium*), etimologicamente significa manto que cobre, que era uma forma de proteção na Grécia antiga. No início, o termo cuidado paliativo (CP) foi criado tendo em vista às necessidades de alguns pacientes oncológicos. Porém, atualmente é indicado a qualquer pessoa com condição clínica ameaçadora de vida (DOURADO, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define os CP como ações que buscam melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares com risco de vida iminente por meio da prevenção, minimização e alívio do sofrimento. Podendo ser aplicado na avaliação da dor, problemas de natureza física, psicossocial, cultural e espiritual, centrando-se no paciente (BRYSEWICZ & CAMPBELL, 2015).

Neste sentido, a OMS define os princípios da palição, sendo alguns eles: promoção do alívio da dor e outros sintomas; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte com abordagem multiprofissional para auxiliar os familiares durante a doença e a enfrentar o luto; melhorar a qualidade de vida e influencia positivamente o curso da doença (DOURADO, 2017; MATSUMOTO 2012).

A dor, segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP,2020) é uma experiência desagradável, produzida por algum tipo de lesão, real ou potencial, ou descrita a partir destes termos. Sanar a dor é o principal objetivo do programa de palição. Baseado nisso, estes programas avançaram nos últimos anos, devido à crescente de pessoas com risco iminente de vida, e ao maior envolvimento das famílias nas decisões com relação aos cuidados no fim da vida dos seus entes (GOMEZ, 2016)

Em decorrência do envelhecimento da população mundial, a cronicidade e agravo de doenças é crescente na sociedade atual, com a maior predisposição de idosos a doenças ameaçadoras de vida, crônicas, e oncológicas. Dessa forma, os CP mostram-se como uma forma de assistência inovadora. A abordagem é voltada para a integralidade do ser humano e a intervenção em sintomas de natureza biopsicossocial e espiritual (GOMEZ, 2016).

Nesse contexto, a enfermagem surge como parte essencial para a boa aplicação e implementação desse tipo de cuidado, sendo ela considerada líder da equipe de palição, por ser o profissional mais próximo a paciente e família e desempenhar maior quantidade e variedade de cuidados, que obedeçam os princípios expostos acima (APARÍCIO, 2015).

Entretanto, apesar dos avanços existem problemas enfrentados pela equipe de enfermagem, destacando-se a dificuldade em reconhecer o paciente de CP, por conta da

falha na formação acadêmica e problemas de comunicação terapêutica, tendo estas e outras barreiras que são desafios constantemente encontrados em serviços de cuidados paliativos, pondo a qualidade do cuidado ofertado pela equipe de palição em risco. (ALMEIDA, 2019). Diante disto, este estudo teve como objetivo analisar na literatura científica as barreiras enfrentadas no manejo da dor pela equipe de enfermagem nos cuidados paliativos.

2 | METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa do tipo Revisão Integrativa - RI considerada a abordagem metodológica mais ampla possibilitando a busca e análise crítica da literatura científica, com o intuito de apresentar uma síntese das evidências relacionadas ao tema de investigação. Possuindo 6 fases para o seu processo de elaboração: criação da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO & PEREIRA, 2014).

Na primeira fase, utilizou-se o mnemônico “PICOS” (P = População, I = Interesse, C = Comparação, D = Desfecho e S = Tipo de estudo) para guiar a coleta de dados e classifica a qualidade dos resultados. Neste sentido, a equipe de enfermagem foi considerada como a população (P); o manejo da dor nos cuidados paliativos como o Interesse (I); não houve comparação (C); otimização dos CP como desfecho (O); o estudo do tipo qualitativo (S), tendo como pergunta norteadora: quais as barreiras enfrentadas no manejo da dor pela a enfermagem nos cuidados paliativos?

Na segunda fase realizou-se busca de revisões integrativas da literatura, entre maio e agosto de 2019 com a mesma pergunta norteadora do estudo na base de dados COCHRANE, contudo não foi encontrado nenhuma duplicação e nem dos descritores na base. Baseado nisso, seguimos para os descritores em saúde (DeCs) com a frase booleana: (“cuidados paliativos”) OR (“manejo da dor”) OR (“enfermagem”) e Medical Subject Heading (MeSH): (“palliative care”) AND (“pain management”) AND (“nursing care”).

O levantamento foi realizado entre maio e agosto de 2019, com os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2014 a 2019; com faixa etária de 19-44 anos; textos completos e disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão: artigos que não se relacionassem com a pergunta norteadora e estudos duplicados, buscando-se nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); EBSCOHOST com as bases Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Neste sentido, a população foi composta por 58 estudos, sendo selecionados em dois momentos: no primeiro foram incluídos 43 artigos após a leitura de título, resumo e descritores. No segundo momento foram analisados 13 estudos como amostra após a leitura

completa na íntegra. Sendo 5 artigos no portal eletrônico SCIELO e na EBSCOHOST(3 artigos achados da base MEDLINE e 11 da base CINAHL) como mostra na figura 1 abaixo (MOHER et al, 2009).

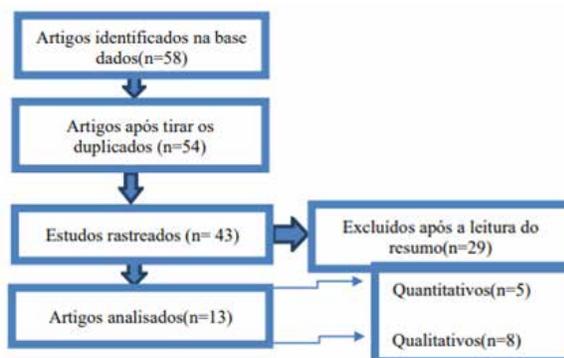


Figura 1 - Fluxograma de identificação dos artigos incluídos no estudo

Na terceira etapa, foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos incluídos, tais como: título do estudo, ano de publicação, objetivo, desenho do estudo com nível de evidência (NE), resultados e as barreiras relatadas pela equipe de enfermagem.

O nível de evidência utilizado para a classificação dos tipos de estudos baseou-se nos autores Polit & Beck (2011), no qual nível Ia. Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado-ECR e Ib. Revisão sistemática de ensaios não randomizados; nível IIa. Revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado-ECR individual e IIb. Ensaio não randomizado; nível III. Revisão sistemática de estudos de correlação/observação; nível IV. Estudo de correlação/observação; nível V. Revisão sistemática de estudos descritivos, qualitativos, fisiológicos; nível VI. Estudo descritivo, qualitativo, fisiológico individual; nível VII. Opiniões de autoridades, comitês de especialista.

As especificidades das barreiras enfrentadas pela enfermagem relatadas nos estudos foram apresentados para análise contextual correlacionando-as com a análise de similitude. Foi produzido um corpus textual transcritos em “txt” para análise no *software IRAMuTeQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (CAMARGO, et al, 2013) em busca de entender as relações de similitudes (Figura 2).

A quarta etapa, os estudos foram avaliados de forma qualitativa em pares através da leitura e releitura dos conteúdos, havendo a confecção de fichamentos e transcrições, sendo extraídas as informações para o preenchimento dos quadros analíticos (1 e 2) e a confecção da figura 2

Na quinta etapa, as informações obtidas dos estudos selecionados foram apresentadas por dois quadros analíticos (quadro 1 e 2) e figura 2 confeccionada no

software IRAMuTeQ. O quadro 1 apresenta o título/ano de publicação, o(s) objetivo(s), desenho do estudo com NE e resultados. No quadro 2 mostra-se as sínteses dos estudos selecionados com a codificação criada pelos autores, na qual utilizamos uma letra inicial “A” para representar artigo e um número seguindo sequência conforme foi incluído. A figur 2 apresenta as barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem diante dos estudos selecionados.

Na sexta etapa, o material empírico foi organizado e analisado de forma qualitativa, acrescentando-se as frequências absolutas e relativas de artigos para cada categoria. Caracterizou-se pela leitura dos artigos incluídos, agrupando-os em 3 categorias: “Comunicação terapêutica entre profissional, paciente e família”; “Ausência de financiamento e estrutura física dos serviços de CP”; e “Deficiência na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem em CP”

3 | RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as informações extraídas dos estudos selecionados na busca de dados, sendo eles: título/ano, objetivo, desenho do estudo/ nível de evidência (NE) e resultados.

Título / Ano	Objetivo	Desenho do estudo / NE	Resultados
Palliative Care Difficulties and Psychometric Properties of the Turkish Version of the Self-Esteem Based Palliative Care Practice Scale/ 2016 - (A1)	Determinar a validade e confiabilidade do <i>The Palliative Care Self-Reported</i> (PCPS) e Escala de Dificuldades em Cuidados Paliativos (PCDS) na Turquia.	Comparativo NE: V	Verificou-se a existência de diversas dificuldades e/ou barreiras na assistência de CP apontadas nas duas escalas (PCPS e PCDS) como a ausência de instalações próprias para oferta desse cuidado na Turquia, assim interferindo diretamente na assistência do paciente e seus familiares.
Opinions of Nurses about Palliative Care/ 2016 - (A2)	Determinar o conhecimento sobre cuidados paliativos (CP), aumentando sensibilidade e consciência, e realizar atividade de treinamento planejamento a esse respeito.	Descritivo NE: VI	Constatou-se que 80,8% dos enfermeiros afirmaram que a definição dos cuidado paliativos é "melhorar a qualidade de vida do indivíduo no período terminal". 88,6% afirmaram que principalmente os pacientes em fase terminal beneficiam dos serviços de CP, 80,6% afirmaram que os serviços de CP podem ser prestados pela equipe paliativa multidisciplinar.
The uniqueness of care: nurses' stories of providing palliative care/ 2014 - (A3)	Explorar experiências de enfermeiras na prestação de cuidados paliativos (CP) em internados no hospício.	Qualitativo NE: VI	Relataram ainda como complexa o controle da dor nos CP's, pois havia dificuldades no acesso da analgesia para seus pacientes e, desconhecimento sobre uso de opióides.

Quality palliative care for cancer and dementia in five european countries:some common challenges /2014 - (A4)	Examinar os desafios comuns para fornecer cuidados paliativos (CP) de alta qualidade para demência ou câncer nos cinco países europeus.	Qualitativo NE: VI	Entrevistados dos 5 países apontaram problemas de comunicação entre os profissionais na troca de ambiente dos pacientes com informações inadequadas sobre o tratamento ou cuidados prestados. Também,houve dificuldades em se comunicar com pacientes com demência, devido às implicações na avaliação da dor e cuidados para se controle.
Exploring Perceptions of Palliative Care Among Rural Dwelling Providers, Nurses, and Adults Using a Convergent Parallel Design/ 2018 - (A5)	Explorar as percepções e conhecimento de cuidados paliativos (CP) de prestadores de serviços de habitação rural.	Paralelo convergente NE: V	A maioria dos entrevistados falaram que os CP's buscam oferecer conforto no fim da vida, apenas um deles relatou que os CP's relacionavam-se aos cuidados de enfermagem ao corpo imediatamente após a morte. Os habitantes de áreas rurais disseram não conhecer sobre CP e nem quais cuidados desenvolvem. Alguns profissionais relataram que há uma grande lacuna entre teoria e prática dos CP.
Palliative care knowledge,attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam / 2015 - (A6)	Explorar conhecimentos, atitudes e percepções sobre auto-competência em cuidados paliativos (CP) de enfermeiras que trabalham em ambientes de oncologia em Hanói, Vietnã.	Descritivo transversal NE:VI	Enfermeiras demonstraram baixo conhecimento sobre CP em relação à gestão da dor. Houve desconforto em falar sobre a morte e estabelecer uma relação terapêutica com os pacientes que estão em palição. Tiveram baixos escores na percepção de autocompetência ao fornecer tratamento da dor e abordar aspectos sociais e espirituais.
Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients/2019 - (A7)	Verificar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer em cuidados paliativos (CP).	Longitudinal, prospectivo, observacional com caráter quantitativo NE: IV	Percentil de Enfermeiros (as) 13% conhecem o diagnóstico de CP, enquanto 87% não conhecem; 65% sabem diagnóstico principal ou diagnóstico oncológico e 35% não sabem; e,100% da amostra não conhece o testamento vital
Palliative Care Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors/2018 - (A8)	Melhorar o conhecimento, atitudes e comportamentos dos enfermeiros oncológicos em cuidados paliativos(CP), fornecendo um programa de educação.	Comparativo NE: V	Evidência de déficit de conhecimento, atitudes e comportamento dos profissionais de enfermagem, mas com a intervenção do programa de educação houve uma melhora sobre a temática Dor e CP. Após intervenção houve aumento do número de conversas com pacientes, familiares sobre CP.
Nurses' Knowledge about Palliative Care in an Intensive Care Unit in Saudi Arabia/ 2015- (A9)	Explorar os enfermeiros conhecimento sobre cuidados paliativos(CP) em um ambiente intensivo de atendimento (UTI) na Arábia Saudita.	Qualitativo NE: VI	Relato de falha de conhecimento do conceito de CP pois não era bem entendido pelos profissionais. Os C estava ligado a sua experiência clínica e não a base teórica necessariamente. A maioria dos enfermeiros concordou que o cuidado do fim da vida é o cuidado físico concentrado em manter o corpo através do posicionamento, higiene, alimentação por sonda e administração de medicamentos.

Evaluation of an interdisciplinary palliative care inhouse training for professionals in gynecological oncology/2018 - (A10)	Avaliar o efeito de um treinamento piloto interdisciplinar interno em cuidados paliativos (CP) para oncologistas ginecológicos.	Descritivo NE:VI	Profissionais relataram não terem recebido um treinamento adequado em CP na formação acadêmica. Evidenciou-se que após 17 horas de treinamento interno obteve-se melhora na compreensão sobre CP e sua essência, gestão de dor, comunicação e compreensão dos aspectos legais.
Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain / 2014 - (A11)	Identificar sobre as percepções dos cuidados paliativos (CP) para pacientes com dor oncológica das enfermeiras iranianas	Qualitativo NE: VI	Entrevistados relataram que a comunicação no controle da dor física ocorre em ações de falar com o paciente para provocar a expressão dos seus sentimentos íntimos, ajudando a aliviar sua dor física e informá-los sobre os potenciais efeitos colaterais dos medicamentos opióides.
Pathways to palliative care for patients with chronic kidney disease /2014 - (A12)	Identificar preditores de decisões de tratamento conservador e Determinar as percepções dos profissionais de saúde sobre o papel do cuidados paliativos (CP) no manejo da Doença Renal Crônica (DRC).	Descritivo NE: VI	Evidenciou-se que a integração de CP ao tratamento de pacientes com DRC é influenciada pelos valores, crenças e conhecimentos dos profissionais contribuindo para a otimização do atendimento, apoiando na tomada de decisão mais clara em torno desse cuidado. Encontraram barreiras referentes ao papel da família e/ou a indecisão do paciente ao complicar/ interromper o planejamento dos cuidados de final de vida.
A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência / 2014 - (A13)	Compartilhar a experiência ocorrida em um hospital de referência em oncologia Apresentar iniciativas que auxiliaram no desenvolvimento do Serviço de cuidados paliativos (CP).	Descritivo, do tipo relato de experiência NE: VI	Há deficiência na estrutura física e no financiamento dos locais de C , levando à carência desses serviços para o tratamento dos pacientes. Também, há insuficiente apoio do governo federal, estadual e municipal e ausência de oferta de medicação que auxilie no alívio da dor em pacientes em CP para esses serviços.

Fonte: primária (autores).

O quadro 2 mostra as sínteses dos estudos selecionados.

Código	Síntese dos estudos
A1	Determinou-se a validade e confiabilidade das escalas Palliative Care Self-Reported (PCPS) e Escala de Dificuldades em Cuidados Paliativos (PCDS) na Turquia por meio do estudo comparativo com o nível de evidência (NE) V. Sendo verificado através das escalas que a enfermagem enfrentava várias barreiras como: ausência de instalações próprias para assistência de cuidados paliativos (CP), refletindo de forma negativa no manejo dos pacientes e seus familiares. Concluiu-se que para que os CP sejam melhor aplicados, as dificuldades vivenciadas na palição devem ser baseadas em relatos dos envolvidos
A2	Determinou-se o nível de conhecimento sobre CP, aumentando a sensibilidade e consciência dos profissionais com a realização da atividade de treinamento e planejamento sobre esse assunto, por meio de um estudo descritivo de NE VI. Tendo 80,8% afirmaram que o C é a melhora da qualidade de vida do indivíduo em situação terminal. Constatando-se que a maioria dos enfermeiros desconhecia sobre a palição.

A3	Exploraram-se as experiências de enfermeiras na prestação de CP a pacientes internados em um hospício. Pesquisa qualitativa com NE VI. Compreende-se que as experiências de prestação de CP podem facilitar a compreensão da singularidade de CP determinando a deficiência na formação acadêmica como barreira. Além disso, as narrativas descobertas podem ser usadas para guiar enfermeiras ao redor do fornecimento de cuidados abrangentes, complicados e complexos para pacientes em estado terminal.
A4	Examinaram-se os desafios comuns para fornecer C de alta qualidade para demência ou câncer nos cinco países europeus por meio do estudo qualitativo com NE VI. As descobertas revelaram cinco desafios comuns enfrentados nos países: dificuldade de comunicação; a extensão variável da integração estrutural /funcional dos serviços; processos problemáticos de cuidado e restrições de tempo. Portanto, esses problemas não são distintos da palição, mas podem ter origens diferentes em comparação com outras áreas da saúde mundial.
A5	Explorou as percepções e conhecimento de CP de prestadores de serviços de habitação rural por meio da pesquisa paralela convergente com NE V. Determinou que existia uma deficiência de conhecimento sobre C por parte das enfermeiras. Além disso, alguns profissionais relataram que há uma grande lacuna entre teoria e prática dos C .
A6	Identificou o conhecimento dos enfermeiros sobre os C em três níveis: princípios básicos de CP, controle de sintomas de dor psicológica e espiritual por meio do estudo descritivo transversal, de nível de NE VI. As respostas apresentaram baixos escores em CP do enfermeiro nos aspectos de conhecimento relacionado à dor e a gestão de outros sintomas, além dos aspectos psicológicos e espirituais.
A7	Verificou-se o conhecimento dos pacientes quanto ao diagnóstico e ao tratamento e controle da dor através de estudo longitudinal, prospectivo, observacional com caráter quantitativo tendo como NE IV. Os resultados revelaram que a maioria (87%) não sabe sobre o diagnóstico de CP e que todos os entrevistados (100%) não conhecem o testamento vital. Logo, o estudo reflete a falta de instrução sobre o diagnóstico e tratamento, sendo barreiras na implementação efetiva dos CP.
A8	Melhorar o conhecimento, atitudes e comportamentos de enfermeiros oncológicos em CP através de um programa de educação sobre palição por meio da abordagem comparativa com NE V. Desta forma, observou-se que depois da implementação do programa, o conhecimento, atitudes, comportamento melhoram. Além de ,melhorar a comunicação com pacientes, familiares e cuidadores sobre os CP no fim da vida.
A9	Explorar o conhecimento de enfermeiros sobre CP na UTI da Arábia Saudita através da abordagem qualitativa com NE VI. Observou-se que os CP não eram entendidos pelos profissionais intensivistas pela falta de conhecimento e que o cuidado prestado aos pacientes estava ligado a experiência clínica e não no conhecimento teórico.
A10	Avaliou o efeito de um treinamento piloto interdisciplinar interno em CP para profissionais oncologistas ginecológicos por meio da pesquisa descritiva com NE VI. No qual, os profissionais relataram não terem recebido um treinamento efetivo em C na época da graduação. Porém, os mesmos relataram que após 17 horas deste treinamento sobre os CP, observaram uma melhora no conhecimento sobre CP.
A11	Identificou as percepções acerca dos C por enfermeiras iranianas em relação a pacientes com dor oncológica pela abordagem qualitativa com NE VI. As descobertas compõem a gestão de dor física e empoderamento psicológico. A amostra considerou que os CP para pacientes com dor devem incluir capacitação psicológica, apoio e comunicação, bem como alívio da dor física.
A12	Identificou fatores preditores de decisões de tratamento conservador e relação com encaminhamento para os CP e determinou as percepções dos profissionais sobre o papel do CP no manejo da Doença Renal Crônica (DRC) através da realização auditoria retrospectiva descritiva de prontuários de pacientes falecidos com NE VI. A integração do tratamento do paciente com CP e DRC é influenciada por valores, crenças e conhecimentos profissionais que ajudam a otimizar o cuidado. Encontraram barreiras referentes ao papel da família e/ou a indecisão do paciente ao complicar/ interromper o planejamento dos cuidados de final de vida

A13	Compartilhou a experiência ocorrida em um hospital de referência em oncologia e apresentou iniciativas que auxiliam no desenvolvimento do serviço de cuidados paliativos por meio de estudo descritivo do tipo relato de experiência com NE VI. Mostrando que há deficiência na estrutura física e de financiamento dos , que levam a uma consequente carência desses serviços. Além disso, o apoio do governo ainda é insuficiente para esses serviços. Outro fato relevante é a ausência de oferta de medicação para o manejo da dor em pacientes em CP.
------------	--

Fonte: primária (autores).

A figura 2 apresenta o resultado obtido por meio do software *IRAMuTeQ* sobre as barreiras de enfermagem relatadas nos estudos.

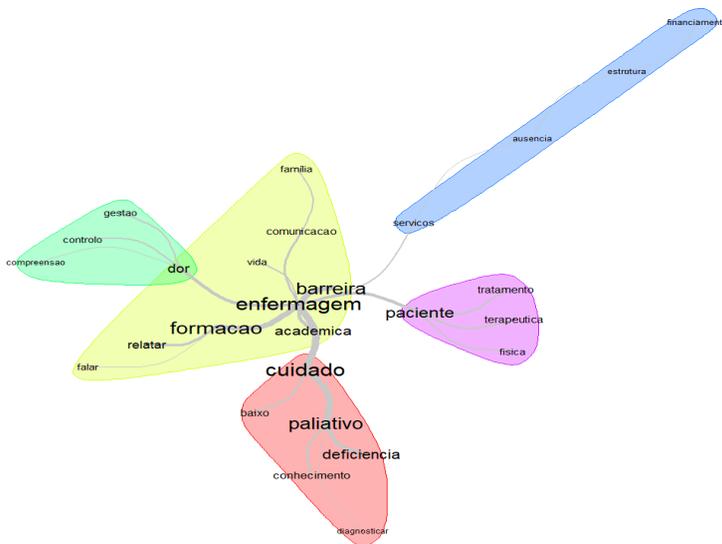


Figura 2: Barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem a partir dos estudos selecionados.

Fonte: primária, iramuteq.

4 | DISCUSSÃO

Categoria 1 - Comunicação terapêutica entre o profissional, paciente e família

Dos conteúdos dos artigos incluídos essa barreira teve como frequência (23%), com alguns estudiosos (Davies et al, 2014, Seyedfatemi et al, 2014 e Bull et al, 2014) com o nível de evidência VI (100%) de estudos qualitativos e descritivos mostrando que quando a comunicação terapêutica não é estabelecida, os objetivos do CP não são alcançados por conta dessa falha de comunicação.

Na análise de similitude dos corpus textuais das barreiras enfrentadas pela enfermagem (Figura 2), observou-se que tinha como elemento central “enfermagem” com forte ligação entre as palavras barreira–cuidado-formação- dor-paciente-acadêmica e fracas

coocorrências com as palavras: vida– comunicação–serviço. Quando este elemento central “enfermagem” se associava por meio de uma fraca ligação com a palavra “comunicação” que possuía fraca coocorrências com “família” apontando a barreira de comunicação entre o profissional de enfermagem e a família

Nesse contexto, comunicar adequadamente é fundamental para o cuidado integral e humanizado na palição, sendo uma forma de reconhecer e acolher as necessidades do paciente e seus familiares. Pois, comunicar-se verbalmente e não- verbalmente permite que o usuário participe das decisões e dos cuidados específicos levando ao tratamento digno. Considera-se que a comunicação terapêutica permite ao paciente expor de forma subjetiva sua dor, e ao profissional compreendê-la (ANDRADE, 2019)

Portanto, a postura comunicativa que o enfermeiro deve adotar precisa começar no momento do diagnóstico, no sentido de aliviar o impacto de uma notícia deste tipo, esclarecendo sobre a ampliação das possibilidades de sobrevivida, garantindo ao paciente que ele não estará sozinho no enfrentamento do problema, agindo também no sentido de estimular a esperança como condição fundamental para um tratamento exitoso, entre outras intervenções eficientes e holísticas (MENEZES et al, 201).

Categoria 2 - Ausência de financiamento e estrutura física dos serviços de CP

Os estudos dos autores (Kudebes et al,2019 & Garcia et al,2014) apresentaram a menor frequência de barreiras (15%) nos resultados da revisão com nível de evidência V (50%) de estudo comparativo e VI (50%) do estudo descritivo, onde mostraram que há deficiência na estrutura física e de financiamento dos locais de CP, que levam uma carência desses serviços para o tratamento dos pacientes. Baseado nisso, a figura 2 demonstrou que o elemento central “enfermagem” tinha uma fraca ligação com a palavra “serviços”, que por sua vez possuía fracas coocorrências com os termos ausência-estrutura-financiamento

Neste contexto, estudos apontam que há um excesso de paciente em detrimentos dos números de profissionais de saúde, faltando locais específicos para internação de pacientes em CP (MARTINS & HORA, 2017). A OMS em 2014 classificou o Brasil, na categoria 3A, que considera o serviço de CP do país é oferecido de maneira isolada.

Pesquisas realizadas no ano de 2017 evidenciaram uma elevação do nível de desenvolvimento de CP em vários países, porém apenas 30 países dos 198 analisados apresentaram esse alto nível representando 14% da população mundial. No Brasil, apesar de nos últimos anos ter comprovado alguns avanços no desenvolvimento dos CP, ainda é classificado como nível intermediário segundo essa pesquisa (CL RK et al, 2020).

Categoria 3 - Deficiência na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem em CP

Os artigos dos autores (Harden et al, 2017, Tassef et al, 2018, Nguyen et al, 2014, Turan et al, 2017, Kolben et al,2018, Alshaiikh et al,2015, Castor et al, 2019 e Brysiewicz & Campbell, 2015) apresentaram a maior frequência dessa barreira (62%) tendo como nível

de evidência V (25%) 2 estudos e VI (75%) com 6 estudos. No qual, os estudiosos falam sobre a falta de conhecimento sobre CP, tal como o não reconhecimento dos pacientes que necessitavam dos CP e ausência de habilidades para o tratamento.

A figura 2 apresenta uma ligação forte entre o elemento central “enfermagem” com a palavra “acadêmica”, tendo assim coocorrências associativas fortes entre: cuidado paliativo–deficiência, e fraca coocorrências de associação com as palavras baixo-conhecimento-diagnóstico. Quando o elemento central se associava com a “paciente” havia fortes coocorrências com: tratamento–terapêutica–física. Analisando a palavra central com associação a “dor” havia coocorrências fracas com gestão–controle–compreensão.

Neste panorama, os CP no Brasil encontra-se como uma grande carência na formação de profissionais para lidar com esse cuidado. Com isso, é imprescindível o estímulo para a inclusão de CP na grade curricular das universidades e também o aumento do número de residência multiprofissional, além do incentivo das equipes multiprofissionais através da Educação Permanente em Saúde (EPS) (SANTOS et al, 2020).

É importante salientar que assistência paliativa é pouco tratada na graduação, sendo apenas na disciplina oncologia sem grandes aprofundamentos (SANTOS et al, 2020). Um exemplo positivo da aplicação de CP é a Austrália que alcançou alta inserção deste serviço através de propostas de formação contínua, inferindo que para promover os mesmos avanços no Brasil deve-se seguir um caminho semelhante, assim conhecimentos acerca de filosofia e princípios sobre CP na formação dos profissionais pode promover uma otimização dos serviços de CP (MARCUCCI, 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As barreiras encontradas no manejo da dor de pacientes em palição estavam relacionadas à três aspectos: 1) Comunicação terapêutica entre o profissional, paciente e família; 2) Ausência de financiamento e estrutura física dos serviços de cuidados paliativos e 3) Deficiência na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem em cuidados paliativos.

Neste sentido, a barreira mais frequente foi a deficiência de conhecimento dos profissionais demonstrando a necessidade de novos estudos com a difusão da temática palição e dor, além da necessidade de uma educação continuada para esses profissionais com pertinentes atualizações.

Portanto, a enfermagem tende-se observar essas três barreiras para serem supridos, uma melhor qualidade de vida para os pacientes de 19 a 44 anos e suas famílias. Desse modo, há necessidade de resolução dessas barreiras por meio da introdução da temática na formação acadêmica e políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA C.S.L. *et al.* **Atuação de um serviço de cuidados paliativos hospitalares: avaliação de quarta geração.** Rev Bras Enferm, v.72, n.2, p.383-390, abril, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71667-2017-0848>.

ALSHAIKH Z. *et al.* **Nurses knowledge about palliative care in na intensive care unit in Saudi Arabia.** Middle east journal of nursing, v.9, n.1, p.7-13, january,2015. DOI:10.5742/MEJN.2015.92614

ANDRADE G.B *et al.* **Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador.** Rev fundam.care.online, v.11, n.3, p.713- 717,2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6693/pdf>>

APARICIO, M. CALDEIRA, S. **A liderança de enfermagem em cuidados paliativos.** Tesela-Revista de la Asociación de Directivos de Enfermería, v. 17, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18084/1/tesela_julho2015.pdf>

BRASIL. **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil.** p.1-29,2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf>

BRYSIWICZ P. & CAMPBELL L. **The uniqueness of care: nurses stories of providing palliative care.** Africa journal of nursing and midwifery, v.17, p.180-191,2015. DOI: 10.25159 / 2520-5293 / 271

BULL R. *et al.* **Pathways to palliative care for patients with chronic kidney disease.** Journal of renal care, v.40, n.1, p.64-73,2014. DOI: 10.1111 / jorc.12049.

CAMARGO, B.V. & JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ.** Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013.

CLARK, D. *et al.* **Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017.** J Pain Symptom Manage. v. 59, n.4, p.794-807, 2020. DOI: 10.1016 / j.jpainsymman.2019.11.009.

DAVIES N. *et al.* **Quality palliative care for cancer and dementia in five european countries:some common challenges.** Aging & mental health, v. 18, n.4, p. 400- 410,2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.843157>.

DOURADO, Tayná Batista. **Cuidado paliativo: a integralidade do cuidado e seus avanços na história.** 2017. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2017/ses-34492/ses-34492-6387.pdf>>

GALVÃO T.F & PEREIRA M.G. **Revisões sistemáticas da literatura :passos para sua elaboração.** Epidemiologia e serviço de saúde, v.23, n.1, p.183-184,2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>

GARCIA J.B.S, RODRIGUES R.F, LIMA S.F. **A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência.** Rev Bras Anesthesiol, v.64, n.2, p.286- 291, 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/ j.bjan.2013.06.007>.

GOMES, A. L. Z. & OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos. Estudos Avançados**, v. 30, n.88, p. 155–166, 2016. DOI:10.1590/s0103-40142016.30880011

HARDEN K. *et al.* **Palliative care improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors**. Clinical journal of oncology nursing, v.21, n.5, p.234-238,2017. DOI 10.1188/17.CJON.E232-E238.10.1188/17.CJON.E232-E238

International Association for the Study of Pain - IASP. **Announces Revised Definition of Pain**. v. 161, n.9, p. 976-1982, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.

KOLBEN T. *et al.* **Evaluation of an interdisciplinary palliative care inhouse training for professionals in gynecological oncology**. Archives of gynecology and obstetrics, p.767-773, 2018. DOI <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4681-0>.

KUDUBES A.A *et al.* **Palliative care difficulties and psychometric properties of the Turkish version of the self-esteem based palliative care practice scale**. Internation journal of caring sciences, v.12, n.1, p. 162-175, january-april, 2019. Disponível:http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/18_kabudes_12_1.pdf

MARCUCCI F. C. *et al.* **Integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde: O modelo australiano e os aprendizados para a implementação no Brasil**. Espaço para a saúde, revista de saúde pública do paraná, Londrina, v. 17, n. 1, p. 56-64, 2016. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2016v17n1p56>

MARTINS G.B & HORA S.S. **Desafios a integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Revista brasileira de cancerologia, v.63, n.1, p.29-37,2017. DOI:<https://doi.org/10.32635/2176.9745.RBC.2017v63n1.154>

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios**. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>

MENEZES, M.F.B. *et al.* **Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: Desafios para a assistência de enfermagem em oncologia**. Revista Latino Americano de Enfermagem. v.28, 2017. Disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/rlae>>

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J. & ALTMAN, D.G. **The PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement**. PLoS Med. v.6, n.7, 2009. DOI:10.1371/journal.pmed1000097

NGUYEN L.T *et al.* **Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam**. International journal of palliative nursing, Vietnam, p.448- 456, 2014. DOI: 10.12968 / ijpn.2014.20.9.448.

POLIT, D.F. BECK, C.T. **Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avalia o de evidências para prática de enfermagem**. Ed. 7. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, J.S.R. et al. **O cuidado paliativo na formação do profissional de enfermagem: um relato de experiência.** Gep News, v. 1, n. 1, p. 333-342, 2020. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12234/0>>

SEYEDFATEMI N. *et al.* **Iranian nurses perceptions of palliative care for patients with kocancer pain.** International journal of palliative nursing, v.20, n.2, p.69-74, 2014. DOI: 10.12968 / ijpn.2014.20.2.69

TASSEF T.L. *et al.* **Exploring perceptions of palliative care among rural dwelling providers, nurses, and adults using a convergent parallel desing.** Online journal of rural nursing and health care, v.18, n.2, p.152-188, 2018. DOI:<http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v18i2.527>.

TURAN G.B. *et al.* **Opinions of nurses about palliative care.** International journal of caring sciences, v. 10, n. 1, p.176-184, january- april, 2017. Disponível :http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_bahcecioglu_original_10_1.pdf

CAPÍTULO 15

GERONTOTECNOLOGIAS CUIDATIVAS: COMPREENSÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Francine Casarin

Enfermeira, Mestranda do Mestrado Ciências da Saúde e da Vida (UFN); membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Betânia Huppes

Acadêmica de enfermagem UFN, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Lorena Alves Fiorenza

Acadêmica de enfermagem UFN, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Victória dos Santos Stringuini

Terapeuta Ocupacional, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Luciana Carvalho de Pires

Enfermeira, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Bruna Rodrigues Maziero

Terapeuta Ocupacional, Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Gerontologia (UFSM); Membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Silomar Ilha

Enfermeiro, Docente da Universidade Franciscana(UFN), Especialista em Urgência, Emergência e Trauma; Especialista em Gerontologia e Saúde Mental; Mestre e Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG). Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer – AMICA. Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG

RESUMO: Objetivo: Identificar a compreensão de acadêmicos dos cursos da área da saúde sobre gerontotecnologias cuidativas, durante uma atividade em grupo. **Método:** Trata-se de uma das etapas da pesquisa-ação crítica, realizada com 12 acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, participantes do projeto de extensão Assitência Multidisciplinar Integrada aos cuidadores de pessoas com Alzheimer, desenvolvido em uma universidade do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados em setembro de 2020, por meio de um grupo Focal. Após foram submetidos à técnica de Análise Textual Discursiva.

Resultados: Geraram uma categoria central, unitarizada em duas categorias de análise: Gerontotecnologias na forma de produtos e instrumentos; Gerontotecnologias abstratas: para além de produtos e equipamentos. **Conclusão:** Os académicos possuíam conhecimentos sobre gerontotecnologias cuidativas, mesmo que de forma sucinta. O conhecimento dos mesmos versou tanto sobre os produtos/equipamento, quanto para as gerontotecnologias que não se apresentam de forma materializada.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Família; Tecnologia; Pessoal de saúde.

CAREFUL GERONTOTECHNOLOGIES: UNDERSTANDING OF HEALTHCARE COURSES

ABSTRACT: Objective: To identify the understanding of academics in health courses about care gerontechnologies, during a group activity. **Method:** This is one of the stages of critical action research, carried out with 12 students from the nursing, physiotherapy, speech therapy, nutrition, dentistry and occupational therapy courses, participants in the Integrated Multidisciplinary Assistance extension project for caregivers of people with Alzheimer, developed at a university in Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected in September 2020, through a focus group. After they were submitted to the technique of Textual Discursive Analysis. **Results:** They generated a central category, unified in two categories of analysis: Gerontotechnologies in the form of products and instruments; Abstract gerontotechnologies: in addition to products and equipment. **Conclusion:** The students had knowledge about care gerontechnologies, even if in a brief way. Their knowledge dealt with both the products / equipment and the gerontotechnologies that do not present themselves in a materialized way.

KEYWORDS: Elderly; Family; Technology; Health personnel.

GERONTOTECNOLOGÍAS DE CUIDADO: ENTENDIENDO LA ACADÉMICA DE LOS CURSOS DE SALUD

RESUMEN: Objetivo: Identificar la comprensión de los académicos de los cursos de salud sobre gerontecnologías del cuidado, durante una actividad grupal. **Método:** Esta es una de las etapas de la investigación acción crítica, realizada con 12 estudiantes de los cursos de enfermería, fisioterapia, logopedia, nutrición, odontología y terapia ocupacional, participantes en el proyecto de extensión de la Asistencia Multidisciplinaria Integrada para cuidadores de personas con Alzheimer, desarrollado en una universidad en Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos se recopilaron en septiembre de 2020, a través de un grupo focal. Posteriormente fueron sometidos a la técnica de Análisis Discursivo Textual. **Resultados:** Generaron una categoría central, unificadas en dos categorías de análisis: Gerontotecnologías en forma de productos e instrumentos; Gerontotecnologías abstractas: además de productos y equipos. **Conclusión:** Los estudiantes tenían conocimientos sobre gerontotecnologías del cuidado, aunque sea de forma breve. Su conocimiento se refería tanto a los productos / equipos como a las gerontotecnologías que no se presentan de forma materializada.

PALABRAS CLAVE: Anciano; Familia; Tecnología; Personal sanitario.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de grande magnitude a nível mundial. No Brasil, em 2018, havia 63 idosos para cada 100 jovens e, as projeções para 2055, estimam 202 idosos para cada 100 jovens.¹ Definido como um processo natural, o envelhecimento é progressivo e irreversível, comum a todos os seres e que pode sofrer a influência de fatores sociais, políticos, econômicos e psicológicos.² No contexto brasileiro, considera-se idosa, a pessoa com 60 anos ou mais.³

Durante o processo de envelhecimento, ocorrem alterações físicas, como o aparecimento de rugas, cabelos embranquecidos, elasticidade diminuída da pele, perda dos dentes, podem surgir problemas musculares, articulares, de origem circulatória, entre outros.⁴ Além de mudanças físicas (biológicas), também ocorrem alterações no que concerne o aspecto psicológico, pois é nessa fase da vida que a pessoa começa refletir, com maior intensidade, sobre tudo aquilo que realizou ou não durante a sua vida adulta.⁵

Assim, a pessoa idosa pode manifestar diferentes sentimentos ao se perceber em processo de envelhecimento. Porém, é importante ressaltar que tais reações divergem de pessoa para pessoa, pois o ambiente familiar, situação financeira, relações interpessoais e inúmeros determinantes influenciam nessa etapa de vida.⁵ Nesse contexto, vale salientar que o Ministério da Saúde (MS) refere que o estado deve garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e com dignidade.³

Entende-se que tanto no envelhecimento natural (senescência), quanto o envelhecimento patológico (senilidade), a pessoa idosa necessitará, em algum momento da vida, de cuidados específicos e tecnologias que as auxiliem no cotidiano. Nesse sentido, emergem as gerontotecnologias, compreendidas como todo produto, processo, estratégias, serviço e/ou conhecimento, com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e de seus familiares/cuidadores, fruto de uma construção/vivência coletiva complexa, que valorize as relações, interações e retroações dos envolvidos, por meio do conhecimento multi-inter-trans-meta-disciplinar.⁶

O conhecimento, formado no contexto multi-inter-trans-meta-disciplinar é compreendido como o saber que oportuniza transcender o conhecimento disciplinar isoladamente, o ampliando para um conhecimento integrado entre as diferentes disciplinas ou profissões, mas que garante a possibilidade de ser acessado separadamente sempre que necessário. Assim permite que um novo saber surja da interligação dos diferentes conhecimentos sem que, no entanto, perca-se saberes essenciais das disciplinas específicas

O atendimento pela articulação entre os diferentes profissionais da equipe é fundamental e necessário, pois potencializa processos de reorganização e planejamento para elaboração de novas gerontotecnologias, que por sua vez, auxiliam no cotidiano

da pessoa idosa e seus familiares/cuidadores. Conseqüentemente, proporcionam um atendimento mais resolutivo, humanizado e integral.⁷

Desta forma reforça-se a importância da abordagem multi-inter-trans-metadisciplinar na graduação, pois permite maior interação entre os discentes de diversos cursos da área da saúde e disciplinas, contribuindo na formação de futuros profissionais mais preparados a realizar práticas coletivas de trabalho em equipe, o que possibilita, aos mesmos, responderem com maior eficiência e efetividade diante das diferentes situações.⁸

Contudo, antes de pensar em intervenções específicas a serem desenvolvidas junto a esse público é necessário verificar o conhecimento destes sobre o assunto. Assim, faz-se necessário identificar o que os acadêmicos dos cursos da área da saúde compreendem sobre as gerontotecnologias cuidativas, fato que justifica a necessidade e relevância dessa pesquisa. Justifica-se, ainda, pela compreensão de que as questões relacionadas a saúde da pessoa idosa são de grande relevância no contexto atual, sendo destacadas pelo Ministério da Saúde (MS) como prioridades de pesquisa no Brasil.⁹

Frente ao exposto, questiona-se: Qual o conhecimento de acadêmicos dos cursos da área da saúde acerca das gerontotecnologias cuidativas? Na tentativa de responder o questionamento, objetivou-se identificar a compreensão de acadêmicos dos cursos da área da saúde sobre gerontotecnologias cuidativas durante uma atividade em grupo.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um macroprojeto denominado “doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: dificuldades vivenciadas e (geronto)tecnologia de cuidado”. Teve como objetivo identificar as principais dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas/família com a Doença de Alzheimer; identificar a compreensão dos acadêmicos da área de saúde acerca da Doença de Alzheimer e as gerontotecnologias; elaborar gerontotecnologias de cuidado para o cotidiano de pessoas idosas com a Doença de Alzheimer. Este artigo contempla o segundo objetivo do macroprojeto.

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação crítica, a qual é recomendada quando, a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, observa-se a necessidade de transformação.¹⁰ A mesma foi realizada com acadêmicos dos cursos da área da saúde participantes do grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer (AMICA), vinculado a uma universidade localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O AMICA contava, no momento da pesquisa, com 40 acadêmicos, os quais representavam os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional.

Como critérios de inclusão considerou-se: ser acadêmico de um dos cursos da área da saúde supracitados, estar participando assiduamente do AMICA a pelo menos seis

meses, período suficiente para que os mesmos já tivessem vivenciado e experienciando as situações trazidas ao grupo pelos familiares/cuidadores, estando dessa forma, mais seguros a participar do estudo. Com base nessa ação, atenderam aos critérios de inclusão, compondo o *corpus* dessa pesquisa 12 acadêmicos que representavam os cursos de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e terapia ocupacional.

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2020, por meio da técnica de Grupo Focal (GF), a qual possibilitou o diálogo a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado por meio de experiências comuns.¹¹ O GF contou com a participação de um coordenador (uma das pesquisadoras) e com uma observadora (bolsista de iniciação científica), que auxiliou no processo de coleta, gravação, anotações e dinâmicas realizadas nos encontros. O grupo focal que originou esses resultados, ocorreu em um encontro e teve duração aproximada de 120 minutos.

Iniciou-se o grupo dando as boas-vindas aos participantes, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pactuando o objetivo, bem como a organização do encontro. Para iniciar a atividades, o moderador entregou aos participantes uma folha de papel A4 e os convidou a registrar a primeira coisa que lhes viesse à mente ao pensarem no termo gerontotecnologia. Na sequência, os participantes apresentaram os seus registros ao grande grupo, identificando semelhanças e diferenças que conduziram o grupo a uma discussão coletiva. Posteriormente, o moderador apresentou aos participantes alguns conceitos sobre o termo gerontotecnologia, mostrando aos mesmos algumas formas ilustrativas de gerontotecnologias utilizadas nos diferentes cursos da área de saúde.

Após a ampliação do diálogo, os mesmos foram convidados a pensarem e refletirem novamente acerca do termo gerontotecnologia. Para tanto, outra folha de papel A4 foi entregue a cada um dos participantes, para que os mesmos escrevessem a sua compreensão após a dinâmica anterior e novamente foram estimulados a apresentar sua descrição ao grande grupo, momento que oportunizou uma discussão coletiva. Para encerrar, o moderador agradeceu a participação dos acadêmicos e colocou-se à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimento.

O GF foi gravado em aparelho MP3, transcrito e submetido à análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: unitarização, estabelecimento de relações e comunicação.¹² Inicialmente, os pesquisadores examinaram os textos com intensidade e profundidade, formando a categoria central, a partir da identificação da compreensão dos acadêmicos da área da saúde sobre as (geronto)tecnologias. A mesma foi unitarizada em duas unidades de base; na primeira unidade considerou-se as compreensões da gerontotecnologia na forma de produto; na segunda, as na de forma abstrata, ou seja, que não se apresentam com uma forma física.

Após, foi realizada nova leitura a partir da categoria central e das unidades de base, buscando o estabelecimento de relações entre elas. Por fim, procedeu-se a última etapa do método de análise, onde o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir

dos dois focos anteriores, pelo processo de comunicação entre as diferentes dificuldades resultando nos metatextos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados, dando origem as categorias.

Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.¹³ O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa pelo Parecer número: 3.920.648 e CAAE: 29816420.8.0000.5306. Os participantes foram identificados pelas A (acadêmico), seguidas de um algarismo (A1, A2... A12).

RESULTADOS

Dos 12 acadêmicos participantes da pesquisa, todos eram do sexo feminino, com idades entre 19 e 43 anos. Destes, um cursava enfermagem; dois, fonoaudiologia; dois, fisioterapia; um, nutrição; três, odontologia; três, terapia ocupacional. Quanto ao período do curso variou do quarto ao 10º semestre. Quanto ao tempo de participação no AMICA, variou de seis meses a dois anos e meio.

Os dados analisados resultaram em uma categoria central: (Geronto)tecnologias na percepção dos acadêmicos. A mesma foi unitarizada em duas categorias: (Geronto)tecnologias na forma de produtos e instrumentos; (Geronto)tecnologias abstratas: para além de produtos e equipamentos.

(Geronto)tecnologias na forma de produtos e instrumentos

Alguns acadêmicos possuíam o entendimento de que (geronto)tecnologias eram meios para auxiliar a vida dos idosos, porém as compreendiam como instrumento palpável, isto é, produtos físicos e tecnológicos:

Meios tecnológicos [...] as novas tecnologias para o cuidado de saúde da população idosa. Novos meios para facilitar a qualidade de vida. (A2)

São tecnologias/instrumentos criados para facilitar e auxiliar o cotidiano de pessoas e idosas que possuem alguma dificuldade, desorganização ou deficiência. Ex: adaptadores de talheres, organizador de comprimidos, calendário do banho. (A3)

Gerontecnologias são tecnologias voltadas a população idosa, seja produtos que auxiliem na qualidade de vida dos idosos a partir da necessidade de cada indivíduo [...] são adaptações realizadas em determinados objetos com o intuito de adaptar estes as necessidades do idoso, sejam elas físicas ou cognitivas. (A5)

Ações realizadas em forma de gerontotecnologias. Auxilia na autonomia, independência e qualidade de vida. Ex: bonecas, sondas, relatório de anotações. (A6)

Gerontotecnologias são tecnologias voltadas a população idosa. São produtos/aparelhos que auxiliam o idosos em atividades práticas do dia a dia. Ex: adaptadores de meia, adaptadores de escova, barra para auxiliar no banho. (A7)

Algum instrumento tecnológico que pode vir a auxiliar no processo de envelhecimento. (A8)

É qualquer instrumento que pode vir a auxiliar o idoso no seu dia a dia, podendo vir a contribuir com sua autonomia nas atividades de vida diária, como por exemplo, adaptador para ajudar a por meio, adaptar de alguma forma sua escova de dente para melhor aconteça a pega na hora da escovação e também instrumentos que auxiliam na sua locomoção e outras atividades, como barras na parede para poder se apoiar. (A9)

(Geronto)tecnologias abstratas: para além de produtos e equipamentos

Já, nessas falas, percebe-se a diferença entre os conceitos compreendidos pelos acadêmicos. Aqui, fica claro que (geronto)tecnologia, na concepção dos estudantes, é algo além do material palpável, tratando-se de tecnologias concretas ou abstratas que auxiliam a pessoa idosa em um processo de envelhecimento mais saudável:

Meios abstratos e concretos, com finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida, buscando facilitar as atividades do dia a dia. (A1)

Auxílio ao idoso de forma abstrata ou física, que torne aquele cuidado mais prático para o cuidador e mais confortável ao idoso. Formas de auxílio ao cuidado do idoso, seja motores, psíquicos, desenvolvidos pelo meio científico como por exemplo: auxílio para locomoção e como o mesmo será produzido. Como tornar eficiente o cuidado paliativo desse idoso e lhe proporcionar maior autonomia. E antes eu também não percebia que as gerontotecnologias poderiam ser abstratas, sabe? Pensava só que era palpável. (A4)

[...] uma infinidade de gerontotecnologias visto que há inclusive as abstratas o que corrobora muito com o cuidado do idoso e de sua rede de cuidados. Ainda há as ações realizadas em forma de gerontotecnologias. Auxilia na autonomia, independência e qualidade de vida. Ex: bonecas, sondas, relatório de anotações. (A10)

São meios de auxiliar cuidadores, ou até mesmo as pessoas com a doença de Alzheimer. (A11)

Meios diversas estratégias utilizadas para auxiliar no cuidado, buscando facilitar as atividades do dia a dia do idoso e do seu familiar ou cuidador. (A12)

DISCUSSÃO

O conceito de gerontotecnologia derivou dos termos gerontologia e tecnologia. Emergiu da interface entre vários ramos das ciências com objetivo de prestar um aporte tecnológico e de cuidado às pessoas idosas e seus familiares cuidadores. Pode ser conceituada como o desenvolvimento de produtos, ambientes e serviços para melhorar o cotidiano das pessoas idosas, proporcionando melhor qualidade de vida.¹⁴

De forma geral, as gerontotecnologias podem ser didaticamente divididas em dois grupos: o dos produtos, e o de processo/conhecimento/estratégia.¹⁵ Na presente pesquisa, parte dos acadêmicos compreendiam que as (geronto)tecnologias eram meios para auxiliar

a vida dos idosos. Contudo, as relacionavam apenas como instrumentos, produtos físicos e tecnológicos.

Dado semelhante foi evidenciado em pesquisa que objetivou construir e validar gerontotecnologias educativas em idosos fragilizados. Nessa pesquisa os participantes criaram tecnologias em forma de produtos, como por exemplo: cartilhas, manuais, jogos e vídeos, conseqüentemente fortalecendo a autonomia da pessoa idosa através da ludicidade e inovação. Por fim, comprovou-se a eficácia destas ferramentas com a participação do próprio público idoso fragilizado.¹⁶

Em outro estudo, que tinha como público-alvo idosos em tratamento para hemodiálise, foi criada uma gerontotecnologia em forma de jogo de cartas, no intuito de mostrar as atitudes que deveriam ou não ser adotadas, como: realização de atividades físicas, alimentos que poderiam ou não ser consumidos, entre outros. Os resultados obtidos mostraram que o jogo, além de ser educativo, torna-se uma distração no momento da realização do tratamento, trazendo conforto e bem-estar para os idosos em questão.¹⁷

Outra pesquisa, descreve a gerontotecnologia como um produto para contribuir na saúde do idoso ostomizado. Desta forma os autores descrevem uma cartilha informativa que facilitou o cuidado, promoveu acolhimento, contribuiu na adaptação da nova autoimagem do idoso diante seu corpo para que não se sintam excluídos da sociedade. Este estudo também almejou estimular outros profissionais da saúde a elaborarem novas tecnologias que facilitarão o atendimento a estes pacientes.¹⁸

As gerontotecnologias na forma de produtos, são compreendidas como as diversas possibilidades de equipamentos, máquinas e pela materialização de estratégias de cuidado.¹⁵ Contudo, vale salientar que existe uma variedade de gerontotecnologias que não se apresentam no formato de materialização, mas sim na forma de processo/conhecimento e estratégia, as quais podem ser compreendidas como as diferentes possibilidades, não materializadas, empregadas para o cuidado da pessoa idosa e/ou dos seus familiares/cuidadores com potencial de contribuição prática.¹⁵

Corroborando com o descrito, outra parte dos acadêmicos participantes da presente pesquisa, referiram-se a gerontotecnologia para além do material palpável, tratando-se de tecnologias concretas ou abstratas que auxiliam a pessoa idosa em um processo de envelhecimento saudável. Esse dado também foi evidenciado em pesquisa desenvolvida com nove acadêmicos curso de enfermagem de uma universidade pública no Rio Grande do Sul, Brasil. Na pesquisa em questão, as gerontotecnologias são descritas como estratégias de educação em saúde, podendo ser ações e negociações que possam convencer a pessoa idosa a promover o autocuidado, autonomia e promoção da saúde. A pesquisa reforçou que era preciso rever a forma de educação em saúde que estava sendo realizada com a população idosa. Referiu que através das gerontotecnologias era possível transformar a informação em conhecimento, tornando-se assim ações mais efetivas para o envelhecimento saudável.¹⁹

Compreende-se o envelhecimento saudável, conforme a Organização Mundial da Saúde como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A capacidade funcional, por sua vez, pode ser compreendida como a associação das capacidades físicas, mentais, psicossociais e as características ambientais relevantes como por exemplo, o contexto de vida e as relações sociais da pessoa idosa. Assim, deve ser analisado a interações entre a pessoa idosa e essas características.²⁰

Corroborando com o descrito, tem-se o envelhecimento ativo, o qual não se refere apenas à força física de trabalho, mas sim, a participação social da pessoa idosa no meio em que vive, configurando-se para uma nova compreensão acerca da velhice. Diante dessa concepção, as pessoas idosas passam a ser vistas, para além de aspectos meramente orgânicos, podendo ser agentes responsáveis pelas contribuições e benefícios do desenvolvimento social.²¹ Assim, compreende-se que o envelhecimento ativo é a forma de envelhecimento mais almejada para a pessoa idosa; no entanto, esse processo depende de um conjunto de fatores relacionados a diversas áreas da vida do indivíduo. Sabe-se que vivenciar essa fase da vida de maneira ativa socialmente e nos demais aspectos da vida se apresenta como um desafio a ser encarado pelas políticas de saúde.²²

É nesse sentido que a gerontotecnologia possui um amplo potencial de contribuição, pois a mesma possui cinco objetivos para a sua utilização: prevenir/retardar o declínio funcional relacionado à idade; compensar as limitações funcionais existentes relacionadas à idade e à presença de incapacidade decorrente de DCNTs; promover o aumento do engajamento e da satisfação na participação de atividades laborativas, de lazer e familiares, como um suporte na velhice para novas oportunidades educacionais, de expressão artística, de trabalho, proporcionando espaços adaptados e de interação social; dar suporte ao cuidador e às pessoas idosas dependentes, por meio de recursos tecnológicos e ambientes adequados; e desenvolver pesquisa sobre o uso das tecnologias no envelhecimento.¹⁴

A gerontotecnologia é, portanto, uma importante ferramenta para o desenvolvimento do modelo assistencial potencializador das habilidades do cuidado, tanto do idoso, quanto do familiar e/ou cuidador, auxiliando na promoção de estratégias efetivas quanto a manutenção das práticas de cuidado, aprimorando a assistência à saúde do idoso.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se satisfatórios os resultados da presente pesquisa, pois possibilitaram identificar a compreensão de acadêmicos dos cursos da área da saúde sobre gerontotecnologias durante a participação em um grupo focal.

Como resultados, identificou-se que os acadêmicos, em sua maioria, possuíam conhecimentos prévios sobre gerontotecnologias cuidativas, embora alguns tenham demonstrado o conhecimento de forma sucinta sobre o tema. A partir disso, foi possível

identificar que o conhecimento dos mesmos versou sobre as gerontotecnologias tanto na forma de produtos e equipamento, quanto as de forma abstrata, ou seja, gerontotecnologias que embora contribuam para o cuidado e qualidade de vida da pessoa idosa, não se apresentam como um produto material.

As limitações dessa pesquisa se referem as questões próprias da pesquisa qualitativa que por natureza não permitem a reprodução dos dados. Ainda, pelo fato de a mesma ter sido desenvolvida em um único contexto. Contudo, a mesma possui potencial de auxiliar futuros profissionais na prática de cuidados à pessoa idosa, uma vez que as discussões desenvolvidas no grupo focal foram propulsoras de reflexões e interações entre os participantes e dessa forma, ampliaram o conhecimento dos mesmos acerca da temática.

Espera-se, dessa forma, que mais pesquisas sejam desenvolvidas com vistas ao conhecimento de acadêmicos sobre questões relativas ao envelhecimento humano e cuidado a pessoa idosa em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela 2010-2060 - Projeção da População (revisão 2018), Rio de Janeiro: IBGE, 2018 [internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.
2. Mesquita JS, Cavalcante MRL, Siqueira CA. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira? Rev Kairós Gerontol [Internet]. 2016 [citado 2021 fev 10];19(1):227–38. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/30357/20993>.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso - 3ª edição. 2013. 2013. 70 p. [internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.
4. Biasus F. Reflexões Sobre O Envelhecimento Humano: Aspectos Psicológicos E Relacionamento Familiar. Perspect Erechim [Internet]. 2016 [citado 2021 fev 10];40(152):55–63. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf.
5. Campos ACV. Envelhecimento no Brasil: um processo multidimensional. Enfermagem Brasil [Internet]. 2011 [citado 2021 fev 10];10(5):259–60. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3871/5870>
6. Ilha S, Santos SSC, Backes DS, Barros EJL, Pelzer MT, Costenaro RGS. (Geronto)tecnologia cuidativo-educacional complexa para pessoas idosas/famílias com a doença de Alzheimer. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [citado 2021 fev 10];70(4):759–65. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en_0104-0707-tce-27-04-e5210017.pdf
7. Baère TD de, Faustino AM, Miranda AF. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. Rev Portal Divulg [Internet]. 2017 [citado 2021 fev 10]; 53(s.n):5–19. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/673/742>.

8. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: Estudo sobre modalidades de equipes. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2013 [citado 2021 fev 10];17(45):327–40. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200007&lng=en&nrm=iso.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS. 2018;26. [internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf.
10. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educ. Pesqui* [Internet]. 2005 [citado 2021 fev 10]; 31(3):483-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>.
11. Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Moraes R, Galiazzi, MC. *Análise textual discursiva*. Ijuí: Editora Unijuí; 2011.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. [internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Neri AL. *Palavra-chave em gerontologia*. 2 ed. Campinas, SP: Alínea; 2005.
15. Ilha S, Sidney SCS, Backes DS, Barros E JL, Pelzer MT, Gautério-Abreu DP. Gerontechnologies Used By Families/Caregivers of Elderly People With Alzheimers: Contribution To Complex Care. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2018 [citado 2021 fev 10];27(4): e5210017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en_0104-0707-tce-27-04-e5210017.pdf
16. Silva CRDT, Felipe SGB, Carvalho KM, Gouveia MTO, Júnior FLS, Figueiredo MLF. Construção e validação de gerontotecnologia educativa sobre fragilidade em idosos. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2020 [citado 2021 fev 10];73(Suppl 3): e20200800. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s3/pt_0034-7167-reben-73-s3-e20200800.pdf
17. Lucca DC, Hammerschmidt KSA, Girondi JBR, Fernandez DLR, Carvalho AA, Rosa SS, et al. Game of Attitudes: educational gerontotechnology for the elderly undergoing haemodialysis. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2020 [citado 2021 fev 10];73 (Suppl3): e20180694. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s3/0034-7167-reben-73-s3-e20180694.pdf>
18. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2012 [citado 2021 fev 10];33(2):95–101. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/14.pdf>
19. Hammerschmidt, K. S. D.A. *Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo [Doutorado em Enfermagem]*. Rio Grande (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande; 2011. [acesso em 20 de fevereiro 2021]. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2942/karina.pdf?sequence=1>,
20. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015. [internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

21. Massi G, Wosiacki FT, Guarinello AC, Lacerda ABM, Carvalho TP, Wanderbrooke AC, et al. Active aging: an intervention-research report. *Revista do Centro Especializado em Fonoaudiologia Clínica, Campinas-São Paulo* [internet]. 2018 [citado 2021 fev 10]; 20(1):5-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/1982-0216-rcefac-20-01-00005.pdf>
22. Mattos CMZ, Mota KMS, Gehlen MH, Grossi PK. Envelhecimento ativo: uma realidade distante para pessoas idosas em situação de rua. In: Terra NL, Moriguchi Y, Crippa A, Rocha JP, Flóres CC. *Temas de geriatria e gerontologia*. 2017, p. 87-106. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/33014/22758>.
23. Carleto DG, Santana CDS. Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. *Rev Kairós Gerontol* [internet]. 2017 [citado 2021 fev 10];20(1):73. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/31907/22128>.

DESAFIOS PARA O ALCANCE DAS METAS DE COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS NO BRASIL: UM CHAMADO À AÇÃO

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0002-0122-2727>

Elton Junio Sady Prates

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0002-5049-186X>

Mhayara Cardoso dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0001-9037-3676>

Fernanda Penido Matozinhos

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0003-1368-4248>

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0002-3323-5776>

Ed Wilson Rodrigues Vieira

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0001-8198-7270>

Tércia Moreira Ribeiro da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
<https://orcid.org/0000-0002-5261-2266>

RESUMO: Globalmente, o alcance das metas de cobertura vacinal constitui-se um desafio emergente para a saúde pública. O Brasil possui um dos principais programas de imunização do mundo, porém tem-se observado uma conjuntura adversa e, sobretudo, gargalos para a manutenção e ampliação desse importante programa no país. Com a redução das coberturas vacinais que já vinha ocorrendo nos últimos anos e considerando-se a pandemia de COVID-19, houve agravamento desse cenário em crianças e adolescentes. Nesse contexto, este capítulo objetivou discutir, à luz das evidências, os desafios para o alcance das metas de cobertura vacinal em crianças no Brasil. Desvelou-se desafios relacionados a interrupção dos serviços de saúde em função da pandemia de COVID-19, emergência de movimentos antivacinas, atuação da atenção básica, ressurgimento de doenças imunopreveníveis e, sobretudo, os impactos dos determinantes sociais nas coberturas vacinais. Em conclusão, a redução da cobertura vacinal no Brasil conclama a urgência em avançar na ampliação do acesso aos imunobiológicos, na redução das desigualdades e, sobretudo, a necessidade do fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações e dos investimentos públicos em ações de conscientização e enfrentamento da hesitação vacinal no país. Faz-se necessário o estabelecimento urgente de ações, programas de prevenção e promoção e políticas públicas, que visem deter e melhorar esse cenário de queda da cobertura vacinal em crianças no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de Imunização; Cobertura Vacinal; Criança; Saúde Pública; Brasil.

CHALLENGES IN ACHIEVING CHILDREN'S VACCINE COVERAGE GOALS IN BRAZIL: A CALL TO ACTION

ABSTRACT: Globally, achieving vaccine coverage goals is an emerging challenge for public health. Brazil has one of the main immunization programs in the world, but difficulties have been observed in maintaining and expanding this important program in the country. With the reduction in vaccination coverage that has been taking place in recent years and considering the COVID-19 pandemic, this scenario has worsened in children and adolescents. In this context, this chapter aimed to discuss, in light of the evidence, the challenges for achieving the goals of vaccination coverage in children in Brazil. Challenges were unveiled related to the interruption of health services due to the COVID-19 pandemic, the emergence of anti-vaccination movements, the role of primary care, the resurgence of unavoidable diseases and, above all, the impacts of social determinants on vaccine coverage. In conclusion, the reduction of vaccine coverage in Brazil calls for the urgency to advance in the expansion of access to immunobiologicals, in the reduction of inequalities and, above all, the need to strengthen the National Immunization Program and public investments in awareness-raising and combating actions. Vaccination hesitation in the country. It is urgently necessary to establish actions, prevention and promotion programs and public policies that aim to stop and improve this scenario of falling vaccination coverage in children in Brazil.

KEYWORDS: Immunization Programs; Vaccination Coverage; Child; Public Health; Brazil.

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, em seu objetivo 3 – Saúde e Bem-estar estabelece, como um dos objetivos prioritários, o acesso à vacinação, constituindo-se eixo estratégico para promover o desenvolvimento sustentável das nações e não deixar ninguém para trás (UN, 2015; WHO, 2020). No contexto da emergência e reemergência de doenças transmissíveis, promover ampliação do acesso às vacinas e, sobretudo, aumentar as coberturas de imunização torna-se fundamental para prevenir mortes evitáveis e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde e das nações (THE LANCET, 2021; GBD 2020, VACCINE COVERAGE COLLABORATORS, 2021; DANOVARO-HOLLIDAY; KRETSINGER; GACIC-DOBO, 2021).

Globalmente, a pandemia de COVID-19 tem resultado em redução acentuada das coberturas vacinais, em função da redução da oferta de serviços de saúde, medo de contaminação pela doença e, especialmente, pela sobrecarga dos sistemas de saúde (CAUSEY *et al.*, 2021). No Brasil, há evidências que mostram os impactos da pandemia de COVID-19 na redução nas coberturas vacinais entre as crianças e na população geral (SILVEIRA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021). Nesse contexto, a pandemia de COVID-19 somado as quedas das coberturas vacinais, que já haviam ocorrendo no Brasil nos últimos anos (ARROYO *et al.*, 2020; DOMINGUES *et al.*, 2020), podem acentuar ainda mais a grave crise sanitária, social e humanitária do país (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020; PASSOS *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou recentemente que a relutância ou recusa em vacinar como uma das dez maiores ameaças para a saúde global (CAMARGO

JR, 2020). Estima-se que, anualmente, as vacinas evitam cerca de 4 mortes por minutos no mundo – prevenindo dois a três milhões de óbitos, o que gera uma economia equivalente a R\$250 milhões por dia (OZAWA *et al.*, 2017). Consequentemente, a emergência de movimentos antivacinas e negacionista no contexto da pandemia de COVID-19 constituem uma ameaça global à saúde pública (CAMARGO JR, 2020).

Nesse sentido, discutir a temática e os desafios que permeiam a manutenção das coberturas vacinais no Brasil é extremamente oportuno e deve ser uma prioridade na agenda social, científica e políticas do país. O Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro é um dos mais completos programas de imunizações do mundo, reconhecido pelas estratégias coletivas e individuais que asseguraram elevadas coberturas vacinais para quase todos os imunobiológicos durante várias décadas, o que permitiu alcançar a redução progressiva das taxas de incidência e óbitos por doenças imunopreveníveis, como o sarampo, poliomielite e coqueluche (SATO, 2020; BRASIL, 2019; WHO, 2019; SATO, 2018). Contudo, a redução nacional das taxas de cobertura vacinal nos últimos anos sinaliza um problema para a imunidade coletiva e risco de ressurgimento de doenças até então controladas ou erradicadas (BUFFARINI; BARROS; SILVEIRA, 2020; CÉSARE *et al.*, 2020; PACHECO *et al.*, 2019). A tendência de redução na cobertura da vacina contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), poliomielite e tríplice viral no Brasil, no período entre 2006 e 2016, foi apontado por estudo que investigou variações espaciais e temporais de cobertura vacinal nos municípios brasileiros (ARROYO *et al.*, 2020). Muitos fatores, contextuais e individuais, colaboraram para a queda das coberturas vacinais, entre elas: precarização do Sistema Único de Saúde (SUS); implantação do novo sistema de informação em imunização (SI-PNI); aspectos sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação; introdução pelo PNI de diversas vacinas no calendário de rotina em um curto período; movimentos antivacinas e inconstância na disponibilidade de imunobiológicos nos serviços de Atenção Básica (AB) (VIEIRA *et al.*, 2020; YISMAW *et al.* 2019; SATO, 2018; FERREIRA *et al.*, 2018; TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016).

Estudo nacional que investigou áreas com queda da cobertura da vacina contra a BCG, poliomielite e tríplice viral no período de 2006-2016, apontou a formação de bolsões de indivíduos suscetíveis em determinados municípios brasileiros, sendo esta a única pesquisa nacional a identificar áreas com maior risco de transmissão de doenças infecciosas imunopreveníveis por meio da análise espacial (ARROYO *et al.*, 2020), que além de comprometerem a imunidade coletiva, aumentam o risco de circulação de doenças imunopreveníveis (ARROYO *et al.*, 2020; CÉSARE *et al.*, 2020). Por conseguinte, a OMS recomendou que os programas de imunizações identifiquem regularmente se existem bolsões de grupos com baixas coberturas vacinais no país e, caso existam, investiguem os fatores associados às baixas coberturas vacinais, sendo este monitoramento, eixo estratégico das boas práticas de gestão de programas de imunização (WHO, 2014).

Atualmente, os métodos de análise espacial têm apoiado vários estudos

epidemiológicos para a identificação de áreas com maior risco de transmissão de doenças infecciosas como HIV, sífilis, tuberculose, hepatite (HBV) e hanseníase, a fim de orientar estratégias adequadas de controle e vigilância de doenças infecciosas no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2019; PAIVA; PEDROSA; GALVÃO, 2019; NERY *et al.*, 2019; VIVALDINI *et al.*, 2019). A análise espacial do padrão de distribuição do HBV no Brasil, por exemplo, revelou áreas com concentração de casos no Norte do país, apontando as históricas desigualdades regionais na distribuição de agravos e condições de saúde e a necessidade urgente de ações de imunização, diagnóstico e tratamento da hepatite B nesta macrorregião (VIVALDINI *et al.*, 2019). Além de identificar áreas com maior transmissão de doenças infecciosas, a análise espacial também tem sido adotada em estudos atuais que analisam tanto a distribuição quanto a dependência espacial das doenças crônicas no Brasil (ALVES, 2013; MARCOS, 2016). Contudo, no Brasil, ainda predominam estudos que utilizam a análise espacial para apoiar a vigilância de condições crônicas e doenças infecciosas no Brasil, sendo identificado, até o momento, apenas um estudo nacional analisando a distribuição de grupos populacionais com baixas coberturas vacinais (ARROYO *et al.*, 2020).

Um dos poucos estudos brasileiros, que empregou análises espaciais, analisou o número de doses da vacina contra Sarampo-Caxumba-Rubeola (MMR) aplicadas antes e durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. O referido estudo identificou uma redução no número dessas doses aplicadas nas Regiões Norte, Nordeste e Sul, durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, e isso como possível efeito das medidas restritivas necessárias neste contexto (SILVA *et al.*, 2021). Esses achados mostram a importância do monitoramento da cobertura vacinal no país. Além de identificar a distribuição espacial das áreas com baixas coberturas vacinais, destaca-se a importância de investigar a dependência espacial destes bolsões com os determinantes sociais da saúde (DSS). De acordo com o modelo de determinação social de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), fatores como estilo de vida, sexo e idade, redes sociais e comunitárias, condições socioeconômicas, culturais e ambientais influenciam a saúde e condições de vida das populações (MELO; COSTA; DEL CORSO; 2020). Em consonância com este modelo de DSS, vários estudos apontam que a situação vacinal de crianças e adolescentes é influenciada por características individuais, familiares e do contexto onde vivem (ARAÚJO VERAS *et al.*, 2020; BUFFARINI; BARROS; SILVEIRA, 2020; YISMAW *et al.*, 2019; TUR-SINAI *et al.*, 2019; ADEDOKUN *et al.*, 2017; TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016). Quanto aos fatores sociais, individuais e familiares, destacam-se aqueles associados com os movimentos antivacinas (BUFFARINI; BARROS; SILVEIRA, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020; HOTEZ; NUZHATH; COLWELL, 2020; HUSSAIN *et al.*, 2018; SATO, 2018). Estudos com famílias com elevado nível socioeconômico apontaram que a adesão aos movimentos antivacinas, medo dos eventos adversos pós-vacinais (EAPV) e informações ou desinformações veiculadas na Internet, são motivos para a inadequada situação vacinal dos filhos (BUFFARINI; BARROS; SILVEIRA, 2020;

SILVEIRA *et al.*, 2020; HOTEZ; NUZHATH; COLWELL, 2020; HUSSAIN *et al.*, 2018; SATO, 2018).

Além da população infantil, estudos com adolescentes e adultos apontam que características familiares e socioeconômicas como: família de imigrantes, falta de água encanada e ou banheiro no domicílio, baixa escolaridade do chefe do domicílio, moradia em regiões com piores condições socioeconômicas, também são fatores de risco para a inadequada situação vacinal e revelam que famílias em situação de vulnerabilidade social são mais susceptíveis ao não seguimento do calendário vacinal, comprometendo a imunidade coletiva (BUFFARINI; BARROS; SILVEIRA, 2020; TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016). Paradoxalmente, estudos internacionais e nacionais conduzidos em capitais ou municípios majoritariamente urbanos apontam que crianças de famílias com alta renda familiar também têm chances aumentadas de não estarem com a situação vacinal em dia. (TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016; BARATA *et al.*, 2012; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011). Contudo, são necessários estudos que investiguem se estes resultados também serão encontrados em áreas remotas e zonas rurais dos municípios brasileiros (SATO, 2015). Considerando as desigualdades socioeconômicas os municípios brasileiros, os fatores que influenciam a situação vacinal podem diferir de um município para o outro, fazendo-se necessária a adoção de métodos espaciais para a análise da correlação espacial dos fatores que influenciam as coberturas vacinais em cada um deles.

Alguns estudos investigaram a correlação da situação vacinal de crianças e adolescentes com os determinantes de saúde, ambientais, geográficos e socioeconômicos utilizando, para isso, indicadores sociais e de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2016; TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016). Entre os indicadores sociais e de saúde utilizados por esses estudos, destaca-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que associa dados econômicos do produto interno bruto *per capita* com dados relacionados à educação e esperança média de vida, sendo os valores de IDH variando de 0 a 1 (UNDP, 2020). Estudo que revisou os fatores que influenciam a adesão à imunização em diferentes países, principalmente em relação às condições socioeconômicas, apontou que o nascimento em ambiente extra-hospitalar, a ausência de lembrete da próxima consulta de acompanhamento da criança e as mães que trabalham fora, relacionaram a inadequada situação vacinal de crianças com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e médio (ADEDOKUN *et al.*, 2017; FIGUEIREDO *et al.*, 2016). Em países com IDH alto, a etnia e a ausência de seguro saúde foram citadas como fatores de risco para situação vacinal inadequada (FIGUEIREDO *et al.*, 2016; TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016). No Brasil, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal brasileiro (IDHM) considera as mesmas dimensões do IDH Global, como longevidade, educação e renda, gerando um indicador municipal de desenvolvimento humano (UNDP, 2020). Considerando os resultados de estudos internacionais que apontaram a correlação dos indicadores de desenvolvimento humano com as coberturas vacinais, faz-se necessária a investigação da dependência espacial do

IDHM com as coberturas vacinais dos municípios brasileiros. Contudo, até o momento, não foram identificados estudos nacionais que investigassem a correlação espacial do IDHM com as baixas coberturas vacinais. Segundo informações do Atlas do Desenvolvimento Humano, em breve, estarão disponíveis no mesmo site, indicadores socioeconômicos dos bairros de 20 regiões metropolitanas brasileiras. (UNDP, 2020) A disponibilidade deste dado ampliará as possibilidades de investigação e compreensão dos fatores que estão envolvidos com os piores indicadores de cobertura vacinal de um grupo populacional.

No Brasil, vale destacar, a oferta nacional gratuita da imunização é feita por meio dos serviços de Atenção Básica (AB) e a precarização progressiva destes serviços podem influenciar a situação vacinal de grupos populacionais que estão no território de abrangência destes serviços (VIEIRA *et al.*, 2020). O aumento do número de postos e centros de saúde nos últimos 30 anos, acompanhado do aumento da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família e equipes de AB, ampliou o acesso da população aos serviços, mas ainda perduram as desigualdades regionais da estrutura dos serviços de saúde. (VIACAVA *et al.*, 2018; SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016; NEVES, MONTENEGRO E BITTENCOURT, 2014). Neste sentido, é necessário investigar como estas desigualdades regionais na estrutura dos serviços de AB impactam nas coberturas vacinais e se existe dependência espacial entres os municípios que apresentam problemas estruturais com as piores coberturas vacinais. A estrutura inadequada e a falta de insumos e imunobiológicos em serviços de imunização também oferecem barreiras à vacinação e, conseqüentemente, favorecem a formação de bolsões de indivíduos suscetíveis, contribuindo para a queda na cobertura vacinal em determinado município ou região (VIEIRA *et al.*, 2020).

Estudo nacional com dados do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontou que a ausência de equipamento de refrigeração exclusivo para a conservação de imunobiológicos, caixas térmicas, e estrutura inadequada da sala de vacinação, influenciam a disponibilidade da vacina tríplice viral em serviços de AB de todas as regiões do Brasil, com destaque para a região Norte. (VIEIRA *et al.*, 2020). A falta da vacina, mesmo que por curto período de tempo, incorre em oportunidade perdida de vacinação e pode comprometer o alcance das metas de cobertura vacinal, aumentando o contingente de indivíduos suscetíveis em determinadas áreas (VIEIRA *et al.*, 2020). Entre 2015 e outubro de 2018, o Brasil apresentou importante queda da cobertura da vacina tríplice viral, passando de 96,1 para 86,7% e, somente após campanha nacional de vacinação, em setembro de 2018, ultrapassou a meta de 95,0% (VIEIRA *et al.*, 2020). Esses baixos indicadores de cobertura vacinal somados a casos de sarampo importados da Venezuela deflagraram epidemia da doença que atingiu vários estados brasileiros, principalmente da região Norte (RODRÍGUEZ-MORALES *et al.*, 2019). Considerando que problemas estruturais dos serviços de AB podem implicar em falta da vacina, incorrendo em oportunidade perdida de vacinação e formação de contingente de indivíduos suscetíveis em determinadas áreas, são necessários estudos que investiguem a

correlação espacial dos serviços precários de AB com baixas coberturas vacinais.

Além destes recursos essenciais às atividades de vacinação, é necessário investigar se as unidades de saúde que oferecem a vacinação possuem computadores e acesso à internet, uma vez que o registro das doses de vacinas administradas no Brasil é feito no atual sistema informatizado do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) (SATO, 2015; SATO, 2018). O SI-PNI representa um avanço na gestão de dados de cobertura vacinal no Brasil e acompanha a tendência dos países da América Latina (DANOVARO-HOLLIDAY *et al.*, 2019). O registro das doses de vacinas no atual sistema é feito nominalmente, por indivíduo vacinado em substituição ao sistema anterior, no qual o registro era agregado por municípios ou localidades, permitindo o monitoramento preciso dos indicadores de cobertura vacinal (DANOVARO-HOLLIDAY *et al.*, 2019). O registro nominal favorece a identificação e busca dos indivíduos faltosos, permite o agendamento de doses de vacinas, monitoramento das coberturas vacinais por bairro, centro de saúde ou região de saúde, reimpressão de cartões de vacinação com as doses aplicadas anteriormente (DANOVARO-HOLLIDAY *et al.*, 2019; TAUIL *et al.*, 2017; SATO, 2015). A implantação do SI-PNI, iniciada em outubro de 2012, a partir da Portaria número 2.363, de 18 de outubro de 2012 do Ministério da Saúde, ainda não está 100% disponível nos serviços de saúde da AB brasileiros, especialmente nas regiões remotas e interioranas (SATO, 2015; SATO, 2018). Ademais, a ausência de computadores conectados à internet nas unidades de saúde que oferecem a vacinação configura barreira ao registro das doses administradas, impede a identificação e busca dos faltosos e monitoramento da cobertura vacinal. Estudo que analisou condições de produção e registro das informações geradas nos serviços de AB de saúde a partir de dados do ciclo I do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificou diferenças regionais na estrutura de informática e acesso à internet (NEVES; MONTENEGRO; BITENCOURT, 2014). Quanto à disponibilidade de computadores, os melhores resultados foram observados nos municípios de grande porte do Centro-Oeste (87,5%), seguidos pelos do Sul/Sudeste (84,7%), reforçando as diferenças regionais na estrutura dos serviços de AB brasileiros e que podem impactar nas coberturas vacinais. Em outro estudo, ficou evidente a precariedade na estrutura dos serviços de AB nas regiões Norte e Nordeste quando comparadas as demais regiões brasileiras (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016). Além das diferenças regionais, municípios com piores indicadores de desenvolvimento humano apresentavam serviços de AB mais precárias quando comparadas aos municípios com melhores indicadores de desenvolvimento humano (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

Ressalta-se que o local de residência da família também influencia a situação vacinal comprometendo o alcance das metas de cobertura. Regiões remotas e áreas rurais são comumente desprovidas de serviços de imunização ou, quando estes estão presentes, muitas vezes encontram-se em condições precárias que comprometem a oferta constante da vacinação (DEBBIE *et al.*, 2020; YISMAW *et al.*, 2019; ADEDOKUN *et al.*, 2017). Estudos

realizados na Etiópia, Irlanda, Estados Unidos da América e Coréia do Sul apontaram que crianças das áreas urbanas tinham maiores chances de apresentarem situação vacinal adequada quando comparadas às crianças residentes em áreas rurais (DEBBIE *et al.*, 2020; YISMAW *et al.*, 2019; ADEDOKUN *et al.*; JESSOP *et al.*, 2010; CROSBY *et al.*, 2011; KIM LEE, 2011). O tempo necessário e os meios de transporte disponíveis para chegar à unidade de saúde mais próxima também tiveram associação estatisticamente significativa com a vacinação incompleta de crianças de 12 a 23 meses da Ethiopia (YISMAW *et al.*, 2019). No Brasil, além da existência de áreas rurais e remotas, tem-se desigualdades regionais e municipais de cobertura vacinal, presença bolsões de baixa cobertura intramunicípio, e diferenças de cobertura vacinal entre municípios e capitais (ARROYO *et al.*, 2020; CÉSARE *et al.*, 2020; BARATA *et al.*, 2012; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Embora essas desigualdades regionais e municipais de cobertura vacinal sejam históricas e marcantes, contribuindo para a formação de bolsões de indivíduos susceptíveis, estudos nacionais limitaram-se a investigar fatores individuais e do contexto familiar associados às baixas coberturas vacinais em um município ou região (BUFARINI; BARROS; SILVEIRA *et al.*, 2020a; SILVEIRA *et al.*, 2020b; TAUIL *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2018; BARATA *et al.*, 2012; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; ARAÚJO VERAS *et al.*, 2020). Até o momento, apenas um estudo nacional investigou os fatores estruturais dos serviços que impactam na disponibilidade de imunobiológicos, contudo, neste estudo não foi investigada correlação dos problemas estruturais dos serviços com a formação de bolsões com baixas coberturas vacinais (VIEIRA *et al.*, 2020). As desigualdades regionais, municipais, determinantes sociais em saúde e precariedade das estruturas dos serviços que oferecem a vacinação de forma regular podem atuar de forma sinérgica, influenciando a tendência temporal de redução da cobertura das vacinas administradas na infância, conforme identificado por estudo que analisou cobertura vacinal de imunobiológicos administrados na infância em municípios e regiões brasileiras, no período de 2006 a 2016 (ARROYO *et al.*, 2020). A investigação da tendência temporal da cobertura vacinal para diferentes imunobiológicos e faixas etárias são imprescindíveis para definição de estratégias e políticas para melhoria das coberturas vacinais, contudo, ainda são escassas no Brasil publicações que investiguem esta tendência considerando todos os imunobiológicos indicados pelo PNI para todos os ciclos de vida além da infância.

Se por um lado, as evidências abordam a importância da imunização para a prevenção de doenças, alcance da equidade e melhoria de indicadores de imunização, por outro tem-se evidências da redução das coberturas vacinais no Brasil (ARROYO *et al.*, 2020). Por isso, monitorar o cenário brasileiro ante ao contexto de pandemia de COVID-19, é imperativo e poderá contribuir para o direcionamento de ações, estratégias e políticas públicas. Com as quedas das coberturas vacinais já comprometida nos últimos anos e considerando-se a pandemia de 2019, torna-se urgente políticas de promoção e prevenção

da saúde e planejamentos de contingência municipais relacionados aos serviços de atenção primária a saúde, que sejam capazes de promover a melhoria da cobertura vacinal de crianças (UNICEF, 2020). Ademais, fica nítido a necessidade mais produções científica sobre essa temática como subsídios para o monitoramento desse cenário, diagnóstico populacional de cobertura vacinal no país e priorização de áreas de maior vulnerabilidade.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Nupesv - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Vacinação - pelo apoio na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ADEDOKUN, S. T. *et al.* Incomplete childhood immunization in Nigeria: a multilevel analysis of individual and contextual factors. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 236, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28270125/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ALVES, D. S. B. **Análise espacial da mortalidade de idosos por doenças crônicas no município do Rio de Janeiro**. 2013. 111 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Davi%20da%20Silveira%20Barroso%20Alves.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ARAÚJO VERAS, A. A. C. *et al.* Vaccine uptake and associated factors in an irregular urban settlement in northeastern Brazil: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1152, 2020. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-09247-7.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00015619, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cspa/qw4q8qKlKvC4fDJ5S3BrDkJ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BARATA, R. B. *et al.* Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. **J Epidemiol Community Health**, v. 66, n. 10, p. 934-941, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22268129/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação do Sarampo no Brasil – 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>>. Acesso em 20 de agosto de 2020. Acesso em: 05 ago. 2021.

BUFFARINI, R.; BARROS, F. C.; SILVEIRA, M. F. Vaccine coverage within the first year of life and associated factors with incomplete immunization in a Brazilian birth cohort. **Arch Public Health**, v. 78, n. 21, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292586/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

CAMARGO JR, K. R. Here we go again: the reemergence of anti-vaccine activism on the Internet. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, supl. 2, e00037620, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32876099/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

CAUSEY, K. *et al.* Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. **Lancet** v. 398, n. 10299, p. 522-534, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273292/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

CÉSARE, N. *et al.* Longitudinal profiling of the vaccination coverage in Brazil reveals a recent change in the patterns hallmarked by differential reduction across regions. **Int J Infect Dis**, v. 98, p. 275-280, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32619762/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

CROSBY, R.A. *et al.* Vacinação gratuita contra o HPV entre mulheres jovens: uma comparação entre as taxas rurais e urbanas. **J Rural Health**, v.27, p.380 -384, 2011. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00354.x>>. Acesso em: 05 ago. 2021

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

DANOVARO-HOLLIDAY, M. C.; KRETSINGER, K.; GACIC-DOBO, M. Measuring and ensuring routine childhood vaccination coverage. **Lancet**, v. 398, n. 10299, p. 468-469, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273296/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

DANOVARO-HOLLIDAY, M. C. *et al.* Assessing electronic immunization registries: the Pan American Health Organization experience. **Rev Panam alud Publica**. v.43, e28, 2019. Disponível em<<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.28>>. Acesso em: 05 ago. 2021

DEBBIE *et al.* Complete vaccination service utilization inequalities among children aged 12–23 months in Ethiopia: a multivariate decomposition analyses. **International Journal for Equity in Health**, v.19, n. 65, 2020. Disponível em<<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01166-8>>. Acesso em: 05 ago. 2021

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, supl. 2, e00222919, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33111749/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

FERREIRA, V. L. R. *et al.* Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00184317, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30208182/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

FIGUEIREDO, A. *et al.* Forecasted trends in vaccination coverage and correlations with socioeconomic factors: a global time-series analysis over 30 years. **Lancet Glob Health**, v. 4, n. 10, e726-e735, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27569362/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Estudo qualitativo sobre os fatores econômicos, sociais, culturais e da política de saúde relacionados à redução das coberturas vacinais de rotina em crianças menores de cinco anos**. Sumário Executivo. Brasília: UNICEF, 2020. Disponível em: < <https://www.unicef.org/brazil/media/11001/file/estudo-fatores-relacionados-reducao-coberturas-vaciniais-de-rotina-em-criancas-menores-5-anos.pdf>> Acesso em: 05 ago. 2021.

GBD 2020, RELEASE 1, VACCINE COVERAGE COLLABORATORS. Measuring routine childhood vaccination coverage in 204 countries and territories, 1980-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020, Release 1. **Lancet**, v. 398, n. 10299, p. 503-521, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273291/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

HOTEZ, P. J.; NUZHATH, T.; COLWELL, B. Combating vaccine hesitancy and other 21st century social determinants in the global fight against measles. **Curr Opin Virol**, v. 41, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113136/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

HUSSAIN, A. *et al.* The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. **Cureus**, v. 10, n. 7, e2919, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30186724/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

JESSOP, L.J. *et al.* Lifeways Cohort Study Steering Group. Determinantes de imunizações parciais ou não primárias. **ArchDisChild**, v.95, p. 603-605, 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.161810>>. Acesso em: 05 ago. 2021

KIM, E. Y.; LEE, M.S. Fatores relacionados à imunização apropriada à idade entre crianças de áreas urbanas e rurais de 24 a 35 meses em uma pesquisa de base populacional de 2005 em Nonsan, **Coréia. Yonsei Med J**, v.52, n. 104, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2011.52.1.104>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. COVID-19 pandemic: a health and humanitarian crisis. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 7, e00177020, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725086/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

LIMA, S. V. M. A. *et al.* Spatial and temporal analysis of tuberculosis in an area of social inequality in Northeast Brazil. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 873, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272437/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R.; WALDMAN, E. A. Vaccination coverage among children under two years of age based on electronic immunization registry in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90-98, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21152707/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

MARCOS, R. V. **Doença Renal Crônica no Município de São Bernardo do Campo/SP: Análise Espacial Preliminar**. 2016. 84 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde/CRH/SES-SP, São Paulo. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008036>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

MELO, F. C. C.; COSTA, R. F. R.; DEL CORSO, J. M. A conceptual model for studies on social determinants of health in Brazilian municipalities. **Saúde Soc.**, v. 29, n. 2, e181094, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mqHNM8GKgpKVshZMHQSVxtx/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

NERY, J. S. *et al.* Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. **The Lancet Glob Health**, v. 7, n. 9, p. 1226-1236, 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30260-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30260-8/fulltext)>. Acesso em: 05 ago. 2021.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zQPpyYdWGCjZ68DdV9WkXGRg/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 05 ago. 2021.

OLIVEIRA, V. D. S. *et al.* Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, e75, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425818/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

OZAWA, S. *et al.* Estimated economic impact of vaccinations in 73 low- and middle-income countries, 2001-2020. **Bull World Health Organ**, v. 95, n. 9, p. 629-638, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5578376/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

PACHECO, F. C. *et al.* Trends and spatial distribution of MMR vaccine coverage in Brazil during 2007-2017. **Vaccine**, v. 37, n. 20, p. 2651-2655, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987853/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

PAIVA, S. S.; PEDROSA, N. L.; GALVÃO, M. T. G. Spatial analysis of AIDS and the social determinants of health. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 22, e190032, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31038613/>> Acesso em: 05 ago. 2021.

PASSOS, V. M. A. *et al.* Higher mortality during the COVID-19 pandemic in socially vulnerable areas in Belo Horizonte: implications for vaccine prioritization. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, p. e210025, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231827/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

RODRÍGUEZ-MORALES, A.J. *et al.* In the eye of the storm: Infectious disease challenges for border countries receiving Venezuelan migrants. **TravelMedInfectDis**, v.30, p.4-6, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477893919300961?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SATO, A. P. S. National Immunization Program: Computerized System as a tool for new challenges. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, p. 1-5, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26176746/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SATO, A. P. S. *et al.* Use of electronic immunization registry in the surveillance of adverse events following immunization. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29412373/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SATO, A. P. S. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 115, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175029/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, T. M. R. *et al.* Number of Doses of Measles-Mumps-Rubeola Vaccine Applied in Brazil Before and During The COVID-19 Pandemic. **Preprint**, 2021. Disponível em: <<https://www.researchsquare.com/article/rs-712618/v1>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Missed childhood immunizations during the COVID-19 pandemic in Brazil: Analyses of routine statistics and of a national household survey. **Vaccine**, v. 39, n. 25, p. 3404-3409, 2021a. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33941406/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVEIRA, M. F. *et al.* The emergence of vaccine hesitancy among upper-class Brazilians: Results from four birth cohorts, 1982-2015. **Vaccine**, v. 38, n. 3, p. 482-488, 2020b. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31718899/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SOARES NETO, J; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2709-2718, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/PSNtgPyzbvDDBCvmFYDgm9P/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 05 ago. 2021.

TAUIL, M. C.; SATO, A. P. S.; WALDMAN, E. A. Factors associated with incomplete or delayed vaccination across countries: A systematic review. **Vaccine**, v. 34, n. 24, p. 2635-2643, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27109562/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

TAUIL, M. C. *et al.*, Vaccination coverage according to doses received and timely administered based on an electronic immunization registry, Araraquara-SP, Brazil, 2012-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**,v.26, n.4, p.835-846, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ress/a/mBC7bbJPHpDDv55cFRbsKB/?lang=en>> Acesso em: 05 ago. 2021.

THE LANCET. 2021: the beginning of a new era of immunisations? **Lancet**, v. 397, n. 10284, p. 1519, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8062086/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

TUR-SINAI, A. *et al.* Vaccination uptake and income inequalities within a mass vaccination campaign. **Isr J Health Policy Res**, v. 8, n. 1, p. 63, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307532/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2020 - Overview**. The next frontier. Human development and the Anthropocene. Nova Iorque: UNDP, 2020. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Nova Iorque: UN, 2015. Disponível em: <<https://sdgs.un.org/2030agenda>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

VIEIRA, E. W. *et al.* Structure and location of vaccination services influence the availability of the triple viral in Brazil. **Rev Min Enferm**, v. 24, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/en_e1325.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 6, p.1751-1762, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLfB4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

VIVALDINI, S. M. *et al.* Exploratory spatial analysis of HBV cases in Brazil between 2005 and 2017. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, supl. 1, e190007, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31576983/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-who_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf?sfvrsn=5389656e_66&download=true>. Acesso em: 05 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Vaccine Action Plan 2011-2020: review and lessons learned**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/the-global-vaccine-action-plan-2011-2020-review-and-lessons-learned-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/137094>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

YISMAW, A. E. *et al.* Incomplete childhood vaccination and associated factors among children aged 12-23 months in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia 2018. **BMC Res Notes**, v. 12, n. 1, p. 241, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31036071/>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE: O LIVRO PARADIDÁTICO COMO PROPOSTA PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Audricléa Viana Frota

Universidade Federal do Amazonas
Enfermeira do Hospital Universitário Getúlio
Vargas – HUGV

Maria da Conceição Silva e Souza

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde -
SEMSA

Danielle Barreto de Almeida

Professora da Secretaria Estadual de
Educação - SEDUC

Priscila Danzi da Costa Silva

Enfermeira. Pós graduada em UTI e
Nefrologista

RESUMO: Os acidentes infantis constituem problema de saúde pública no Brasil devido o aumento de ocorrência no meio infantil, elevando a taxa de morbimortalidade em crianças. Nesta visão, evidencia-se a necessidade de novos modelos educativos que possibilitem abordagens e atividades que promovam a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura Narrativa, com a finalidade de analisar a temática sobre construção de livros paradidáticos. Após leitura foram agrupados por descritores, dos 81 artigos, apenas 30 foram selecionados, além de 1 dissertação, 1 tese, 04 Atlas da violência para descritor prevenção de acidentes na

infância. Para o descritor livros paradidáticos foram encontrados 17 artigos, apenas 08 foram selecionados e 01 dissertação. Diante dos dados obtidos foi feito o primeiro protótipo do livro com tema sobre prevenção de acidentes na infância com elaboração de história e atividades a serem desenvolvidas a partir de textos alternativos, com ilustração para proporcionar aos alunos a vivência, interações e práticas discursivas, no âmbito escolar e conseqüentemente a redução das injúrias e sequelas importantes. E por conseguinte diminuição de acidentes, influenciando na qualidade de vida dessa população com comportamentos seguros e saudáveis. A partir dessa perspectiva, o livro paradidático elaborado, pode ser uma ferramenta de vital importância para a disseminação de atitudes preventivas de conhecimentos possibilitando na construção de pontes educativas na promoção da saúde envolvendo a escola e a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção, Acidentes na infância, Livros paradidáticos.

THE EDUCATIONAL BOOK AS A PROPOSAL FOR THE PREVENTION OF CHILDHOOD ACCIDENTS

ABSTRACT: The Childhood accidents are a public health problem in Brazil due to the increased occurrence in children, increasing the morbidity and mortality rate in children. In this view, the need for new educational models that enable approaches and activities that promote disease prevention and health promotion is evidenced. It is an Integrative Review of Narrative Literature, with the purpose of analyzing the

theme of construction of educational books. After reading, they were grouped by descriptors, of the 81 articles, only 30 were selected, in addition to 1 dissertation, 1 thesis, 04 Atlas of violence for descriptor prevention of accidents in childhood. For the descriptor textbooks, 17 articles were found, only 08 were selected and 01 dissertation. Based on the data obtained, the first prototype of the book was made with the theme of preventing accidents in childhood with the elaboration of a history and activities to be developed from alternative texts, with illustration to provide students with experience, interactions and discursive practices, within the scope education and, consequently, the reduction of injuries and important sequelae. And therefore a decrease in accidents, influencing the quality of life of this population with safe and healthy behaviors. From this perspective, the developed textbook can be a vitally important tool for the dissemination of preventive attitudes of knowledge, enabling the construction of educational bridges in health promotion involving the school, and the community.

KEYWORDS: Prevention, Accidents in childhood, Educational books.

INTRODUÇÃO

Os acidentes na infância representam uma das causas de incapacidade e de morte no Brasil. Estimativas mostram que mais de 5 mil crianças de 1 a 14 anos morrem e cerca de 137 mil são hospitalizadas anualmente, segundo dados do Ministério de Saúde, configurando-se como uma séria questão da saúde pública. O interesse em elaborar um livro paradidático para o ensino fundamental sobre a prevenção de acidentes na infância ocorreu pela constatação da necessidade de melhorar a qualidade e quantidade de temas e ainda, estabelecer conteúdos preventivos de maior ocorrência durante o crescimento e desenvolvimento da criança, complementando assim o conteúdo abordado pelos livros didáticos.

Durante a análise dos conteúdos de ciências nos livros didáticos do ensino fundamental sobre a prevenção de acidentes na infância e adolescência nas Escolas Estaduais na cidade de Manaus, constatou-se que os livros didáticos de ciências apresentavam conteúdos mínimos e as contribuições preventivas de acidentes não estavam ligadas a faixa etária, daí a importância de melhorar a qualidade e quantidade do tema abordado. É mister estabelecer conteúdos preventivos mínimos de acidentes e de maior ocorrência durante o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, que devem ser obrigatório nos Parâmetros Curriculares Nacionais e nas propostas pedagógicas curricular de ciências do ensino fundamental. Destaca-se que a abordagem nestes livros é relativamente baixa se considerada a posição das causas externas e a morbimortalidade nesta faixa etária.

O livro paradidático tem um papel fundamental nas escolas e para as crianças, podendo ser ele o veículo norteador das formas preventivas para a saúde, já que possibilita abordar conteúdos educativos e atividades que promovam a conscientização e discussões sobre os acidentes na infância. Neste cenário, elaborar um livro paradidático com

estratégias e conteúdos preventivos sobre acidentes na infância, a partir de uma revisão na base de dados on-line, com a finalidade de contribuir com o processo de construção do conhecimento para que o tema esteja mais presente nas escolas, vislumbrando mudanças de comportamento para alunos do Ensino Fundamental, diminuindo assim a alta morbimortalidade produzida pelos mesmos.

O livro paradidático tem a proposta de abordar temas sobre a prevenção de acidentes na infância que possam nesse contexto oportuno fornecer subsídios para a implementação de novas práticas pedagógicas, a partir de histórias alternativas, cuja a intenção também é abrir portas acerca do tema prevenção de acidentes na infância, além de mostrar aos alunos, a importância da leitura, o conhecimento do seu mundo, melhorando também a promoção da saúde. A importância dessa questão para a sociedade está na diminuição do número de acidentes para esta população e conseqüentemente na reflexão sobre prevenção de acidentes como um fator prevenível e previsível, pois na circunstancia de um acidente é frequente pensar-se em casualidade e imprevisibilidade como suas causas. Esta situação é verificável em toda a sociedade, inclusive nos meios de comunicação. A escola é o local próprio para o desenvolvimento de ações educativas sobre a prevenção dos acidentes domésticos infantis; tratar a promoção da saúde no âmbito escolar significa inserir no processo pedagógico a abordagem de temas relevantes para o cotidiano dos alunos. A prevenção é uma das formas de evitar o sofrimento e o alto custo hospitalar produzido e causado pelos acidentes. Torna-se fundamental o envolvimento dos pais, de profissionais da saúde e da educação, setores responsáveis pelo trânsito, autoridades dos níveis Federal, Estadual e Municipal se aliarem na luta contra os acidentes de um modo em geral.

A partir dessa perspectiva, verifica-se que a prevenção pode e deve ser objeto das políticas públicas na área da saúde e da educação nas escolas. Este é o lugar ideal para o desenvolvimento de aprendizagens, fixação de conceitos e estabelecimento de discussões com vistas a enriquecer os conhecimentos de professores e alunos. Enriquecer o conhecimento na escola implica em atingir a família, unidade fundamental da sociedade. Desta forma fecha-se o círculo: conhecimentos sobre prevenção, conscientização da sociedade, redução do número e gravidade dos acidentes causados por agentes externos, redução das taxas de incidência dos acidentes. A inexistência de ações interdisciplinares nas unidades de saúde e escolas voltado para este grupo com ênfase na prevenção de acidentes a nível de saúde pública traz a necessidade de se procurar uma forma de atingir esta comunidade, frequentemente prejudicada pela deficiência de informações voltadas para esta realidade. Acredita-se que informações nos livros paradidáticos sobre prevenção de acidentes e sua utilização na sala de aula resulta em contribuições importantes, e quando oferecida e discutida entre crianças dentro da sala de aula, pode oferecer no sentido de obter uma mudança de mentalidade dos diversos agentes sociais passando a considerar a prevenção possível e eficaz, substituindo a ideia casual e imprevisível por

causas perfeitamente previsíveis e facilmente evitáveis.

MÉTODO

Esta pesquisa foi elaborada através de estudo descritivo, retrospectivo e analítico, a fim de analisar a temática de trabalhos científicos sobre livros paradidáticos e prevenção de acidentes na infância. Buscou-se na base de dados dissertações, teses, listas da Capes (www.periodicos.capes.gov.br), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e técnica da América Latina e Caribe (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Ministério da Saúde e revistas nacionais de saúde e da educação e ensino de ciências. Trata-se de uma pesquisa com uma proposta de construção de um livro paradidático para o ensino sobre a importância da abordagem de conteúdos sobre os acidentes na infância.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi em três etapas, sendo a primeira caracterizada pela seleção de artigos e agrupados em categorias de conteúdos relacionados na construção de um livro paradidático com temas sobre prevenção de acidentes na infância.

A segunda etapa da pesquisa foi realizada por meio dos descritores nas bases de dados supracitados procedendo assim com análise crítica da produção de material que contemple aspectos relacionados aos conteúdos inerentes com as produções sobre o objeto de estudo, com intuito de proporcionar aos alunos a vivência, interações e práticas discursivas.

A terceira etapa da pesquisa foi a elaboração de histórias e atividades a serem desenvolvidas a partir de textos alternativos, com ilustração e gravuras, vivenciados através de casos reais vislumbrados nas atividades de uma enfermeira atuante em urgência e emergência.

O material foi produzido considerando os seguintes aspectos:

- (1) Criação da história que será o fio condutor das ações a serem desenvolvidas
- (2) Criação de personagens;
- (3) Escolha dos conteúdos abordados;
- (4) Desenho das ilustrações e gravuras;
- (5) Elaboração do texto.

Os livros paradidáticos são a complementação do livro didático, onde se constroem informações objetivas que auxiliam na busca de novos conhecimentos, significados e informações. Além de contribuir na valorização social e no resgate dos valores sociais.

RESULTADOS

A literatura infantil é uma forte aliada do professor na formação do público leitor, através da construção do gosto pela leitura. Os trabalhos com livros de histórias podem

se tornar momentos de grande prazer para os alunos, levando-os a estabelecer conexões afetivas com os livros (PORTAL DO PROFESSOR, 2010).

Após a análise dos conteúdos de ciências nos livros didáticos do ensino fundamental sobre a prevenção de acidentes na infância e adolescência nas Escolas Estaduais na cidade de Manaus, percebi a oportunidade de elaborar um livro paradidático que apresentasse uma história infantil para crianças pertinente a sua faixa etária, com orientações e estratégias para pais, professores, alunos e escola.



Ficha técnica

COORDENAÇÃO GERAL
Audricléa Viana Frota

COORDENAÇÃO DO PROJETO GRÁFICO
Profa. Dra. Karla Mazarelo Maciel Pacheco

TEXTO
Audricléa Viana Frota

REVISÃO
Giovanne Salan de Araújo
Mylena Micaela de Brito

PROJETO GRÁFICO
Giovanne Salan de Araújo
Mylena Micaela de Brito

ILUSTRAÇÕES
Diego Souza da Silva

COLABORAÇÃO
Laboratório de Produção Gráfica - LABGRÁFIC/UFAM
Departamento de Design & Expressão Gráfica - DEG/UFAM

APOIO
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV

Apresentação

O livro *Brincadeiras de Criança: atenção e cuidado* retrata a história de um menino de sete anos chamado André que durante uma brincadeira se acidenta e vai para um hospital.

Os acidentes na infância representam uma das causas de incapacidade e de morte no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, configura-se como uma séria questão de saúde pública. A justificativa pessoal deste livro paradidático baseia-se no fato da autora trabalhar em um Pronto Socorro Infantil onde é possível constatar a dimensão do problema. A importância dessa questão consiste na diminuição do número de acidentes para esta população e consequentemente a reflexão sobre prevenção de acidentes como um fator prevenível e previsível.

O livro paradidático tem um papel fundamental nas escolas e pode ser o veículo norteador das formas preventivas possibilitando abordar conteúdos educativos e atividades que promovam a conscientização sobre os acidentes na infância.

A escola é o local próprio para o desenvolvimento de ações educativas sobre a prevenção dos acidentes domésticos infantis; tratar a promoção de saúde no âmbito escolar significa inserir no processo pedagógico a abordagem de temas relevantes para o cotidiano dos alunos. Este é o lugar ideal para o desenvolvimento de aprendizagens, fixação de conceitos e discussões com vistas a enriquecer os conhecimentos de professores, alunos e o envolvimento dos pais e profissionais da saúde.

A prevenção de acidentes constitui uma estratégia importante para modificar a realidade atual sobre acidentes na infância. A partir dessa perspectiva, verifica-se que a prevenção pode e deve ser objeto das políticas públicas na área da educação nas escolas.

"Ensinar a criança para o cuidado de evitar acidentes, é criar possibilidades para a construção do saber, é tornar-se agentes multiplicadores de conhecimentos e de atitudes preventivas influenciando na qualidade de vida e de comportamentos seguros e saudáveis".

Audricléa Viana Frota

 *Brincadeiras de criança: atenção e cuidados*



**Eu moro numa casa simples e pequena.
Tão pequena que não se consegue brincar!
As brincadeiras que eu gosto não consigo realizar.
Brinco com carrinhos, brinco com meus pais.
Brinco com meus super-heróis, me divirto demais!**

Orientações

- Os brinquedos devem ser grandes o suficiente para não serem engolidos, resistentes para não quebrarem e não terem arestas pontiagudas;
- Cuidado com tintas e pinturas que soltem ou que contenham chumbo;
- Os brinquedos arredondados de madeira liso ou plástico são mais seguros;
- Observar as especificações da faixa etária ao comprar brinquedos;
- Manter moedas, alfinetes, botões, contas e outros objetos pequenos fora do alcance da criança;



Mas o que mais gosto é de brincar na rua, lá
Ando de bicicleta, skale, sollo pipa, jogo bola.
Mas meus pais me proibem de sair para brincar!
Eles falam que é muito perigoso:
Na rua os carros podem me atropelar,
Então fico a pensar, como é bom brincar!

- Não ponha cordões em chupeta, gravatas de pescoço, fios de telefone longos e correntinhas de pescoço da criança, travessieiros fofos, estes podem estrangular ou asfixiar;
- Não dar pedaços grandes de alimentos que possam causar sufocação;
- Não dar para criança: pipoca, amendoim, pinhão, castanhas, goma de mascar e balões;
- Usar chocalhos resistentes e não desmontáveis;
- Não deixar usar sacos plásticos para brincadeiras.

9



Na minha casa não consigo jogar bola.
Não ando de bicicleta, nem sollo pipa.
Não é nada fácil, estudar e ver televisão.
Brincar na rua é a maior diversão!
Mas minha mãe sempre orienta:
Na rua não é seguro brincar meu filho!

Orientações

- Não permitir que crianças brinquem de bola, ande de bicicleta ou corram na rua, sem a supervisão de um adulto;
- As bicicletas devem ser sempre de tamanho adequado e velocípedes e brinquedos de corrida devem ser usados somente em ciclovias;
- Ensinar a criança andar corretamente de bicicleta (usar equipamento de proteção);
- Equipar a bicicleta com luzes e espelho, principalmente se é usada à noite;

10



Num momento de distração de minha mãe,
Ela deixa a porta aberta, quando isso ocorre
Eu corro para rua com a minha bicicleta.
Sollo pipa, ando de skale, jogo bola com meus amigos,
Mas quando sou descoberto
Volto para casa correndo e medroso,
Ela sempre fala: cuidado menino brincar na rua é perigoso!

- As crianças devem ser seguradas pelas mãos por adultos para cruzarem ruas ou estradas;
- Orientar que entradas de garagens, quintais sem cerca e estacionamentos não são seguros para brincadeiras;
- Contratar transporte escolar, buscando referências, verificando a documentação do veículo e do motorista.

11



Sou feimoso, sou desobediente.
Minha mãe me repreende,
Brinco de bola na sala, mas quando vejo:
Ela pula e bate quebrando o vidro da porta,
Exclama minha mãe alertando o risco,
Cuidado com os cacos de vidro que corta!

Orientações

- Remover: móveis com bordas cortantes e móveis não fixos em parede ou fixá-los;
- Manter lesouras, facas e objetos quebráveis fora do alcance da criança;
- Usar pratos e copos plásticos;
- Trancar instrumentos perigosos (armas) e equipamentos de jardinagem;
- Ter cuidado com pisos escorregadios, colocar antiderrapante nos tapetes e não usar toalha de mesa;
- Não subir no vaso sanitário;

12

Audricléa Viana Frota



Sou muito traquina, diz minha mãe.
Com carinho me chama de macaquinho mico leão.
Estando em casa não paro um segundo.
Exploro e brinco em um dos ambientes da casa.
Sou curioso, sou mexilhão, sou brinçalhão!

- Conservar a tampa do vaso sanitário fechada ou lacrada com dispositivo de segurança ou manter a porta do banheiro trancada;
- Sabão e outros produtos domésticos são tóxicos. Produtos comuns, como enxaguantes bucais, podem ser nocivos se a criança engolir em grande quantidade;
- Manter cisternas, tonéis, poços e outros reservatórios domésticos trancados ou com proteção.

13



E quando me vejo estou brincando na cozinha.
Com detergente, desinfetante e sabão,
Minha mãe chega e me pega em ação!
Não me deixa brincar e me orienta a parar.
Guarda tudo na prateleira acima do balcão.

Orientações

- Colocar um bloqueio para evitar o acesso da criança à cozinha;
- Deixar fora do alcance das crianças, coloque em prateleira alta: plantas, medicamentos, bebidas alcoólicas, produtos químicos, especialmente produtos de limpeza, alvejantes, venenos, ácidos polidíoxidos;
- Nunca colocar produtos não comestíveis em embalagens de alimentos ou bebidas;
- Se a criança ingerir medicamentos ou produtos tóxicos procure um serviço de urgência e emergência (SAMU e Pronto Socorro).
- Usar de preferência as "bocas" de trás do fogão, colocando os cabos das panelas também para trás;

14

Audricléa Viana Frota



Eu não dou descanso à minha mãe nenhum instante.
Brinco de corrida e de esconde-esconde.
Quando me vejo estou a andar de skate.
Da sala para cozinha e da cozinha para sala, quando de repente:
Derrubo a panela com água quente.
Minha mãe corre e fica a me olhar.
Para ver se me acidentei e fala mais uma vez:
Cuidado meu filho! Na cozinha não se brinca e olha o que você fez!

- Mantenha fora do alcance de crianças: líquidos e alimentos quentes, fios elétricos, torradeiras, bules, garrafas térmicas;
- Usar protetores nas tomadas elétricas e proteger os fios elétricos;
- Não deixar as crianças por perto quando estiver passando roupa e usando o forno do fogão, não ligue o ferro elétrico ligado ou o forno aceso sem vigilância;
- Não beba líquido quente com o bebê no colo e ensine o que é quente à criança;
- Instalar detectores de fumaça e mantenha fios elétricos fora do alcance da criança;
- Ensinar o perigo do fogo: não deixe caixas de fósforos, fogos de artifício ou manuseio de gasolina e outros derivados de petróleo perigosos ao alcance das crianças;
- Usar roupas de dormir de tecido não inflamável.

15



Na frente da minha casa tem uma mangueira.
Quando dá fruto, subo para apanhar.
No galho da árvore fico a me deliciar com o fruto.
Observando meus amigos na rua a brincar.
A vontade de brincar com eles é muito grande.
Quando vejo minha mãe, desço no mesmo instante.

Orientações

- Orientar as crianças a não subir em muros e árvores pelo risco de queda e quebra dos galhos;
- Não permita que seu filho brinque em escavações, pedreiras ou em minas abandonadas;
- Mantenha portas ou portões fechados com trincos e bloqueadores nos acesso à escadas, em depósitos e à rua. Estes lugares devem ser rigorosamente vigiados;
- Crianças com menos de 6 anos não devem dormir em beliches. Se não houver escolha, coloque grades de proteção nas laterais;
- Nunca deixar um bebê sozinho em mesas, camas ou outros móveis, mesmo que seja por pouco tempo;

16



**André, meu filho, desça com muito cuidado!
Tenho ser cuidadoso para ela não se apouquentar.
Eu respondo: estou descendo mamãe!
E mais uma vez ela me adverte!
Cuidado filho! Tu podes cair e machucar!**

- O cercadinho e o berço são os únicos locais seguros para deixar o bebê;
- Verificar se os espaços entre as barras do berço estão adequados (menor de 6 cm). Os berços cercados com proteção das malhas são mais seguros;
- Não deixar a criança sem assistência sobre o trocador. Tenha fraldas, pomadas e lenços a mão;
- Instalar grades ou telas (redes) de proteção em todas as janelas acima do primeiro andar;
- Manter cuidado com portas e portões dobradiço pelo risco de "amassar" ou imprimir os dedos das mãos.

17



**Mais que de repente eu escorrego e caio da árvore.
Minha mãe grita e corre para me ajudar.
Eu vejo meu braço torcido e começo a chorar!
Ela me pega no colo e me leva para sala.
Liga para meu pai chorando e falando da minha queda.**

O que fazer?

- Em caso de acidentes chamar imediatamente uma ambulância, ligue 192 - SAMU;
- Observar se a vítima está acordada e se responde quando é chamada. Caso esteja inconsciente, verificar a respiração e se não estiver respirando fazer compressão torácica até chegar ajuda médica;
- Evitar mover ou remover a vítima se ela não conseguir se levantar depois de cair ou do acidente de trânsito;
- Em caso de fratura: imobilizar o membro lesionado na posição em que está com tábuas, ataduras ou lençóis;

18



**Meu pai chegando em casa põe um pano no meu braço.
E me leva para o hospital.
No hospital sou atendido na recepção principal.
Solicitem meu cartão de vacina e documentos.
E a minha ficha vão preenchendo.**

O que fazer?

- Em caso de sangramento: fazer pressão sobre o local da hemorragia com um pano limpo por, pelo menos, 10 minutos ou até chegada da ajuda médica.
- Se o choque com o chão ou outra superfície for intenso, há grandes chances de que a vítima tenha sofrido alguma lesão interna.
- Não ofereça líquidos e comidas à vítima de acidente, pode ocorrer risco de broncoaspiração.

19



**Me encaminham para um médico ortopedista.
Que logo explica aos meus pais o que fazer,
faz várias perguntas a minha mãe e encaminha para realizar Raio x.
Eu pergunto a minha mãe, o que é isso?
Ela responde: Raio x é igual uma foto tirada dos ossos.**

Orientações

- Após avaliação médica, no caso de queda, alguns exames serão realizados na Unidade hospitalar, podendo ser:
- Raio X de crânio, de braços, pernas e da bacia para avaliar possível fratura;
- Muitas vezes o médico pode optar por uma observação clínica do estado da criança;
- O médico sempre solicita para manter jejum, caso haja a necessidade de realização de cirurgia, evite dar líquidos e comida à criança;

20



**Quando volto do exame a enfermeira conversa comigo,
Que precisa me arrumar e colocar um soro.
Na verdade ela me furou e da dor dei um grilo,
Minha mãe me acalenta e diz: lenha calma meu filho!**

- O Médico solicita exames de sangue para verificar alterações e possíveis perdas internas;
- Em caso de procedimento cirúrgico é necessário antes da cirurgia, fazer uma punção de um acesso venoso;
- Será realizado orientações quanto: como será o procedimento para mãe e criança, o cuidado para não perder o acesso venoso e o jejum por conta da anestesia.

21



**A enfermeira me dá uma touca, uma bata e sapato de pano,
Orienta a minha mãe que não posso beber e comer.
Aguardo enlão a hora da cirurgia sem nada entender,
Reclamo a todo instante: mãe eu quero comer!**

Orientações

- As roupas do centro cirúrgico são diferentes das pessoas que trabalham na enfermaria. Neste setor não pode entrar com as roupas comuns, devido ao risco de levar infecção para dentro deste setor;
- É importante a mãe ou responsável da criança orientar que ela irá entrar no centro cirúrgico para fazer o procedimento;

22



**A enfermeira chega e fala que chegou a hora,
Um rapaz me leva deitado num carro que chamam de maca.
Chegando na porta da sala que chamam centro cirúrgico,
Eu choro ao me separar da minha mãe, mesmo por um minuto.
Enlão me levam para a sala onde estlão os médicos e muitos aparelhos.**

- No Centro Cirúrgico o médico anestesiata irá se apresentar a mãe ou responsável e serão feitas várias perguntas a respeito das condições de saúde da criança e do jejum;
- A mãe ou responsável deverá responder a todas as perguntas do médico e evitar mentiras ou não dar certeza a respeito do jejum e das condições de saúde da criança se não souber;
- Sempre acalmar a criança e manter-se tranquila na hora da separação, explicar que ela vai estar esperando ao término da cirurgia.

23



**A Enfermeira me coloca com cuidado na cama
A médica de máscara pergunta que horas eu comi
Eu falo que almocei e depois da queda nada bebi,
Para ouvir meu coração colocam no peito umas medalhas com fios,
E um outro fio envolvendo o meu dedo.
A médica mandou eu assoprar um balão e logo adormeci.**

Orientações

- No centro cirúrgico a médica anestesiata deverá perguntar da criança sobre o acidente e o jejum;
- Tudo será orientado à criança sobre o que será feito antes da anestesia para se estabelecer uma relação de segurança com a criança;
- Após término da cirurgia a criança fica em uma sala até acordar, neste momento a mãe aguarda ao lado do filho se o médico permitir;
- Ao acordar a mãe deve estar tranquila e conversar com a criança acalmando-a;

24



Ao acordar estou em outra sala com a minha mãe ao lado,
Olho para meu braço e dizem que está consertado.
Meu braço está no gesso e pendurado.
Eu pergunto: Quando eu vou para casa?
Ao mesmo tempo amedrontado.

- Dependendo da cirurgia e do risco de infecção, a criança precisa ficar internada para fazer antibiótico, curativo e observação da ferida cirúrgica;
- Durante a internação a alimentação e o repouso são importantes após a cirurgia;
- Orientações serão uma prática diária por parte da equipe médica e principalmente da enfermagem sobre os cuidados com a cirurgia, curativo e quanto aos cuidados com acidentes na infância.

25



Minha mãe com carinho me fala:
Meu filho, vamos ficar mais um pouquinho aqui no hospital
Você precisa de tratamento e cuidado especial
Depois para casa vamos voltar.
Você vai ficar bem e logo poderá estudar e brincar.

Orientações

- Chame o SAMU e encaminhe imediatamente a vítima para o hospital;
- Não alimente a vítima em caso de queimadura;
- Se a queimadura for causada por líquido superaquecido (água quente, alimentos quentes):
 - Esfrie imediatamente a área queimada com água gelada (de preferência) ou água corrente com a finalidade de neutralizar a ação do calor;
 - Isole ou proteja a área queimada com um pano limpo;
- Se a queimadura for causada por substância inflamável (álcool, gasolina, thinner):
 - Apague a chama com um pano limpo úmido (de preferência);
 - Esfrie a lesão com água gelada ou corrente e proteja a área queimada com um pano limpo;

26



Na enfermaria fiquei com minha mãe e com outros meninos.
Todos tinham uma história diferente.
Conversei com todos eles sobre acidentes:
Um estava brincando com sua bicicleta na rua.
O carro veio e atropelou e a sua perna quebrou
Outro amigo brincando na cozinha.
Esbarrou no fogão e a panela de sopa quente derramou.
Seu braço e a perna queimou.

- Se a queimadura for causada por substância química (ácidos e bases):
 - Lave exaustivamente a área queimada com água corrente;
 - Proteja a área queimada com um pano limpo;
- Se a queimadura for causada por corrente elétrica (fios e tomadas descobertas):
 - Desligue a fonte de energia (chave elétrica) ou afaste a fonte de energia (fio elétrico) com um isolante (pedaço de madeira), antes de socorrer a vítima.

27



Depois chegou outro menino com história de afogamento.
Estava correndo na beirada da piscina e escorregou.
O seu pai que viu a queda, o salvou.
Fez um corte grande na cabeça e ficou desacordado.
Passei muitos dias internado, conversando com os amigos.
Brincava na cama e via televisão.
Tomava soro, faziam curativos no braço e medicação.

Cuidados

- Manter a criança sempre sob supervisão do adulto e colocar coletes salva-vidas quando estiverem em piscinas, mares e rios;
- Esvaziar piscinas infantis e tampar com lona bem presa após o uso;
- Ensinar a criança a nadar e a boiar;
- Evitar brinquedos e outros atrativos próximos a piscinas e reservatórios de água;
- Boias e outros equipamentos infláveis passam uma falsa sensação de segurança;
- Ensinar a criança a não brincar de empurrar, dar "caldo" dentro d'água ou simular que está se afogando.
- Armazenar baldes e banheiras com água no alto e virados para baixo, quando vazios;

28



Vivi no hospital situações bem diferentes, fiz amizades com muita gente.
Sai do hospital e voltei para casa com meu braço imobilizado.
Dias passaram e tirei o gesso.
Foi enlão que descobri que não movimenlava meu braço.



Precisei fazer fisioterapia e aos poucos fui recuperando os movimentos.
Depois de alguns meses, retornei à escola e a brincar.
Mas tenho que confessar,
Aprendi a analisar as brincadeiras para não me acidentalr.

- Retirar rapidamente a vítima da água com uma boia, se não por em risco a sua própria vida;
- Em caso de afogamento chamar o SAMU ligando para o 192 ou Bombeiros – 193;
- Se a vítima estiver inconsciente e não respirar, começar imediatamente a fazer respiração boca a boca e compressões torácicas até a vítima voltar a respirar;
- Virar a cabeça da vítima para o lado para que ela consiga expelir a água ingerida;
- Deitar a vítima do lado, em posição lateral de segurança, caso ela comece a respirar;
- Tirar a roupa molhada e aquecer a vítima com cobertores, roupas secas ou bolsas quentes;
- Aguardar a chegada da ambulância e ajuda médica.

29

O que aprendi?

- É muito importante saber o que fazer na hora de um acidente;
- Aprendi que o mais importante é sempre pedir ajuda de pessoas próximas e ligar para o SAMU – 192 ou Bombeiros – 193;
- Nunca tentar mexer ou tirar a pessoas com história de queda como foi o meu caso;
- Escutar a orientação médica feita pelo SAMU ou dos BOMBEIROS e tentar realizar caso tenha treinamento e segurança;

30



Hoje estou contando a minha história.
Para todos os pais e crianças evitem essa mesma trajetória.
Vamos todos divulgar as ações e orientações.
Conhecendo os principais riscos para que crianças não fiquem doentes.
Vamos lutar pela infância livre de acidentes.

- Fazer compressões torácicas em caso da perda da consciência;
- As compressões e as ventilações em adultos, crianças e bebês o socorrista leigo deve realizar RCP (Reanimação Cardiorpulmonar) aplicadas na proporção 30 compressões torácicas para cada 2 ventilações (respiração boca a boca).
- O socorrista leigo deve continuar a RCP até a chegada da ambulância do SAMU.

31

IMPORTANTE SABER...

MANOBRAS DE HEIMLICH EM BEBÊS MENORES DE 1 ANO DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA – ENGASGO

A maioria dos casos de obstrução da via aérea em bebês ocorre durante a alimentação ou quando estão brincando com objetos pequenos. Em caso de obstrução das vias aéreas devem ser adotados alguns procedimentos como a



MANOBRAS DE HEIMLICH EM CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO ADULTOS – DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA – ENGASGO

- A maioria dos casos de obstrução da via aérea em adultos ocorre durante a alimentação. Em crianças também ocorrem porém é maior o índice
- A obstrução das vias aéreas por corpo estranho deve ser suspeita nos seguintes casos:
 - Crianças maiores e adultos jovens que estavam se alimentando e subitamente parem de respirar;
 - Crianças menores que estavam se alimentando ou brincando com pequeno objeto e subitamente perdem a consciência e param de respirar;
 - Impossibilidade de respirar, tossir e falar e ocorrência súbita;
 - Se continuar com obstrução, deve iniciar a Manobra de Heimlich (5 compressões



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O QUE É REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)?

A RCP (Reanimação Cardiopulmonar) é a combinação de compressões torácicas e ventilações.

As compressões torácicas asseguram um pequeno, mas crucial, aporte de sangue ao coração e ao cérebro.

QUANDO PROCEDER À RCP?

Quando a vítima não responde e não ventila (respira) normalmente.

O QUE FAZER?

Solicitar ajuda de uma pessoa ou ligar para SAMU – 192 ou Bombeiros – 193, informar que a pessoa está em parada respiratória, aguardar para falar com médico e a orientação para o que fazer. Iniciar a RCP conforme orientação médica com 30 compressões torácicas e 2 ventilações.

COMO REALIZAR AS COMPRESSÕES TORÁCICAS?

1. Ajoelhe-se ao lado da vítima;
2. Coloque a base de uma das mãos no tórax entre os mamilos da vítima;
3. Coloque a base da outra mão em cima da primeira mão com os dedos entrelaçados;
4. Com os braços esticados, exerça pressão 4 a 5 centímetros até abaixamento do tórax;
5. Execute 30 compressões torácicas a um ritmo de cerca de 100 compressões por minuto.

33

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

RCP – RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM ADULTOS

Apoiar as duas mãos (com os dedos entrelaçados) no tórax, entre os mamilos, como mostra a figura abaixo.

Para socorrista leigo realize 30 compressões torácicas e 2 ventilações (boca a boca) e comprima as narinas.



35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

RCP – RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM BEBÊS MENORES DE 1 ANO

Utilizar os dois dedos conforme figura abaixo, para socorrista leigo realize 30 compressões torácicas e 2 ventilações (boca a boca incluindo o nariz).



RCP – RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO

Apoiar uma mão no peito da criança entre os mamilos, em cima do coração como mostra a imagem abaixo.

Para socorrista leigo realize 30 compressões torácicas e 2 ventilações (boca a boca) e comprima as narinas.



34

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

COMO REALIZAR AS VENTILAÇÕES?

1. Incline a cabeça da vítima para trás e eleve o queixo;
2. Deixa a mão na testa da vítima. Comprima as narinas da vítima com o seu polegar e indicador;
3. Com a outra mão, mantenha o queixo elevado e deixe que a boca se abra;
4. Inspire normalmente, incline-se para a frente e coloque a sua boca completamente sobre a boca da vítima;
5. Insufle ar para dentro da boca da vítima de forma homogênea e ao mesmo tempo verifique se o tórax se eleva. Deixe que cada ventilação dure cerca de 1 segundo;
6. Mantenha a cabeça da vítima para trás com a elevação do queixo. Eleve a sua cabeça para verificar se o tórax baixa;
7. Inspire normalmente e faça uma 2ª ventilação;
8. Reposicione as suas mãos adequadamente e continue com mais 30 compressões torácicas.

Notas:

- Sempre que possível, recomenda-se o uso de máscara de proteção individual;
- Se por algum motivo não quiser ou não puder executar as ventilações boca a boca deve-se efetuar continuamente as compressões torácicas.

QUANDO DEVE PARAR AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO?

- Com a chegada de pessoal qualificado (SAMU ou Bombeiros) que tome conta da situação;
- Quando a vítima começa a ventilar (respirar) normalmente;
- Quando ficar exausto.

POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

A posição de recuperação é usada para pessoas que estão inconscientes, mas respirando. Esta posição evita asfixia. Depois de fazer os primeiros socorros básicos, sem suspeita de lesão da coluna, quadril ou pelve.



36

Vocabulário

Acesso venoso: Área de aplicação de tratamento, medicamento direto às veias.

Anestesia: Perda total ou parcial da sensibilidade, por enfermidade ou induzida, nas intervenções cirúrgicas.

Anestesiologista: Profissional responsável por administrar anestésicos e monitorar os sinais vitais do paciente antes, durante e depois de um procedimento cirúrgico.

Antibiótico: Qualquer remédio capaz de combater uma infecção causada por microrganismo que causam infecção a outro organismo.

Antiderrapante: Que não derrapa ou que dificulta a derrapagem.

Apoquentar: Aborrecer (se), irritar(se), por poucas coisas com certa insistência.

Asfixiar: Causar asfixia a, ou matar por asfixia, sufocar, abafar. Não poder respirar livremente.

Broncoaspiração: Condição em que alimentos, líquidos, saliva ou vômito são aspirados para as vias aéreas.

Centro cirúrgico: Área do hospital onde ocorre as cirurgias.

Cirurgia: Ramo da medicina que trata doenças ou contribui para diagnósticas, mediante operações.

Compressões torácicas: Ato ou efeito de pressionar com força sobre o tórax.

Desobediente: Falta de obediência, infringir, violar.

Distração: Falta de atenção, cuidado, ou de reflexão, desatenção.

Enfermagem: É a ciência cuja a especificidade é a assistência/cuidado ao ser humano.

Estrangular: Apertar o pescoço de, impedir a respiração (a alguém ou a si próprio), sufocar.

Enxaguantes: São líquidos utilizados para realizar a higiene da cavidade oral.

Expelir: Lançar fora com violência, expulsar.

Ferida cirúrgica: Local onde houve cirurgia.

Fisioterapia: É a ciência que estuda, diagnostica, previne e recupera paciente com distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano.

Inconsciente: Que não tem consciência. Que está sem consciência. Perdeu o conhecimento, desacordado, desmaiado.

Infecção: É a invasão de tecidos corporais por organismo hospedeiro por parte de organismos capazes de provocar doenças, multiplicação desses organismos.

Inflamável: Converte-se em chamas, pegar fogo.

Imobilizar: Tornar-se imóvel; impedir ou cessar de mover; fixar; impedir a liberdade de movimento.

Internada: Colocar dentro. Requisitar a permanência, diurna e noturna de (paciente) em hospital, clínica, para tratamento.

Jejum: Abstinência total ou parcial de alimentação em certos dias, por penitência ou prescrição médica.

Lacrada: Selar ou fechar com lacre. Fechar completamente.

Membro lesionado: Parte do braço ou perna que sofre lesão, se machuca.

Manobra de Heimlich: Método pré-hospitalar de desobstrução de vias aéreas superiores por corpo estranho.

Obstrução da via aérea: Ação ou efeito de obstruir, bloqueia ou fecha, paciente não consegue respirar.

Perdas internas: Ato ou efeito de perder sangue internamente.

Pressão: Ato ou efeito de apertar. Força exercida perpendicularmente a uma superfície.

Procedimento: Ato ou efeito de proceder. Modo de agir, de proceder, comportamento. Processo, método.

Produtos não comestíveis: Que não podem ser comidos ou bebidos.

Punção: Ação ou efeito de furar com instrumento próprio, pontiagudo.

Queimadura: Dano à pele ou a tecidos mais profundos pelo sol, por líquidos quentes, fogo, eletricidade ou substâncias químicas.

Rebaixamento: Ação ou efeito de rebaixar, diminuir.

Recuperação: Ter ou obter novamente; reaver, retomar, readquirir, recobrar. Restaurar. Reabilitar.

Remover: Mover ou retirar para outro lugar; deslocar, transferir, afastar.

Reservatório: Adequado para reservar. Lugar ou recipiente próprio para acumular ou reservar certas coisas; depósito.

Ritmo: Movimento ou ruído que se repete, no tempo, a intervalos regulares, alternados.

37

38

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Este tem o objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo morte.

Socorrista leigo: aquele que não é habilitado profissionalmente, mais possui conhecimento para prestar os primeiros socorros nos casos de mal súbitos, acidente.

Sufocação: Ato ou efeito de sufocar. Asfixia produzida por obstáculo mecânico situado no interior das vias respiratórias ou na boca e no nariz.

Supervisão: Dirigir ou orientar em plano superior; supervisionar, controlar.

Teimoso: Que, ou quem é dado a teimar, obstinado, que insiste em algo.

Trocador: Móvel que se troca fralda, roupas do bebê.

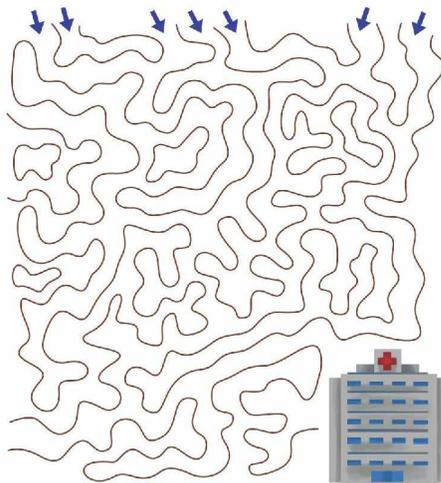
Thinner: É um solvente para tintas e vernizes.

Ventilações: Introduzir vento em. Renovar ar de. Colocar ar.

Vigilância: Observar atentamente. Observar as ocultas; espreitar. Estar de sentinela.



Ajude o menino a chegar ao hospital



39

40

Caça-Palavras

Encontre no Caça-Palavras abaixo, palavras citadas no texto.

M E L I R C B R I F X Y P K F
 F G A E N F E R M E I R A L B
 I T R O N H K V A U N T S V R
 S U A C I D E N T E L U O M I
 I J I L P T A O H M P V Y L N
 O K O R H S E R G B T S R U C
 T E X U Z I D C I R U R G I A
 E Ç I N G E Y R S U N H A V D
 R A J H O S P I T A L A B S E
 A F E S D I M A S V D E R M I
 P O K A V L U N R E K U I T R
 I N T E R T E Ç A H B V S O A
 A P E F N R V A G L M I C L D
 W E R A P A H B T E D U O B E
 G A B I C I C L E T A C S P V

ACIDENTE HOSPITAL BRINCADEIRA RISCOS ENFERMEIRA
 CRIANÇA BICICLETA FISIOTERAPIA RAIOS-X CIRURGIA

Bibliografia

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v10i1n2s3/v10i1n2s3.pdf> Acesso: 12 set. 2016 17:31

<http://pt.slideshare.net/francismarlea/rfp-suporte-bsico-de-vida-2014> Acesso: 12 set. 2016 11:12

<https://maesso.wordpress.com/2011/09/13/manobra-de-heimlich-voce-pode-salvar-vidas-inclusive-a-sua/> Acesso: 12 set. 2016 14:20

<http://www.bloggaodegente.com.br/bebe/manobra-de-heimlich-voce-deve-conhecer/> Acesso: 12 set. 2016 00:28

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Manual_Prev_Acid_PrimSocorro.pdf Acesso: 12 set. 2016 15:35

<https://www.proteste.org.br/-/media/07bf7ba277941f2ae533a6b05938aab.pdf?la=pt-br> Acesso: 12 set. 2016 17:00

http://www.conscienciaprevencionista.com.br/upload/arquivo_download/1962/Como%20prevenir%20acidentes%20domesticos.pdf Acesso: 12 set. 2016 16:09

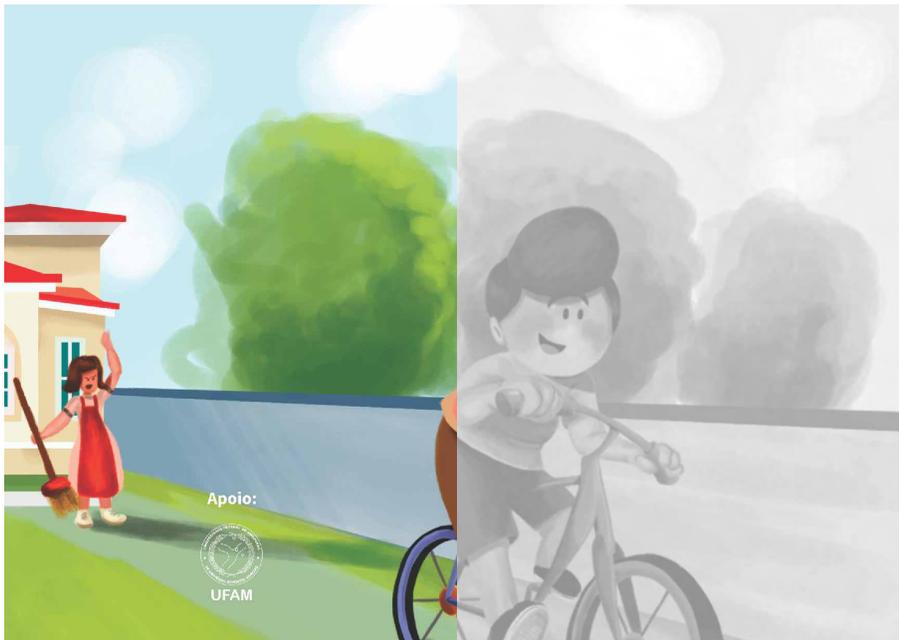
FERREIRA, A. B. de H. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8ª ed. Rev. Atual. Curitiba: Positivo, 2010

WAKSMAN, R.D.; BLANK, D.; GIKAS, R.M.C. Injúrias ou lesão não-intencionais "Acidentes" na infância e na Adolescência. 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revistes/1783/injurias-ou-lesoes-nao-intencionais-%E2%80%9D-na-infancia-e-na-adolescencia.htm>. Acesso em: 05 abr. 2014. 17:01:11

Wikipédia - Dicionário Informal.

<http://www.dicionarioinformal.com.br/wikip%C3%A9dia/>

PHTLS/ NAEMT. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado -; [Tradução Renata Scavone...et al.] 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.



REFERÊNCIAS

- ABRAMOVICH, F. A contação de histórias na Educação Infantil. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-contacao-de-historias-na-educacao-infantil/126627/> acesso em: 22 Jan. 2016 às 15:48:3
- ALINE, R. Sete dicas para escrever histórias infantis que encantam. Ficção em Tópicos. Disponível em: <http://ficcao.emtopicos.com/2014/05/escrever-historias-infantis/> Acesso em: 12 Jan. 2016. 13:28:03
- AMARAL, J.J.F.; PAIXÃO, A.C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. **Rev. Pediatría**. [Internet] 2007. [Citado em 2013] 23(1): 99-106. Disponível em: [<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/50398/54519>]. Acesso em: 07 mar. 2015, 08:10:10
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1997c. 126p. Disponível em: http://www.educacional.com.br/legislacao/leg_vi.asp. Acesso em: 15 Set. 2014. 17:44:23
- BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a
- CARVALHO, F.F. **Docentes da UNESP**. Acidentes infantis: relatos de diretores e professores de ensino fundamental e análise do material didático. 2008a. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, UNESP – Universidade Estadual Paulista [Internet] Disponível em: http://www.marilia.unesp.br/Home/PosGraduacao/Educacao/Dissertacoes/carvalho_ff_me_mar.pdf. Acesso em: 10 mai. 2015 17:35:40
- DEL CIAMPO, L.A.; FERRAZ, I.S.; TAZIMA, M.F.G.S.; BACHTTE, L.G; ISHIKAWA, K.; PAIXÃO, R. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. **Rev. Pediatría**. São Paulo, 2011; 33(1):29-34. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1374.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014. 22:20:21
- FROTA, A.V. Educação para Saúde: Análise dos conteúdos de ciências nos livros didáticos do Ensino Fundamental sobre prevenção de acidentes na infância e adolescência nas Escolas Estaduais na Cidade de Manaus. Dissertação em Saúde Pública. 2015.
- GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; GONSALES, T.P.; NASCIMENTO, E.M.; VILAS BOAS, B.; NICOLETTI, T.M. Opinião de profissionais da educação fundamental sobre acidente infantil e orientações recebidas sobre esse tema. IX Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sudeste - Pesquisa em Educação no Brasil: balanço do século XX e desafios para o século XXI. 2009b. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/#!/pesquisa/grupos-de-pesquisa/edaci/projeto-aepai/trabalhos/> Acesso em: 21 ago. 2014 16:18:00
- GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; MONTEIRO, V.B.P.N.; KEPPLER, M.A.B.B.; GONSALES, T.P.; VILAS BOAS, B.; COSTA, P.F. Estratégia educativa sobre prevenção de acidentes infantis para o ensino fundamental. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP-Marília**, ed. 6 n. 06 Dez. 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/1138/1026> Acesso em: 20 Jan. 2016 09:22:50
- LEITE, L.M.G.S.; JUNQUEIRA, C.O.; CÂMARA, C.P.B.; MEDEIROS, C.M.; SANTOS, M.B.; KLEIN, M.; MELO, T.C.F.; ANJOS, G.R.L.C. Educação em Saúde: abordando primeiros socorros e prevenção de acidentes nas escolas com profissionais de escolas públicas em Jataí, sudoeste goiano. **Rev. Eletrônica do curso de Pedagogia do Campos de Jataí – UFG**, 2010, v. 2(9) Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/ritref/article/viewFile/20364/11854>. Acesso: 22 ago. 2014. 20:20:55

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS. **Rev. de Saúde Pública** - Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde. 2000; v. 34(4): 327-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n4/2545.pdf>. Acesso em: 03 Ago. 2014. 14:49:16

PORTAL DO PROFESSOR. Trabalhando o livro de literatura infantil. 2010, Disponível em: http://portaldoprofessor.mec.gov.br/ficha_tecnica/Aula.html?aula=19457 Acesso: 14 Fev. 2016 15:01:27

WAKSMAN, R.D., GIKAS, R.M.C., BLANK, D. Prevenção de acidentes na infância e adolescência. São Paulo: **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente**. [Internet] 2009 [Citado em: 2013] Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A03.pdf Acesso em: 22 ago. 2014. 13:10:40

CAPÍTULO 18

ENVELHECIMENTO, DOENÇA DE ALZHEIMER E OS CUIDADOS PALIATIVOS: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NESSE CONTEXTO

Data de aceite: 01/09/2021

Francine Casarin

Enfermeira, Mestranda do Mestrado Ciências da Saúde e da Vida (UFN); membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Betânia Huppes

Acadêmica de enfermagem UFN, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Lorena Alves Fiorenza

Acadêmica de enfermagem UFN, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Victória dos Santos Stringuini

Terapeuta Ocupacional, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Luciana Carvalho de Pires

Enfermeira, membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Bruna Rodrigues Maziero

Terapeuta Ocupacional, Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Gerontologia (UFSM); Membro do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia - NIEEG

Jane Beatriz Limberger

Farmacêutica, Mestre pela Universidade Federal de Santa Maria, docente da Universidade Franciscana. Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer - AMICA

Tereza Cristina Blasi

Nutricionista, Especialização em Terapia Nutricional pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Ciências e Tecnologia de alimentos pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); docente da Universidade Franciscana(UFN). Coordenadora do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer – AMICA

Silomar Ilha

Enfermeiro, Docente da Universidade Franciscana(UFN), Especialista em Urgência, Emergência e Trauma; Especialista em Gerontologia e Saúde Mental; Mestre e Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG). Membro do grupo Assitência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com Alzheimer – AMICA. Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de estudos em envelhecimento e gerontotecnologia – NIEEG

RESUMO: Objetivo: Descrever aspectos relevantes acerca do envelhecimento com a doença de Alzheimer, bem como sobre os cuidados paliativos e a atuação dos profissionais nesse contexto. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Narrativa da Literatura, por meio da leitura de artigos científicos disponibilizados em formato on-line que versaram sobre envelhecimento, processos demenciais e cuidados paliativos. Foi realizada, no mês de abril de 2021, uma busca nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), por meio dos descritores: Idoso; envelhecimento; doença de Alzheimer; Cuidados paliativos. Para complementação, buscou-se a literatura cinzenta por meio da busca no *Google* acadêmico. Utilizou-se, ainda, documento da Organização Mundial da Saúde e Manual de Cuidados Paliativos Agência Nacional de Cuidados Paliativos. **Resultados:** A análise dos materiais permitiu a construção de três unidades: Envelhecimento e doença de Alzheimer; Cuidados Paliativos no contexto da doença de Alzheimer; Atuação dos profissionais na equipe de cuidados paliativos. **Conclusão:** Com o aumento da expectativa de vida e o elevado número de doenças crônicas degenerativas, as pessoas idosas com DA necessitam cada vez mais de cuidados na sua integralidade, como é o caso dos cuidados paliativos nesse contexto, com vistas a garantir uma maior qualidade de vida e autonomia da pessoa idosa nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Envelhecimento; Doença de Alzheimer; Cuidados paliativos; Pessoal da saúde.

ABSTRACT: Objective: To describe relevant aspects about aging with Alzheimer's disease, as well as about palliative care and the role of professionals in this context. Method: This is a study of Narrative Literature Review, through the reading of scientific articles available in online format that dealt with aging, dementia processes and palliative care. In April 2021, a search was carried out in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) databases, using the descriptors: Elderly; aging; Alzheimer's disease; Palliative care. For complementation, gray literature was searched through the academic Google search. It was also used a document from the World Health Organization and Palliative Care Manual, National Palliative Care Agency. Results: The analysis of materials allowed the construction of three units: Aging and Alzheimer's disease; Palliative Care in the context of Alzheimer's disease; Performance of professionals in the palliative care team. Conclusion: With the increase in life expectancy and the high number of chronic degenerative diseases, elderly people with AD increasingly need care in its entirety, as is the case of palliative care in this context, in order to ensure a higher quality of life and autonomy of the elderly in this process.

KEYWORDS: Old man; Aging; Alzheimer's disease; Palliative care; Health personnel.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro caracteriza-se pelo aumento na quantidade de pessoas com idade maior de 60 anos e com a diminuição do número de crianças e jovens. Dessa maneira, percebe-se que não somente o Brasil sofre com essas alterações, mas todo o mundo está envelhecendo mais rapidamente. Do ano de 1970 até o ano de

2025, espera-se um crescimento de 223%, o que representará em torno de 694 milhões no número de pessoas idosas. Essa projeção, permite inferir que em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas idosas e até 2050 haverá 2 bilhões, sendo que, 80% destas, nos países em desenvolvimento (WHO, 2015).

Dessa maneira, a redução da taxa de fecundidade, da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida são determinantes da transição demográfica brasileira (SANTOS et al., 2018). O ser humano, à medida que envelhece, torna-se mais suscetível ao surgimento de diversas alterações fisiopatológicas, das quais destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (TALMELLI et al., 2013). Dentre as DCNTs, salientam-se as de caráter neurodegenerativo, em especial a doença de Alzheimer (DA), responsável por aproximadamente 70% dos casos de demências em pessoas idosas (FARLOW, 2010; WHO, 2012). A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que cerca de 1,2 milhão de brasileiros sejam acometidas pela DA, embora a maioria desses ainda não possua o diagnóstico (ABRAZ, 2012; IBGE, 2011).

A DA caracteriza-se como degenerativa, irreversível e se instala de forma insidiosa, causando declínio progressivo das funções cognitivas, ligadas à percepção, à aprendizagem, à memória, ao raciocínio, ao funcionamento psicomotor e ao aparecimento de quadros neuropsiquiátricos com diversas manifestações graves. Essa doença é caracterizada por três fases/estágios, sendo divididas em leve, intermediária e avançada, os quais conduzem a pessoa idosa desde pequenos esquecimentos até um quadro de total restrição ao leito (SEIMA; LENARDT, 2011; LENARDT et al., 2011).

Embora tenham avançado os estudos sobre a DA, até o presente momento, não há um tratamento ou qualquer procedimento capaz de curar ou estacionar definitivamente a progressão da doença, o que conduz a pessoa idosa a condição de Cuidados Paliativos (CP). Os CP são considerados como uma abordagem para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida com a prevenção e o alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce da avaliação minuciosa e do tratamento da dor e de outros problemas, quais sejam, os físicos, psicossociais e espirituais (CONCEIÇÃO et al, 2019).

Em suma, os CP, são demandas legítimas de pessoas com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, como nos casos das demências, dentre elas a DA, recebendo cuidados do controle dos sintomas, a assistência psicossocial e espiritual. Os princípios dos cuidados paliativos, remontam a uma modalidade de atendimento voltada para o indivíduo no estágio inicial da doença progressiva, avançada e incurável, e recebem assistência interdisciplinar para melhor qualidade de fim de vida (QV), do paciente e de seus familiares (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018).

Sendo assim, o CP é uma modalidade de atuação complexa e desafiadora tanto para os profissionais, quanto para as famílias que vivenciam esse processo. A terminalidade

da vida tem sido considerada, na maioria das vezes, uma luta frente a uma doença incurável, e que, além da dor e do desconforto, proporciona sofrimento mental e emocional não somente para o paciente, mas também, aos familiares/cuidadores envolvidos nesse processo (ZORZETTI; MANFRO; RAMOS, 2018).

Assim, torna-se necessários promover reflexões sobre o envelhecimento com a doença de Alzheimer e o contexto dos cuidados paliativos, fato que justifica a necessidade e relevância desse estudo. Justifica-se, ainda, pela compreensão de que as questões relacionadas ao cuidado da pessoa idosa e família são importantes, sendo destacadas como prioridades de pesquisa no Brasil (BRASIL, 2018). Frente ao exposto, questiona-se: Quais aspectos podem ser considerados acerca do envelhecimento, da doença de Alzheimer e dos cuidados paliativos nesse contexto? Como ocorre a atuação dos profissionais na equipe de cuidados paliativos?

Na tentativa de responder os questionamentos objetivou-se, com esse estudo, descrever aspectos relevantes acerca do envelhecimento com a doença de Alzheimer, bem como sobre os cuidados paliativos e a atuação dos profissionais nesse contexto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Narrativa da Literatura (RNL), a qual se constitui como uma publicação ampla a partir da análise da literatura publicada em livros, *sites*, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, vídeos, manuais ministeriais, políticas públicas, anais de eventos e tudo que possa contribuir para o primeiro contato com o objeto de estudo. A RNL não necessita indicar as fontes utilizadas, a metodologia para a busca das referências e nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos consultados (BRUN et al., 2015). Contudo, optou-se por descrever algumas informações.

Para embasar essa revisão, utilizou-se artigos científicos disponibilizados em formato *on-line* que versaram sobre envelhecimento e cuidados paliativos. Foi realizada, no mês de abril de 2021, uma busca nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *Scieltific Eletronic Library Online* (SCIELO), por meio dos descritores: Idoso; envelhecimento; doença de Alzheimer; Cuidados paliativos. Além disso, como complementação, buscou-se a literatura cinzenta por meio da busca no *Google* acadêmico.

Utilizou-se, ainda, livros (CAMARANO, 2010) capítulos de livros (PESSINI, 2004; MACIEL, 2008; FARLOW, 2010; ARANTES, 2012; COSTA; OTHERO, 2014); documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Manual de Cuidados Paliativos Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (OMS, 2012; ANCP, 2012). Como recorte temporal, priorizou-se os materiais disponibilizados entre os anos de 2003 a 2020, tendo em vista a publicação do Estatuto do Idoso no ano de 2003, importante documento que oportunizou mais visibilidade do público e interesse dos pesquisadores de diferentes áreas de atuação

(BRASIL, 2003).

Os materiais selecionados foram lidos de forma minuciosa com vistas à extração de informações relativas ao envelhecimento, doença de Alzheimer e Cuidados Paliativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos materiais permitiu a construção de três unidades: Envelhecimento e doença de Alzheimer; Cuidados paliativos no contexto da doença de Alzheimer; Atuação dos profissionais na equipe de cuidados paliativos

Envelhecimento e doença de Alzheimer

O crescente processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial significativo, fato que desafia os sistemas/políticas de saúde e de previdência social do país. O envelhecer não implica conviver com doença; de maneira geral, o processo de envelhecimento está associado a um bom nível de saúde, pois os avanços no campo da ciência e da tecnologia contribuíram para uma melhor QV da população geral, em especial da população idosa (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016). Contudo, pessoas idosas são mais propensas ao desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas e, dentro dessa classe, estão as demências (SANTOS et al., 2018).

A demência é caracterizada por um declínio progressivo da cognição e da funcionalidade, os quais conduzem às modificações comportamentais neuropsiquiátricas em relação a um nível prévio de desempenho (BEKHET, 2013). Entre as demências, destaca-se a DA, a qual possui caráter degenerativo, irreversível, que se instala de forma insidiosa, e conduz ao declínio progressivo das funções cognitivas e motoras (SEIMA; LENARDT, 2011; LENARDT et al., 2011). Tais alterações comprometem o desempenho das atividades de vida diária (AVDs), as quais podem ser didaticamente divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e em Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (DIAS et al., 2011).

As ABVD incluem as tarefas cotidianas diretamente relacionadas à sobrevivência, como realizar a higiene corporal, se vestir e alimentar; as AIVD, incluem tarefas envolvidas na manutenção da vida em comunidade, como exemplo: Preparo das refeições, gerenciar o próprio dinheiro e o seu regime terapêutico. Já, as AAVD envolvem atividades mais complexas, subdivididas nos domínios físico, lazer, social e produtivo, que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões motivacionais e culturais (DIAS et al., 2011).

A DA é dividida em três fases ou estágios, cada uma exige cuidados específico que aumentam em frequência e intensidade conforme a evolução da doença, o que conduz à necessidade de cuidados constantes (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; ILHA; BACKES, 2014). A fase inicial, possui uma duração na média de dois a quatro anos e é

conhecida pela dificuldade de linguagem, perda significativa de memória recente. Assim, a pessoa idosa passa a não reconhecer as pessoas que convivem com ela, além de apresentar desorientação em tempo e espaço, sinais de depressão, agressividade e perda de interesse em atividades, o que conduz gradativamente à dificuldade na execução das AIVDs.

Na fase intermediária, que varia de dois a dez anos, a pessoa idosa com DA apresenta uma crescente perda de memória e início das alterações na linguagem, raciocínio, dificuldades motoras, e da capacidade de manutenção das AIVDs e AAVD precisando, muitas vezes, de um cuidador. A terceira e última fase, conhecida como fase terminal, é caracterizada pela acentuada rigidez muscular, o que compromete significativamente a pessoa idosa na auto manutenção das ABVD e a conduz a uma acentuada restrição ao leito, mutismo, retenção intestinal ou urinária, e adoção da posição fetal (VIZZACHI et al., 2015).

Tal situação vivenciada, gera a necessidade de implementação de metodologias de trabalho apropriadas à atenção integral à pessoa idosa e sua família, como é o caso dos CP e a adoção, em casos mais avançados da doença, da implementação de medidas de conforto.

Doença de Alzheimer e cuidados paliativos

De acordo com Fratezi e Gutierrez (2011), o morrer, além de ser um processo biológico, apresenta-se como uma construção social, podendo ser vivido de distintas maneiras, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência. Por isso, é importante conceber a morte como um processo e não como um fim, pois considerando que o paciente é um ser social e histórico, cuidá-lo em seu momento final significa entendê-lo, ouvi-lo e respeitá-lo. Dentro deste contexto, inserem-se os CP, os quais são compreendidos pela Organização Mundial da Saúde, como os cuidados totais, ativos aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo (OMS, 2012).

Os CP se apresentam como uma forma de atenção integral a saúde que vêm ganhando espaço no Brasil nas últimas décadas, se diferenciando por focar no cuidado integral do ser humano, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentam doenças graves, as quais, muitas vezes, não possuem possibilidade de cura (GOMES; OTHERO, 2016). Existem alguns princípios norteados dos CP, apontados pela OMS e reafirmados no ANCP (OMS, 2012; ANCP, 2012).

Entre os princípios, salientam-se a promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis como por exemplo: cansaço, náusea, depressão; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não acelerar e nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao ser humano; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente, viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e

a enfrentar o luto; melhorar a QV (OMS, 2012; ANCP, 2012).

Os CP possuem uma visão voltada para o ser humano em sua integralidade, necessitando de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual, transformando a prática de CP em um trabalho realizado em equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, a partir da atuação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente (MACIEL, 2008).

De acordo com Costa e Othero (2014), a prevenção e o controle de sintomas são uma prioridade da assistência em CP. Portanto, ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos que atuam nos CP devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo e/ou seus encaminhamentos. As pessoas passam a necessitar de CP quando ficam mais propensos às doenças crônico-degenerativas e a cronificação de uma doença que traz riscos durante a sua evolução, podendo gerar sequelas incapacitantes que levam a um grave comprometimento funcional, tornando assim, a pessoa acometida, dependente para as AVDS (ARANTES, 2013).

Frente a essa situação, é possível citar algumas doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, neoplasias, doenças pulmonares, demências, como a doença de Alzheimer, depressão, doenças crônicas do fígado, doenças renais, entre outras que conduzem à necessidade de CP, principalmente nos estágios avançados (ARANTES, 2013).

Assim, os CP, tem se destacado junto as pessoas idosas, pois com o aumento dos anos vividos em decorrência de transições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, que é uma realidade tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, como o Brasil (CAMARANO, 2010), aumentam, também, as doenças fora de possibilidade de cura. A esse respeito, a população idosa é potencial para demanda de CP, pois o aumento da expectativa de vida e da longevidade populacional relaciona-se à possibilidade do aparecimento de doenças degenerativas e crônicas que os tornam mais suscetíveis a precisarem de cuidados prolongados na terminalidade de suas vidas, sendo necessário, portanto, profissionais capacitados para o atendimento de tais necessidades (GOMES; THIOLENT, 2018).

Dessa maneira, as doenças crônicas, como é o caso da DA, acarretam mudanças fisiológicas no corpo da pessoa idosa, acompanhando muitas vezes das agudizações das morbidades crônicas e degenerativas advindas desse processo, com declínio das funções biológicas e comprometendo a QV. Dessa forma, tornam-se necessárias intervenções através da terapêutica de CP, considerando a impossibilidade de cura dessas doenças (SILVEIRA et al, 2016; FREITAS; PEREIRA, 2013).

Os princípios do CP em relação a pessoa idosa enferma são: o cuidado integral; o trabalho com a família; a promoção da autonomia e da dignidade, o que implica na elaboração

dos objetivos terapêuticos em conjunto com o paciente e sua família, estabelecendo assim, uma relação honesta e franca. Na modalidade de CP, não existe a possibilidade de não haver nada a ser feito, pois compreende-se que sempre se pode realizar algo pela pessoa e sua família, proporcionando um ambiente no qual haja respeito, apoio e comunicação que contribui para o controle dos sintomas e com o trabalho interdisciplinar (PESSINI, 2004).

Atuação dos profissionais na equipe de cuidados paliativos

A prática de cuidados paliativos pode ser realizada e desempenhada em qualquer contexto e instituição. Para um melhor desempenho dessa modalidade, é necessária uma equipe interdisciplinar, geralmente, composta por assistente social, cirurgião dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, musicoterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeutas ocupacionais, um conselheiro, um capelão, entre outros profissionais (SI VA, et al, 2009).

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe. Na perspectiva social, busca-se primeiramente conhecer família, paciente e cuidadores, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. Dessa maneira, cabe ainda ao profissional assistente social avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral (CARVALHO; PARSONS, 2012).

O papel do cirurgião dentista está relacionado ao contributo para o diagnóstico e tratamentos nessa área, mas também para a realização de Cuidados Paliativos bucais que possam beneficiar os pacientes (SIQUEIRA, et al, 2009). O Manual de Cuidados Paliativos ANCP (2012) aponta que um dos mais relevantes cuidados odontológicos aos pacientes em CP é o controle das infecções buco-dentais através de prevenção ou tratamento, pois estes são fontes potenciais de complicações locais e sistêmicas devido à bacteremia.

O enfermeiro é o profissional responsável pelo cuidado direto e indireto de pessoas em todas as áreas assistenciais que demandam ações de enfermagem. Dentre as habilidades do profissional enfermeiro, destacam-se a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; para junto a equipe multiprofissional, estabelecer prioridades para cada paciente, para a interação da dinâmica familiar e, especialmente, para as orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe multidisciplinar sejam alcançados. O enfermeiro inserido na equipe multidisciplinar atua em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas

com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A assistência farmacêutica em CP está principalmente focada em informar aos demais membros da equipe sobre as disponibilidades dos medicamentos para tratar os sintomas comuns associados aos CP, tais como dor, dispneia, insônia e sonolência diurna, delírium, xerostomia, anorexia e caquexia, náuseas, vômitos e obstipação. Ainda com relação aos fármacos, adequa as formas farmacêuticas disponíveis às possibilidades farmacotécnicas e vias de administração, respeitando os aspectos técnicos e legais, bem como informa aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento corretos dos medicamentos (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009). Outra ação importante está relacionada à busca ativa por problemas relacionados à medicamentos (PRMs), acompanhamento terapêutico, monitorização e individualização de doses, reconciliação terapêutica e desprescrição, beneficiando os pacientes em termos de conforto e qualidade de vida (MARQUES, 2018).

O profissional fisioterapeuta, a partir de uma avaliação minuciosa, realiza um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, da dor e outros sintomas. O profissional oferece suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com impacto sobre a QV, com dignidade e conforto, além de auxiliar os familiares na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e no luto (CARVALHO; PARSONS, 2012).

O profissional fonoaudiólogo contribuirá principalmente na avaliação, prevenção e reabilitação. Desta forma, auxiliará na segurança e eficácia da deglutição, a partir de adequações na postura corporal e cervical, manobras e adaptações em volumes e utensílios, modificará a consistência da dieta e oferecerá os alimentos de forma fracionada. Também poderá facilitar a comunicação, através da prancha alternativa de comunicação. Todavia, o sujeito terá possibilidade de se relacionar/conviver com os demais familiares e amigos através da comunicação e alimentação. Conseqüentemente minimizará os aspectos que influenciam na qualidade de vida deste usuário (SAN ANA; et al, 2020).

O profissional médico na equipe de CP é responsável pelos diagnósticos clínicos. Deste modo, o profissional deverá informar o usuário/familiares, através de uma comunicação aberta sobre o prognóstico e trajetória da doença. Assim, juntamente com o usuário e acompanhantes irá realizar o planejamento do melhor tratamento para promover o alívio da dor e demais sintomas. Podendo ser através de prescrições de fármacos, apoio psicossocial e espiritual, sempre respeitando a realidade e desejo do usuário. Obtendo como resultado o alívio/redução do sofrimento e a preservação da dignidade do paciente e demais familiares (OLIVEIRA, 2020).

O profissional da musicoterapia, em sua inserção no campo dos CP, tem como objetivo auxiliar na integração dos aspectos fisiológicos, psicológicos e emocionais do

indivíduo em tratamento de doenças ou incapacidades, utilizando a música, seus elementos e influências de forma controlada. A música gera efeitos nos seres humanos de forma integral, atingindo os aspectos físicos, psicossociais e espirituais, exercendo uma função social, de agregar e congregar. Nesse sentido, a atividade com música, pode conectar o indivíduo com seu mundo interno e refletir as emoções humanas, despertando prazer ou desconforto (PETERSEN, 2012).

O nutricionista é um dos profissionais responsáveis dentro da equipe multiprofissional de CP. Seu papel tem o intuito reduzir o desconforto que a doença produz durante a alimentação, de fazer com que esse momento seja adequado ao quadro quanto as necessidades nutricionais de acordo com cada caso, e possibilitar a relação social do usuário durante as refeições. Além disso, o nutricionista garante por meio de uma dieta adequada nutricionalmente segura de acordo com as necessidades calóricas conforme a fase em que o paciente se encontra, permitindo assim um aporte de nutricional confortável e suficiente conforme funcionamento na resposta do trato digestório, aceitação alimentar, nível de consciência e relações familiares. Portanto, esse profissional, quando inserido em uma equipe multidisciplinar, deve auxiliar no planejamento do plano terapêutico, contribuindo com seu conhecimento técnico e informações relevantes sobre hábitos alimentares e significado da alimentação para os C (CORRÊA; ROCHA, 2021).

O profissional psicólogo atuando na área de CP, tem funções como: falar acerca da morte como algo natural, trabalhar com o indivíduo acerca da reorganização de sua vida, auxiliando na compreensão da proximidade da morte e na possibilidade de viver esse período de forma agradável e satisfatória, estimulando o paciente a rever pessoas importantes, além de trabalhar sobre o perdão e sua importância. Inserido na equipe de CP, o psicólogo necessita uma postura de respeito, observando o desconforto sentido em decorrência da doença, as dores e a autonomia do usuário. Além disso, esse profissional pode atuar como apoio para a família dos pacientes, trazendo conforto e evitando possíveis adoecimentos psicológicos futuros (VIEGAS et al., 2018).

O Terapeuta Ocupacional nos CP, auxilia não somente o paciente, mas também o cuidador a lidar com as dificuldades referidas e observadas, a fim de obter maior conforto, dignidade e QV, com o objetivo de promover o nível máximo de independência e/ou autonomia no desempenho ocupacional, mantendo o significado e o controle da mesma, apesar das perdas funcionais, cognitivas, sociais e emocionais (QUEIROZ, 2012). Assim, evidencia-se que a atuação da terapia ocupacional é fundamental na procura pela manutenção de um sentido para a vida do paciente, muitas vezes num contexto de limitações, como é o caso dos que se encontra em CP (BALTAZAR; PESTANA; SANTANA, 2016).

Para que haja condições de oferecer este cuidado integral à pessoa em CP e sua família, o Manual de Cuidados Paliativos declara importante a intervenção do capelão e de sua equipe de capelania, também chamados de assistentes espirituais (ANCP, 2012). Essa intervenção visa apoiar a fé em Deus. O suporte da comunidade religiosa, potencializa

sensação de bem-estar, de pertencer, de ser amado, de dignidade e paz e, conduz a pessoa em CP, a uma compreensão de que será acompanhado até o fim de seus dias. Além disso, o fato de saber que sua família continuará a receber suporte, conforto no luto e amparo social, emocional e espiritual ajudará o a pessoa em CP a ter paz, fazendo assim, com que a função da capelania nos CP se cumpra (ANCP, 2012).

Assim, denota-se que oferecer o atendimento espiritual como parte do serviço de saúde é permitir a pessoa em CP, expressar sentimentos e emoções por meio do diálogo e escuta ativa sobre a morte e o morrer. Assim, pode-se ajudá-la a participar das decisões referentes ao seu tratamento e dos seus desejos finais (ANC , 2012).

Contudo, para além de compreender a atuação de cada profissional na equipe de cuidados paliativos, deve-se salientar que essa atuação ocorre de forma integrada e articulada, já que a atenção integral a pessoa idosa em CP pela DA exige, por sua natureza, atuação em um contexto interprofissional, conduzido por meio do trabalho em equipe de saúde. Assim denota-se, conforme Batista (2012) que a atuação interprofissional deve permitir a reflexão sobre os papéis profissionais, com vistas a identificação de necessidade singular de cada ser humano. Além disso, precisa levar em consideração e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo permitiu descrever aspectos relevantes acerca do envelhecimento com a doença de Alzheimer, bem como sobre os cuidados paliativos e a atuação dos profissionais nesse contexto

O estudo demonstrou que o processo de envelhecimento populacional está em alta, associado ao bom nível de saúde e de QV dos idosos. Entretanto, com as estimativas prevendo um aumento significativo na expectativa de vida da população brasileira, o Brasil apresentará um maior índice de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, como a DA.

A medicina ainda não oferta um tratamento que possa reverter os declínios físicos e cognitivos causados pela DA, esta afeta gravemente as AVDs das pessoas com o diagnóstico, tornando prioridade a busca por manter o máximo de QV dessas pessoas. Nesse contexto, os CP são uma maneira de proporcionar bem-estar e conforto, uma vez que estes têm por objetivo melhorar a QV dos pacientes e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida. Assim, o estudo apresenta um recorte sobre atuação dos profissionais que compõe a equipe de CP e, de que forma, os mesmos podem auxiliar a pessoa e a família a vivenciarem esse processo.

Desse modo, os resultados desta pesquisa podem potencializar discussões e

reflexões entre os profissionais da área de saúde, familiares/cuidadores, nas famílias e na sociedade como um todo, com vistas a um melhor cuidado à pessoa idosa, especialmente no contexto dos CP. Compreendendo a complexidade que envolve as questões relacionadas ao envelhecimento com a DA e os CP, sugere-se a realização de mais estudos voltados a buscar auxiliar os profissionais da área de saúde, familiares/cuidadores e as pessoas idosas com DA nesse processo.

REFERÊNCIAS

ARANTES, A.C.L.Q. **Indicações de Cuidados Paliativos**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 56-74. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. [Internet]. São Paulo: ABRAZ; 2012.

BALTAZAR, H. M. C.; PESTANA, S. C. C.; SANTANA, M. R. R.. Contributo Da Intervenção Da Terapia Ocupacional Nos Cuidados Paliativos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 2, p. 261-273, 2016. Editora Cubo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0692>.

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**. V.2, s/n, p.25-8, 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p. Acessado em: 23 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acessado em: 23 dez. 2020.

BRUM, C.N., et al. **Revisão narrativa: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem**. In: COSTENARO R e LACERDA MR. Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 124-142.

CALDAS, G.H.O.; MOREIRA, S.N.T.; VILAR, M.J. Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p- 269-280, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KHBfrn9rBkwNTNtp88nCthD/?lang=pt&format=pdf>

CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido**. Rio de Janeiro: IPEA; 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado. 2. ed.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 592 p. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>.

CONCEIÇÃO, M.V., et al. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. **Rev. Bioética**. vol. 27, n.1, Brasília, 2019.

CORRÊA, M. E. M.; ROCHA, J. S. O papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Health Residencies Journal - Hrj**, [S.L.], v. 2, n. 11, p. 147-159, 26 abr. 2021.

COSTA, A. P. P.; OTHERO, M. B. Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos. In: _____. **Reabilitação em Cuidados Paliativos**. Loures, Portugal: Lusodidacta, 2014. p.23-36.

FARLOW, M.R. Alzheimer disease. In: FILLIT, H.M.; ROCKWOOD, K.; WOODHOUSE, K. **Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 7th Edition, Philadelphia: Saunders, Elsevier; p. 411-420, 2010.

FREITAS, N.O.; PEREIRA, M.V.G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v.37, n.4, p-450-457, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/percepcao_enfermeiros_sobre_cuidados_paliativos.pdf,

GAIOLE, C.C.; FUREGATO, A.R.; SANTOS, J.L. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**. v.21, n. 1, p.150-157, 2012.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. **FapUNIFESP** (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>

GOMES, M. C. P. A.; THIOLENT, M. J. M. Cuidados Paliativos: o desafio do cuidado de idosos na terminalidade da vida. **Diálogo**, n. 37, p. 29-38, 2018. Centro Universitário La Salle - UNILASALLE. <http://dx.doi.org/10.18316/dialogo.v0i37.4222>

HERNANDEZ, S.S.S.; VITAL, T.M.; GOBBI, S.; COSTA, J.L.R.; STELLA, F. Atividade física e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com demência de Alzheimer. **Motriz: Revista de Educação Física**, Rio Claro, v. 17, n. 3, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 201 : **Características da população e dos domicílios - resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

ILHA, S.; BACKES, D.S. (Re)Organização familiar no contexto da Doença de Alzheimer em idosos: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 13, Sup 1, p. 478-481, 2014.

MARQUES, M.F.M. et al. **Cuidados Paliativos em Portugal - A perspectiva e o papel do farmacêutico**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.

LENARDT, M.H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med**. v.42, n. ° 2 (Supl 1), 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11036>

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, p.18-21, 2008.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol** [Internet]. 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>

OLIVEIRA, S. M. C. D. Educação Médica: Medicina Paliativa e Doença de Alzheimer. **Revista Extensão - 2020 - v.4, n.1**, Palmas, v. 4, n. 1, p. 120-127, abr./2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/issue/view/76>. Acesso em: 14 jul. 2021.

PESSINI, L. **Humanização da dor e do sofrimento humanos na área de saúde**. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 2a ed. São Paulo: Loyola, p. 11-28, 2004.

PETERSEN, Elisabeth M. Buscando Novos Sentidos à Vida: Musicoterapia em Cuidados Paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, p. 63-69, abril/junho, 2012.

QUEIROZ, M. E. G. Atenção em cuidados paliativos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.021>.

SANTANA, P. P. C. *et al.* Atuação fonoaudiológica a pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Research Society and Development**, Itajubá, v. 9, n. 8, p. 1-18, jun./2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342596717_Atuacao_fonoaudiologica_a_pacientes_em_cuidados_paliativos_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 14 jul. 2021

SANTOS, F.H., et al. Highlights from the International Summit on Intellectual Disability and Dementia Implications for Brazil. **Dementia & Neuropsychologia**, v.12, n.4, p- 329-336, 2018.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Texto e Contexto. Porto Alegre**, v.10, n.2, p.388-398, 2011.

SILVEIRA, N.R., et al, Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam, **Rev. Bras. Enferm.** v.69, n.6, Brasília Nov./Dec, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601074,

SILVA, D.A., et al. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.3, p. 358-364, São Paulo, 2009.

SIQUEIRA, J. T. T.; JALES, S. M. C. P.; VILARIM, R. C. B.; SIQUEIRA, S. R. D. T.; TEIXEIRA, M. J. Dor orofacial e Cuidados Paliativos orais em doentes com câncer. **Prática Hospitalar**. v.62, p-127-133, 2009.

SOUSA, J.M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paul Enferm.**, Distrito Federal, v. 3, n. 28, p. 264-269, 2015.

TALMELLI, L.F.S., et al. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. **Acta paul enferm.**, v.26, n.3, p. 219-225, 2013.

TREVISANA, A.R.; REKSUA, S.; ALMEIDA, W.D.; CAMARGO, M.J.G. A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas-hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 105-117, 2019. Editora Cubo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1263>.

VIEGAS, M. P. B. et al. Cuidados Paliativos: competências e intervenções do psicólogo. **Amazônia Science & Health**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 30-36, 10 dez. 2018.

VIZZACHI, B. A. et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Rev Esc Enferm USP.**, v.49, n.6., p-933-938, 2015.

ZORZETTI, R.C.S.; MANFRO, P.H.G; RAMOS, L.A. Processo de Perdas e Morte em Cuidados Paliativos: Paciente, Família e Equipe Assistente. **Rev. Acta Medica** . v. 39, n.2,2018.

WHO. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO; 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. Geneva: WHO. 2012
Available from:http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DETECÇÃO, PREVENÇÃO E MANEJO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Data de aceite: 01/09/2021

Olvani Martins da Silva

<http://lattes.cnpq.br/8728843913477720>
<https://orcid.org/0000-0002-4285-3883>

Edir Cervinski

<http://lattes.cnpq.br/2419173880183519>

Gabrieli Bieger

<http://lattes.cnpq.br/9779072948195472>

Morgana Cristina Nardi

<http://lattes.cnpq.br/3854104704813226>

Bruna Chioffi Presoto

<http://lattes.cnpq.br/6080301371922211>

Gabriele Cristine Metzger

<http://lattes.cnpq.br/5127425537171626>

Francielli Girardi

<http://lattes.cnpq.br/8528278395222858>

Fabiane Pertille

<http://lattes.cnpq.br/6125043010488123>
<https://orcid.org/0000-0003-1178-2637>

RESUMO: Objetivo: conhecer as práticas utilizadas pela equipe de enfermagem da Atenção Primária na detecção, prevenção e manejo da Doença Renal Crônica. **Metodologia:** estudo transversal realizado com 132 profissionais atuantes nas unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município no oeste catarinense com experiência profissional de três meses, de ambos os sexos. Um questionário foi utilizado para coleta dos dados, e estes foram analisados

pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20. O estudo seguiu as recomendações éticas. **Resultados:** para os enfermeiros, a forma de descobrir a Doença Renal Crônica nos pacientes assistidos na atenção primária ocorre através do teste da função renal, conversas informais, informações repassadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares. Para os técnicos, ocorre quando os pacientes vêm para unidade ou através de informações do Agentes comunitários de Saúde. Parte dos enfermeiros consideram-se despreparados para informar sobre Doença Renal Crônica e as modalidades do tratamento. O fumo, a obesidade, diminuição da Pressão arterial foram apontados pelos enfermeiros como fatores modificáveis capazes de prever a Doença Renal Crônica. Entre os técnicos, fatores considerados de risco para desenvolver doença renal crônica são hipertensão, diabetes, álcool e tabagismo. **Conclusão:** as práticas utilizadas pela equipe de enfermagem da Atenção Primária na detecção, prevenção e manejo da Doença Renal Crônica se apresentou diversificada de acordo com a formação dos profissionais

PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crônica. Equipe de Enfermagem. Estratégia Saúde da Família; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

PRIMARY HEALTH CARE NURSING
TEAM: DETECTION, PREVENTION AND
MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY
DISEASE

ABSTRACT: Objective: to know the practices used by the nursing team of Primary Health

Care on the detection, prevention and management of the Renal Insufficiency Chronic. **Methodology:** cross-sectional study performed with 132 acting professionals in the units of Family Health Strategy of a city in the Santa Catarina West with professional experience of three months, of both sexes. A quiz was used to data collect, and these were analyzed by the *Statistical Package for Social* program (SPSS) version 20. The study followed the ethic recommendations. **Results:** the way to discover the Renal Insufficiency Chronic in the assisted patients on the Primary Health Care occurs through the Function Renal Test, informal conversation, information passed on by the Community Agents of Health during the household visits. For the technicians, it occurs when the patients come to the unit or through Community Agents of Health information. Part of nurses consider themselves unprepared to report about Renal Insufficiency Chronic and the sorts of treatment. The smoke, the obesity, the reduce of arterial pressure were classified by the nurses as mutable factors able to predict the Renal Insufficiency Chronic. Among the technical, factors considered of risk are hypertension, diabetes, alcohol and smoking. **Conclusion:** the practices used by the nursing team of Primary Health Care on the detection, prevention and management of the Renal Insufficiency Chronic presented itself as diversified according to the professionals formatio **KEYWORDS:** Renal Insufficienc , Chronic, Nursing team. Family Health Strategy. Knowledge, attitude and practice in health.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em perda progressiva e irreversível das funções renais, está associada a altas taxas de morbimortalidade, perda da qualidade de vida e custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os principais grupos de risco para a doença são indivíduos portadores de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), histórico familiar de DRC, e o envelhecimento da população que geralmente evolui para algum tipo de doença crônica não transmissível (SESSO et al., 2017).

No cenário nacional, a DRC ainda é subnotificada, fazendo-se necessário os cuidados primários da atenção básica serem mais cautelosos diante das comorbidades do paciente hipertenso e diabético, incluindo a perda da função renal, intensificando o rastreamento precoce da doença desses pacientes com a intenção de diminuir os agravos da DRC (ANDRADE; ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Estudo publicado em 2016, alerta para a falta de ações específicas voltadas a detecção precoce da doença renal no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). A falta de implementação de medidas de prevenção da doença e medidas de intervenção no ritmo da progressão da mesma prejudicam a qualidade de vida do paciente (SANTOS 2017).

Para tanto, a identificação precoce, o acompanhamento continuado desses pacientes, a avaliação da função renal através de exames, a orientação e educação continuada são as formas mais eficazes para conter a progressão da doença (DALLACOSTA; DALLACOSTA; MITRUS, 2017). Salienta-se que a busca por novas estratégias terapêuticas e novos biomarcadores é de grande importância mas, as medidas preventivas são altamente

necessárias (DOMINGOS et al., 2017).

Os profissionais de atenção básica são geralmente responsáveis pelo primeiro contato com pacientes com DRC, porém, muitas vezes os encaminhamentos ao serviço secundário é realizados tardiamente, acarretando para o paciente descobrir o diagnóstico em estágio avançado, já nos serviços de emergência, sem ter recebido orientações de controle anteriormente. Entre os principais motivos do retardo no encaminhamento destaca-se a falta de conhecimento da epidemiologia da doença, dos critérios de avaliação para diagnóstico precoce e dos objetivos e cuidados ao paciente renal nos estágios iniciais (SANTOS et al., 2017).

Vale ressaltar que a estratégia saúde da família (ESF) tem sua fundamentação na promoção e orientação das ações e das práticas de saúde, de forma integral e contínua, integrando e validando os princípios básicos do SUS, de forma operacional com equipes multiprofissionais nas unidades básica, com vistas ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade, tornando-se o alicerce de organização do SUS (MELO et al.; 2016).

Para isso, os profissionais de saúde precisam estar motivados, capacitados, e qualificados frente a real situação de saúde da população. Quer seja por meio da educação em saúde sobre medidas preventivas e/ou pela implementação de protocolos para facilitar a aplicação dessas medidas (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014).

Diante do crescimento relevante da DRC e do conhecimento das implicações da mesma para a saúde da população, se evidencia a importância de estabelecer estratégias e ações de saúde voltadas prevenção. Dessa forma, os serviços e os profissionais envolvidos devem estar atentos, saber identificar os fatores de risco que favorecem o surgimento das complicações crônicas de maneira que os sujeitos envolvidos estejam preparados para enfrentar o processo de adoecimento, e de adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2017).

O enfermeiro, por ser o profissional que tem o primeiro contato com o paciente na APS, é o elo de apoio na educação em saúde destes e de seus familiares, contribuindo na prevenção e também na progressão das doenças crônicas (SILVA et al., 2015).

Também pode ser ator coadjuvante no monitoramento, com uma abordagem geral ao paciente, atentando para os fatores de risco (hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, diabetes) e outros relacionados a doença, e juntamente com a equipe multidisciplinar auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença em estágios iniciais até o encaminhamento para o especialista, propondo uma avaliação integral junto a equipe de saúde (SANTOS et al., 2017).

Mediante a essas prerrogativas, o objetivou-se conhecer as práticas utilizadas pela equipe de enfermagem da Atenção Primária na detecção, prevenção e manejo da Doença Renal Crônica em um município do Oeste Catarinense.

METODOLOGIA

O presente estudo deriva de um projeto maior, intitulado: Doença renal crônica: panorama de atenção à saúde na rede de um município do oeste catarinense. Para este capítulo, será apresentado resultados de uma abordagem transversal realizada com a equipe de enfermagem da atenção primária de um município no oeste catarinense. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2018. Entre as 41 Estratégia Saúde da Família (ESF) liberadas pela secretaria de saúde para pesquisa, foram excluídas as que pertenciam a zona rural e as que não aceitaram participar do estudo ou que não retornaram o convite.

Foram incluídos profissionais da enfermagem atuantes nas unidades da ESF, com experiência profissional mínima de três meses, de ambos os sexos, e que aceitaram participar do estudo, assim totalizou uma amostra de 132 profissionais, destes 26 enfermeiros e 102 técnicos e auxiliares de enfermagem. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se para os **enfermeiros** um questionário, elaborado com questões fechadas adaptado do estudo de Fonseca (2010), cujo foco é voltado para a atenção primária. Foram incluídas questões referentes as características dos profissionais, rotinas do ambiente de trabalho para a busca, detecção e orientação do paciente renal crônico de acordo com a formação profissional. Para os enfermeiros, utilizou-se também de questões específicas referentes à doença renal e formas de tratamento, as quais foram fundamentadas e respaldadas pelo *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease-KDIGO* (2012). Dessa forma a correção das respostas seguiram as recomendações do referido *Guideline*.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu nas UBS do município de Chapecó de acordo com agendamento com os enfermeiros. Com os técnicos e auxiliares ocorreram durante oficinas do projeto de extensão intitulado “Enfrentamento da Doença Crônica Não Transmissível: pensando a integralidade do cuidado do paciente renal crônico”.

Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas por frequências e percentuais. O estudo seguiu as recomendações éticas e foi aprovado no comitê de ética da Universidade do Estado de Santa Catarina som parece consubstanciado 2.812.386 de 10 de agosto de 2018, e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A maioria dos profissionais era do sexo feminino, com tempo de formação superior a dez anos, 17(65%) dos enfermeiros possuía especialização e desenvolviam a função de enfermeiro assistencial. Dos 106 profissionais de nível médio e fundamental, 79 (74%)

tinham formação de técnicos de enfermagem, embora 93(88%) eram contratados com função de auxiliares. Sinalizaram já ter recebido treinamento sobre doença renal crônica 8(31%) dos enfermeiros e 80 (75%) dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Quando questionados sobre as práticas dos enfermeiros da ESF para descobrir se os pacientes estão com doença renal crônica, os profissionais descrevem usar do teste da função renal, conversas informais, informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e visitas domiciliares para descobrirem os pacientes com a doença na sua área de abrangência. A utilização do teste da função renal, ao todo aparece em 20(53,8%) das respostas. Entretanto, quando questionados sobre a frequência da monitoração dos exames laboratoriais dos pacientes, monitoram os exames com frequência 18(69%), ou seja, proporção inferior a resposta “descobre a DRC através do teste de função renal”.

Em relação a prevenção da doença renal na atenção primária, ao questionar os enfermeiros se estes realizam as orientações na consulta de enfermagem sobre a prevenção da doença, 14(54%) realiza frequentemente na unidade e 9(35%) na visita domiciliar

Variáveis	Total n=26
Com faz para descobrir paciente com DRC na área de abrangência	
Teste da função renal, conversas informais, informações dos ACS e visitas domiciliares	10(38%) 4 (15%)
Pelo teste da função renal	4 (15%)
Teste da Função renal e informações dos ACS	2 (7%)
Teste da função, pelos ACS e visita domiciliar	4(15%)
Outros	
Sem respostas	2 (7%)
Você monitora os exames laboratoriais	
Frequentemente	18(69%)
Eventualmente	5(19%)
Raramente	3(11%)
Você presta orientações para prevenção da doença na consulta de enfermagem na unidade de saúde	
Frequentemente	14(54%)
Eventualmente	10(38%)
Raramente	2(8%)
Presta orientação da prevenção da doença na visita domiciliar	
Frequentemente	9(35%)
Eventualmente	11(42%)
Raramente	4(14%)
Sem resposta	2(8%)

Nota= DRC doença renal crônica; ACS=Agente comunitário de saúde.

Tabela 2- Práticas dos Enfermeiros na prevenção da Doença renal crônica nas unidades de saúde um Município do Oeste Catarinense. Chapecó, SC.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Para os técnicos de enfermagem as práticas utilizadas para detectar se o paciente apresenta doença renal, dentre as alternativas contidas no instrumento de pesquisa, a maioria aponta que a descoberta ocorre quando o paciente procura a unidade de saúde, seguido de informações recebidas pelos agentes comunitários de saúde.

Variáveis	n=106	
	Sim	Não
Fazendo busca ativa	20(19%)	81(76%)
Através de sua visita domiciliar	41(39%)	60(57%)
Quando ele vem para a Unidade	84(79%)	17(16%)
Através de informações do ACS	62(58%)	38(36%)
Através de informações de familiares	59(56%)	42(40%)
Através dos grupos	36(34%)	65(61%)

Nota: Variáveis categóricas (%).

Tabela 2- Como Técnicos de enfermagem descobre a existência de paciente renal crônico em sua área de abrangência. Chapecó- SC, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No estudo, também foi abordado a prática dos enfermeiros acerca do manejo dos pacientes com doença renal crônica, sendo que, foi lançado o questionamento se os enfermeiros consideravam importante o serviço especializado no manejo do paciente com doença renal, e a maioria 18 (60%) não consideraram como necessário o serviço especializado.

Já sobre a descoberta de que o paciente iniciou diálise ou realizou transplante renal em sua área de abrangência, 13(50%) responderam que descobrem os pacientes que iniciaram algum tipo de TRS através da visita domiciliar e solicitando à família para que entrem em contato caso o paciente inicie programa substitutivo.

Em relação a frequência das visitas domiciliares aos pacientes que iniciaram a TRS, 10 (38%) afirmam visitar os pacientes eventualmente, 7 (27%) frequentemente, 5 (19%) raramente, um percentual baixo porém de destaque é para os que responderam nunca ter visitado estes pacientes 4 (15%).

Durante as visitas 8 (31%), realizam orientações sobre as modalidades de TRS em alguns encontros, muito raramente e em quase todos os encontros obtiveram o mesmo percentual. Quanto as orientações de cuidados com a fístula arteriovenosa durante a visita

domiciliar, observa-se haver uma vulnerabilidade, em que 8 (31%) orientam em alguns encontros, e os demais orientam raramente ou nunca prestam orientação.

Quando questionados sobre a avaliação da FAV durante a visita domiciliar e na unidade de saúde, observa-se um descompasso, no percentual dos que realizam avaliação e dos que prestam orientação sobre os cuidados com a fístula. Dados apresentados na Tabela 3.

Variáveis	N=26
Considera importante ter um serviço especializado de apoio ao paciente com DRC	
Não	18(69%)
Sim	7(27%)
Como descobre os paciente que iniciaram diálise ou realizaram transplante renal em sua área de abrangência	
Pergunta nas visitas e pede para a família avisar	13(50%)
Pergunta nas visitas domiciliares	3(11%)
Pede para família avisar e entra em contato com serviço de nefrologia	2(8%)
Via ACS	2(8%)
Outros e sem resposta	6(23%)
Faz visita ao paciente em Terapia renal substitutiva	
Eventualmente	10(38%)
Frequentemente	7(27%)
Raramente	5(19%)
Nunca	4(15%)
Nessas visitas orienta sobre as modalidades da terapia renal substitutiva	
Em alguns encontros	8(31%)
Muito raramente	7(27%)
Em quase todos os encontros	5(19%)
Nunca	5(19%)
Sem resposta	1(4%)
Na visita domiciliar orienta o paciente com os cuidados em relação a fistula arteriovenosa	
Em quase todos os encontros	8(31%)
Em alguns encontros	7(27%)
Muito raramente	5(19%)
Nunca	4(15%)
Sem resposta	2(8%)
Na consulta na unidade orienta o paciente com os cuidados em relação a fistula arteriovenosa	
Em quase todos os encontros	9(35%)
Em alguns encontros	8(31%)

Nunca	4(15%)
Muito raramente	2(5%)
Sem resposta	3(11%)
Avalia o funcionamento da Fístula Arteriovenosa na visita domiciliar	
Em quase todos os encontros	6(23%)
Em alguns encontros	6(23%)
Nunca	6(23%)
Muito raramente	5(19%)
Sem resposta,	3(11%)
Avalia o funcionamento da Fístula Arteriovenosa durante consulta de enfermagem da unidade	
Em alguns encontros	11(42%)
Nunca	6(23%)
Em quase todos os encontros	5(19%)
Muito raramente	3(11%)

Tabela 3 - Manejo do paciente com doença renal crônica pelos enfermeiros da Atenção Primária em Saúde de um Município do Oeste Catarinense. Chapecó- SC, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação ao auto preparo para orientar o paciente, observa-se que 50% dos enfermeiros não se consideram preparados para informar sobre a doença renal crônica, e a maioria se julga não preparado para orientar cuidados sobre as modalidades de terapia renal substitutiva, em especial a diálise peritoneal, conforme apresentado na tabela 4.

Se considera capacitado para prestar informações relacionadas				
	DRC	Hemodiálise	Diálise peritoneal	Transplante
Não	13(50%)	16(61%)	20(77%)	18(69%)
Sim	11(42,3%)	8(31%)	5(19%)	7(27%)

Tabela 4- Preparo dos enfermeiros da Atenção Primária na prestação de informações sobre a doença renal crônica e suas modalidades de tratamento. Chapecó SC, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para explorar a questão do auto preparo dos profissionais, foram elaborada algumas questões referente ao conhecimento que estes possuíam sobre a DRC, as quais possuíam múltiplas variáveis. Observou-se que a grande maioria dos enfermeiros considera que a classificação da DRC está baseada na causa, na categoria da taxa de filtração glomerular (TFG) e na albuminúria, como aspectos estratificadores da classificação. Porém o item “alterações anatômicas” quase não foi citado.

O fumo, obesidade, diminuição da PA e albuminúria, foram fatores apontados como

modificáveis pelos profissionais da atenção primária como capazes de prever a DRC. No entanto, 6(23%) dos profissionais, citaram o histórico familiar como fator modificável

Já as complicações associadas com a perda da função renal, dentre as variáveis sugeridas pelo estudo, foram assinaladas pela maioria dos profissionais a anemia, alterações no metabolismo mineral ósseo, alterações da albumina, alterações do hormônio paratireoides (PTH) e acidose metabólica.

E como manejo da doença a maioria diz ser através do controle da PA, glicemia e ácido úrico, atenção ao risco da LRA, redução do sódio, hemoglobina alvo 7% e atividade física.

Quando questionados sobre as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde, conforme figura abaixo, 52% já ouviu falar, os demais assinalaram ter acessado em algum momento, não têm conhecimento das mesmas e que a política é importante, mas não tem tempo para se deter a ela. Dados representados pelo gráfico 1

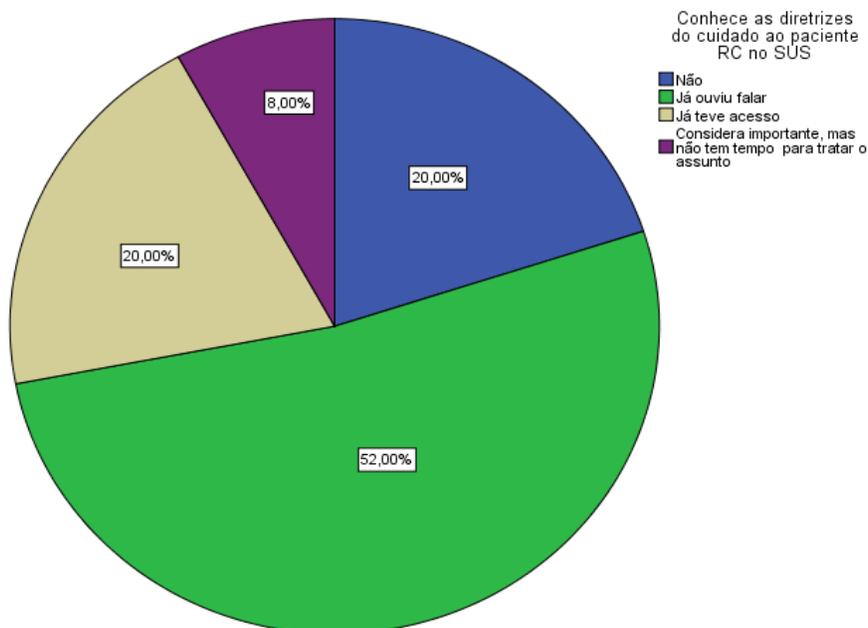


Figura 1- Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema único de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Quanto aos técnicos de enfermagem em relação ao preparo para abordagem ao paciente com DRC, foi investigado o conhecimento sobre os fatores de risco para desenvolver a doença. Para tal, foi apresentado múltiplas variáveis corretas e incorretas,

como opção de escolha. A maioria apontou como fator de risco aqueles conhecidos na literatura, porém, alguns elementos infundados foram apontados por uma minoria dos profissionais como sinais e sintomas, os quais estão descritos na tabela 4.

Variáveis	n=106	
	Sim	Não
Fumo	63(62%)	38(36%)
Álcool	81(76%)	23(22%)
Obesidade	66(63%)	38(36%)
Depressão	18(18%)	85(80%)
Diabetes	83(78%)	21(20%)
Hipertensão Arterial	83(78%)	21(20%)
Osteopenia	13(12%)	91(86%)
Todas as afirmativa	16(15%)	88(83%)

Nota: Variáveis categóricas (%).

Tabela 4- Fatores Considerados de Risco para Desenvolver Doença Renal Crônica. Chapecó -SC, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Quanto aos sintomas apresentados pelo paciente renal crônico, para os técnicos de enfermagem é o edema, a oligúria, cansaço, náuseas, coloração parda da pele, anemia. Mas chama atenção ao assinalarem a febre.

Variáveis	n=106	
	Sim	Não
Náuseas	47(44%)	58 (54%)
Vômitos	37(35%)	68(64%)
Cansaço	71(67%)	34(32%)
Edema	95 (90%)	9(8%)
Febre	42(40%)	63(60%)
Oligúria	75(70%)	29(27%)
Poliúria	33(31%)	72(68%)
Coloração parda da pele	63(59%)	42(39%)
Anemia	52(49%)	53(50%)
Prurido	32(30%)	72(69%)
Alteração do sono	23(22%)	82(77%)

Nota: Variáveis categóricas (%).

Tabela 3- Sinais e sintomas Relacionados a Doença Renal Crônica. Chapecó – SC, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

DISCUSSÃO

Esse é um dos poucos estudos que aborda a Prática e conhecimento dos enfermeiros inseridos na atenção primária em relação a prevenção e manejo da doença renal crônica, pois o que se observa na literatura é a temática pautada na alta complexidade.

Em um estudo que investigou as estratégias para prevenção e progressão da doença renal crônica na atenção primária, identificou uma falta de discussão sobre os temas relacionados e a necessidade de abordagem desses para melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes com doenças relacionadas a complicações renais. Para o autor, os enfermeiros da atenção primária, não estão realizando o acompanhamento integral no processo de prevenção e progressão da DRC, exames essenciais não são solicitados e nem seguem o que é preconizado pelos protocolos ministeriais. (ANDRADE; ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Possivelmente, isso se explica pela necessidade de capacitação e preparo das equipes da atenção primária frente a prevenção e progressão da DRC. A atualização dos conhecimentos qualifica o profissional para prestar um atendimento integral e de qualidade (PAULA et al., 2016).

Estudo realizado em um município de Minas Gerais, em 14 unidades de atenção primária e um centro de atenção secundária no período de 2010 a 2013 avaliou a estrutura, processo e resultado do “Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos. Foram entrevistados 14 médicos, 13 supervisores e 11 agentes comunitários de saúde e mais 1534 prontuários da atenção primária. Também foram analisados 282 prontuários de usuários com DRC na atenção secundária. Em relação ao processo, das 14 unidades avaliadas, nenhuma delas possuía linhas guia direcionadas à DRC. Na avaliação dos prontuários nas unidades de atenção primária observou-se falhas nos registros de exames laboratoriais básicos dentro do período de quatro anos, com ausência de registro de glicemia de jejum em 276 dos prontuários, ausência registro de hemoglobina glicada em 163 prontuários de diabéticos. Em relação ao rastreamento da DRC, em 398 prontuários verificou-se a ausência de registro de creatinina sérica (PAULA et al., 2016).

Para além do rastreamento dos pacientes em risco de desenvolver a doença renal crônica, a APS prevê a assistência domiciliar, em especial a visita domiciliar, como forma dos profissionais conhecerem a realidade da vida da comunidade, onde estão inseridos, bem como estabelecer vínculo com o paciente e com família com o objetivo de atender às diferentes necessidades de saúde da população (CASTOLDI; GARCIA; HARWIG, 2016), são nesses momentos que a orientação como forma de prevenção torna-se uma ferramenta valiosa para com os usuários.

Pois os enfermeiros são profissionais essenciais na educação em saúde, no trabalho em equipe e podem contribuir efetivamente para prevenção de doenças glomerulares, na promoção e prevenção da DRC através da capacitação (ANTAS et al., 2016).

Em relação à forma de descobrir a doença renal crônica nos pacientes assistidos na atenção primária, os profissionais no presente estudo, afirmam se utilizarem do teste da função renal, conversas informais, informações repassadas pelos ACS durante as visitas domiciliares. Entretanto, segundo a literatura, a prevalência da doença na população brasileira ainda é incerta, muitos pacientes com DRC não são diagnosticados (PEREIRA et al., 2016), ou diagnosticados tardiamente quando já estão em estágio avançado da doença, onde a atenção primária não consegue atuar.

Para alcançar um melhor resultado no tratamento do paciente renal crônico, bem como na estimativa do prognóstico é necessário que quando diagnosticado, todo paciente seja classificado de acordo com o estágio da DRC (BRASIL, 2014)

De acordo com as diretrizes do KDIGO 2012 sobre DRC, é recomendado classifica a doença baseando-se na causa, na categoria da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e na albuminúria e estimar a TFG a partir da creatinina sérica ainda continua sendo o melhor método para o diagnóstico, a classificação e o acompanhamento da progressão da DRC (KIRSZTAJN et al., 2014).

Em estudo transversal, desenvolvido na região do meio Oeste de Santa Catarina, com objetivo de verificar a doença renal em estágio inicial em grupos de hipertensos e diabéticos, no período de 2015 a 2016, incluiu 1.486 pacientes de dez municípios. Encontrou elevado índice de pessoas com TFG <60ml/min/1,73m, porém, a maioria desses pacientes conforme registros dos prontuários não estavam acompanhados por uma equipe especializada, nem realizando exames periodicamente (DALLACOSTA; DALLACOSTA; MITRUS, 2017).

Nesse sentido, ressalta-se que a atenção primária, tem fundamental importância no rastreamento precoce da DRC através do médico e enfermeiro, permitindo adotar medidas de prevenção, e atuar de forma ativa ainda nos estágios iniciais (MELO, MESQUITA, MONTEIRO, 2013).

Em relação ao manejo do paciente renal crônico, no presente estudo, 18(69%) dos enfermeiros não considera importante ter um serviço especializado de apoio aos pacientes renais, e que descobrem que o paciente iniciou algum tipo de TRS através da visita domiciliar ou solicitando que a família comunique. Porém, 50% dos profissionais consideram-se despreparados para informar sobre DRC, e a maioria julga-se despreparada para orientar cuidados sobre as modalidades da terapia renal substitutiva.

Os dados do presente estudo vem ao encontro ao estudo de Castoldi; Garcia; Hartwig (2016) realizado na região centro oeste do Estado do Paraná sobre assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise na Atenção Primária, constataram que de oito profissionais entrevistados, nenhum mostrou conhecimento específico em hemodiálise, relatam ter dúvidas e dificuldades no momento de prestar informações e cuidados, ou perante as intercorrências. E a maioria dos enfermeiros relatou que esses usuários são de responsabilidade do serviço especializado e quase não acessam a unidade e que não é

feito acompanhamento ao paciente renal crônico.

A equipe de enfermagem da atenção primária tem grande importância na observação contínua dos pacientes que já estão em tratamento dialítico, podendo ajudar evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce. Além disso, deve estar empenhada em realizar educação em saúde com os pacientes durante o tratamento, conscientizando para o controle do peso, alimentação, proporcionando informações, apoio promovendo melhor qualidade de vida (CASTOLDI; GARCIA; HARTWIG, 2016).

Nesse sentido, é importante reconhecer os fatores de riscos para da DRC para prestar as orientações assertivas. No presente estudo, dentre as alternativas para assinalar os fatores de risco modificáveis capazes de prever a DRC, foram apontados o fumo, obesidade, diminuição da PA e albuminúria e histórico familiar. Ressalta-se que entre os fatores reconhecidos pela literatura como modificáveis para DRC encontra-se o alcoolismo, o tabagismo, o baixo nível socioeconômico e o sedentarismo (NAGHETTINI et al 2016) a pressão arterial é um fator modificável para várias DCNT (AGUIAR et al., 2020), e o histórico familiar é um fator não modificável. De acordo com os resultados do estudo, observou-se a importância de reforçar a temática com os profissionais.

Tendo em vista os diversos fatores associados à DRC, todo paciente portador de um ou mais deles, mesmo que assintomático, deve ser avaliado periodicamente por meio de exame de urina, albuminúria, creatinina sérica e cálculo da TFG como conduta de triagem para diagnóstico precoce pelos profissionais da atenção primária (KIRSZTAJN et al., 2014).

Nesse sentido, no presente estudo os profissionais de nível técnico foram abordadas quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas do paciente com DRC, por considerar que estes profissionais são fundamentais dentro de uma ES .

A avaliação da progressão DRC deve ser realizada de forma individualizada para cada paciente e com frequência, voltada para a história do paciente e na causa da mesma. O tratamento da albuminúria, o controle rigoroso da pressão arterial, da taxa glicêmica, das dislipidemias e das anemias pode interromper a progressão da DRC. Também são necessárias mudanças nos hábitos de vida, tais como adoção da alimentação saudável e prática de exercícios. O enfermeiro deve intervir junto aos pacientes com medidas e ações de educação em saúde para auxiliar no controle desses condicionadores (KIRSZTAJN et al., 2014).

Sobre as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde, houve uma fragilidade de familiarização com a mesma pelos profissionais. Segundo Paula et al. (2016), a APS atua como porta de entrada e deve acompanhar todo o percurso do usuário da rede através de ferramentas específicas como: prontuário clínico, adoção de linhas guia, sistema de referência e contra referência, além de estratégias de comunicação efetiva entre equipes da atenção primária e especialistas.

Além disso, é previsto pela Portaria Nº 389, de 13 de 2014, a qual define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro

de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Essa linha vem com objetivo de estabelecer relação entre as redes de atenção à saúde, instituindo fluxos de referência e contra referência para atender o usuário com DRC no SUS, defendendo o diagnóstico precoce e tratamento das complicações (BRASIL, 2014).

Já a Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, estabelece as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS, e orienta quanto às classificações do estágio clínico da DRC e as fórmulas para o cálculo da Taxa de Filtração Glomerular. Entre as atribuições no cuidado do paciente com DRC estabelecidas por essa normativa, cita-se a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e controle das principais patologias relacionadas à DRC, como HAS e DM, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população (BRASIL, 2018).

Tanto a promoção quanto a prevenção são atribuições inerentes a equipe de enfermagem da APS. A qual dispõe de acesso aos principais grupos de risco (hipertensos e diabéticos) onde pode atuar para conter a progressão da DRC através de um trabalho coletivo, compartilhado em equipe.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que as práticas utilizadas pela equipe de enfermagem da Atenção Primária na detecção, prevenção e manejo da Doença Renal Crônica se apresentou diversificada de acordo com a formação do profissionais

Os enfermeiros descobrem a DRC nos pacientes assistidos na atenção primária, através do teste da função renal, conversas informais, informações repassadas pelos ACS durante as visitas domiciliares, 50% dos profissionais não se consideram preparados para informar sobre DRC, considera-se despreparado para orientar sobre cuidado na hemodiálise e transplante e principalmente diálise peritoneal. O fumo, obesidade, diminuição da PA e “albuminúria”, foram fatores apontados como modificáveis pelos profissionais da atenção primária como capazes de prever a DRC.

De forma geral a equipe, apresentou fragilidades no reconhecimento de fatores de risco, sinais e sintomas, de acordo com o níveis de conhecimento acerca da prevenção e progressão da DRC. Percebe-se a necessidade de capacitação das equipes de saúde da atenção primária, e com vistas a fortalecer a temática, os pesquisadores colocaram em pratica oficinas de qualificação sobre a doença renal crônica na atenção primária a saúde através de programa de extensão universitária.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.K; PRADO, R.R. GAZZINELLI A., Deborah Carvalho Malta. **Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde.** Rev Bras Epidemiol, v. 23: E200044, 2020; Disponpivel em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LsVwG3Rq3YRxLYRq6DCnY5Q/?lang=pt>. Acesso em jun 2020

ANDRADE, I.; ALMEIDA, M.R. S. A.; SANTOS, R.V. **Atuação da enfermagem em atenção básica na prevenção e progressão da insuficiência renal crônica**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador, v. 4, n. 4, p. 23-31, jul./dez. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/Windows/Downloads/aNDRADE%2016%20DEVE%20Usar.pdf>. Acesso em: nov. de 2018.

ANTAS et al. **Ação do enfermeiro na prevenção e progressão de nefropatias**. Rev. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 2447-2131, 2016. Disponível em <file:///C:/Users/Windows/Downloads/Antas%202016.pdf>. Acesso em: nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.

BRASIL. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, 2018. Disponível em: http://www.imprensanacional.gov.br/material/-/asset_publisher/KujrwtZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736. Acesso em out. 2018.

CASTOLDI, A.R.S da, GARCIA, HARTWIG, S.V. **Assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise na Atenção Básica**. Rev. Gest.Saúde, Brasília, v.07, n. 03, p 1200-15, Set. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/Windows/Downloads/Dialnet-AssistenciaDeEnfermagemAPacientesEHemodialiseNaAt-5658766%20(1).pdf>. Acesso em: nov. de 2018.

DALLACOSTA, M.; DALLACOSTA H.; MITRUS, L. **Deteção precoce de doença renal crônica em população de risco**. Cogitare Enferm. Joaçaba, v.22, n.2: e48714, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859813/48714-200430-1-pb.pdf>>. Acesso em: nov. de 2018.

DOMINGOS, M. A. M. et al. **Doença renal crônica - determinantes de progressão e risco cardiovascular**. São Paulo Med. J., São Paulo, v. 135, n. 2, p. 133-139, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802017000200133&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2018.

FONSECA, M. O. **Conhecimento e Prática de Profissionais das Equipes de Saúde da Família de um Município do interior de Minas Gerais sobre promoção ao aleitamento Materno**. 2010. Dissertação Apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, 2010.

KIRSZTAJN, G. M. et al. **Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica**. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.

MELO, A.P.M; MESQUITA, G.V; MONTEIRO, C.F.S. **Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família**. R. Interd. v.6, n.1, p.124-128, jan.fev.mar. 2013. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/20>>. Acesso em: nov. de 2018.

MELO, A.P.R. et al. **Ações dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção da Doença Renal Crônica**. Rev enferm UFPE on line, Recife, v.10, n.5, p.1635-44, maio de 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13527/16285>>. Acesso em: nov. de 2017.

NAGHETTINI A.V, et al. **Fatores de risco modificáveis para doença renal crônica na Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Ciênc. Méd., Campinas, v.25, n.3, p:99-106, set./dez., 2016. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3172#:~:text=As%20vari%C3%A1veis%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20do,alco%C3%B3lica%20e%20a%20classe%20social>. Acesso jun. 2021.

PAULA, Elaine Amaral de et al. **Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2801, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100412&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.

PENA, P.F. A. et al. **Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: dez. 2017.

PEREIRA, E. R. S. et al. **Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.** J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002016000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Maio de 2018.

SANTOS, J. R. F. M. et al. **Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce.** Rev. Saúde. Com, Recife, v.13, n..2, p. 863-870, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Windows/Downloads/433-1375-2-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/433-1375-2-PB%20(4).pdf). Acesso em: dez. 2017.

SESSO, R.C. et al. **Inquérito Brasileiro De Diálise Crônica 2016.** J Bras Nefrol., São Paulo, v. 39, n.3, p.261-266, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf. Acesso em: nov. de 2017.

SILVA, A. C. et al. **A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa.** Sanare, Sobral, V.14, n.02, p.148-155, jul./dez. – 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Windows/Downloads/Costa%20Silva%202015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/Costa%20Silva%202015%20(1).pdf). Acesso em jul. de 2017.

SIVIERO, P. C.L.; MACHADO, C. J.; CHERCHIGLIA, M. L. **Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100075&lng=en&nrm=iso. Acesso em: dez 2017.

ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Ana Claudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1407-7634>

Isadora Gomes Mendes

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1630-3850>

Tainá da Silva Carmo

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-7118-794X>

Francisco Savio Machado Lima Gabriel

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-9408-0317>

Samara Jesus Sena Marques

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-2517-6400>

Nathalia Maria Lima de Souza

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-6426-1937>

RESUMO: As elevadas taxas de mortalidade por câncer nas redes de assistência à saúde, em particular, no âmbito da atenção terciária, requer

dos profissionais de saúde o manejo adequado da dor e do sofrimento pela equipe de enfermagem e profissionais de saúde. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo geral identificar estratégias para o manejo da dor oncológica na atenção terciária. Estudo qualitativo com aspectos quantitativos de revisão integrativa nas bases de dados científicas, entre maio e agosto de 2019. Os dados obtidos foram organizados e analisados em quadro para discussão analítica das evidências. Cinco artigos foram destacados com estratégias de comunicação, tecnologia e educação de nível VI e apenas um sobre habilidades de comunicação de nível I.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Manejo da dor. Atenção Terciária.

STRATEGIES OF THE NURSING TEAM FOR THE MANAGEMENT OF ONCOLOGICAL PAIN IN TERTIARY CARE

ABSTRACT: The high rates of cancer mortality in health care networks health, in particular, in the scope of tertiary care, requires health professionals' health care, adequate management of pain and suffering by the nursing team and Health professionals. In this context, this study had the general objective to identify strategies for the management of cancer pain in tertiary care. Study qualitative analysis with quantitative aspects of integrative review in the data bases between May and August 2019. Five articles were high lighted with level VI communication, technology and education strategies and only one on level I communication skills.

KEYWORDS: Nursing. Pain management.

1 | INTRODUÇÃO

O termo “câncer” ou neoplasia maligna abrange mais de 100 doenças contendo crescimento desordenado de células, e a sua conseqüente invasão de tecidos e órgãos vizinhos. São ocasionadas por mutações desencadeadas pela ação de agentes físicos, químicos e biológicos, sendo a segunda causa de morte no Brasil. (BRASIL, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula cerca de 20 milhões de novos casos de neoplasias malignas para 2025. Verifica-se, ainda, que os números do câncer variam de acordo com o sexo, predominando o câncer de próstata nos homens e de mama nas mulheres. A sua letalidade varia de acordo com o local de início, como tal, o sistema respiratório (traqueia, brônquios e pulmões) tem tendência mais letal, refletindo em uma taxa de mortalidade de 13,8% nos homens e 11,4% nas mulheres.

Além do risco de letalidade, a dor crônica é vivenciada diariamente em cerca de 5 milhões de pessoas com câncer, perdurando ao longo de toda a doença e enfrentando-a intensamente ao morrer (25%). Diversos fatores contribuem para isso, dentre eles, o controle inadequado da dor por parte da equipe de cuidado que acompanha esses pacientes, estimando-se que cerca de 4,3 milhões morrem a cada ano com controle inadequado da dor, sendo que em 1/3 dos pacientes em tratamento e em 2/3 com doença avançada há relatos de dor. Também, cerca de 5 a 10% destes pacientes referem dor independente do câncer ou tratamento realizado, sugerindo, assim, que a presença agravante do caráter subjetivo da dor oncológica pode levar a agravos durante a doença e no processo de finitude de vida (BRASIL, 2016)

A dor é considerada como um sintoma, um fenômeno, subjetivo e desagradável e que é comum em qualquer faixa etária. Pelo seu caráter subjetivo manifesta-se de distintas maneiras, o que dificulta uma avaliação assertiva por parte do profissional. Não obstante, é essencial compreender a sua fisiologia e as possíveis influências das alterações que a mesma provoca no organismo. Para isso, existem diversas ferramentas e métodos utilizados para promover o seu alívio e garantir a qualidade de vida do paciente, além disso, a mesma é considerada o quinto sinal vital (SANTOS, 2019).

As características da dor crônica estão relacionadas a uma patologia crônica – o câncer, estimando-se que 89% daqueles pacientes que sofrem desta doença sentem dor crônica com potencial de desencadear problemas à saúde do tipo depressão e/ou ansiedade (SERRANO, 2016). Em pessoas com câncer, a dor crônica, devido suas inúmeras etiologias se somam e intensificam este sofrimento por períodos mais estendidos e de maior intensidade, agravada pelo aspecto psicossocial da dor, pode segundo estudioso (ERCOLANI, 2018) adquirir caráter central da sintomática.

Na prática clínica de Enfermagem, a dor oncológica é considerada um diagnóstico

de enfermagem (NASCIMENTO, CAMPOS; VIEIRA; BARBOSA, 2020). Classifica-se também, como dor aguda com duração abaixo de 3 meses e dor crônica acima de 3 meses (NANDA, 2019; IASP, 2020).

Neste contexto, a dor apesar de ser o quinto sinal vital não recebe a correta atenção pelos profissionais de saúde (IASP, 2019), incluindo o profissional Enfermeiro(a) (NASCIMENTO, CAMPOS; VIEIRA; BARBOSA, 2020), requerendo desenvolver competências, habilidades, saberes e práticas específicos e adequados para otimizar a avaliação da dor oncológica, e dessa forma tornar mais humanizado o cuidado a pacientes com câncer.

A Enfermagem tem a sua disposição diversos instrumentos de avaliação e mensuração para o controle e humanização do cuidado clínico da dor utilizados na atenção terciária, porém não as utiliza com frequência (ANDRADE et al, 2018). Entretanto, nesse contexto de atenção à saúde, pesquisa recente (NASCIMENTO, CAMPOS; VIEIRA; BARBOSA, 2020), mostra que a maioria destes profissionais com experiência em lidar com pessoas com dor oncológica, há mais de quatro anos, apresentam baixo nível de conhecimento sobre como avaliá-la, sendo, este nível suficiente para o seu manejo na atenção terciária. Além disto, problemáticas como a superlotação, sobrecarga, além da imperícia, e déficits na formação de diversos profissionais, são fatores que põem em risco a qualidade deste cuidado, bem como a qualidade do serviço de enfermagem em si (SANTOS, 2017).

Diante das problemáticas de manejo da dor e a sensível necessidade de humanizar a assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos pacientes com câncer associadas à escassez de pesquisas sobre esta temática na realidade Brasileira apontada por estudiosos (NASCIMENTO, CAMPOS; VIEIRA; BARBOSA, 2020), este estudo tem como objetivo geral, identificar evidências científicas das estratégias de Enfermagem para o manejo da dor oncológica na atenção terciária. Pois, conhecer a literatura científica proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos para a melhoria da prática clínica de Enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Estudo metodológico de Revisão Integrativa, do tipo descritivo e exploratório é considerado a mais ampla abordagem metodológica, pois possibilita a busca e a análise crítica da produção científica, com o propósito de apresentar uma síntese das evidências relacionadas ao tema de investigação, o que permite verificar as possibilidades de desenvolver intervenções na área da saúde (GALVÃO & PEREIRA, 2014). De acordo com os estudiosos (WHITTEMORE & KNAFL, 2005) este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise de dados e a apresentação dos resultados.

Na fase inicial, utilizou-se para guiar a coleta de dados e classificar a qualidade

dos resultados o mnemônico “PICOS” (P = População; I = Interesse; C = Comparação; D = Desfecho; e S = Tipo de estudo), que nesta revisão, os profissionais da Equipe de Enfermagem era “P”; o manejo da dor pela Enfermagem à adultos internados com câncer representa o “I”; a comparação estava ausente em “C”; a avaliação e a redução da dor oncológica em pacientes com câncer em “D” e os tipos de estudos escolhidos foram qualitativos e quantitativos para “S”. Esse mnemônico contribuiu para guiar a coleta de dados com a delimitação da seguinte pergunta norteadora: quais as estratégias para o manejo da dor oncológica pela Enfermagem na atenção terciária?

Foram elencados os descritores integrados aos operadores *booleanos* “AND” e “OR” de acordo com a terminologia dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs) e *Medical SubjectHeadings* (MeSH), obtendo-se a seguinte composição (pain management OR pain assessment)and (nursing OR nurse OR nursingcare OR nursingpractice OR nursingintervention) and (cancerpatients OR oncologypatients OR patientswithcancer)” para o levantamento de estudos nas seguintes bases de dados científicas da área de Enfermagem: *Index toNursingandAllied Health Literature(CINAHL) with full text, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados em Enfermagem (BDENF), EMBASE (Elsevier), PUBMED (National Library of Medicine), SCOPUS (ELSEVIER), Web of Science (ClarivateAnalytics)*.

Os critérios de amostragem consideraram a inclusão de artigos de pesquisa primária publicados entre 2014 e 2019 nos idiomas em português, inglês e espanhol oriundos de periódicos de enfermagem, que pudessem responder à pergunta norteadora deste estudo tendo disponíveis textos completos e disponíveis nas bases de dados científicas. Também, foram excluídos estudos do tipo: revisões de literatura, protocolos, diretrizes, trabalhos em eventos e artigos duplicados.

O processo de busca e seleção dos artigos de pesquisa está representado na Figura 1, segundo o modelo *PRISMA 2009 FlowDiagram* (MOHER, LIBERATI, TETZLAFF, ALTMAN, 2009).

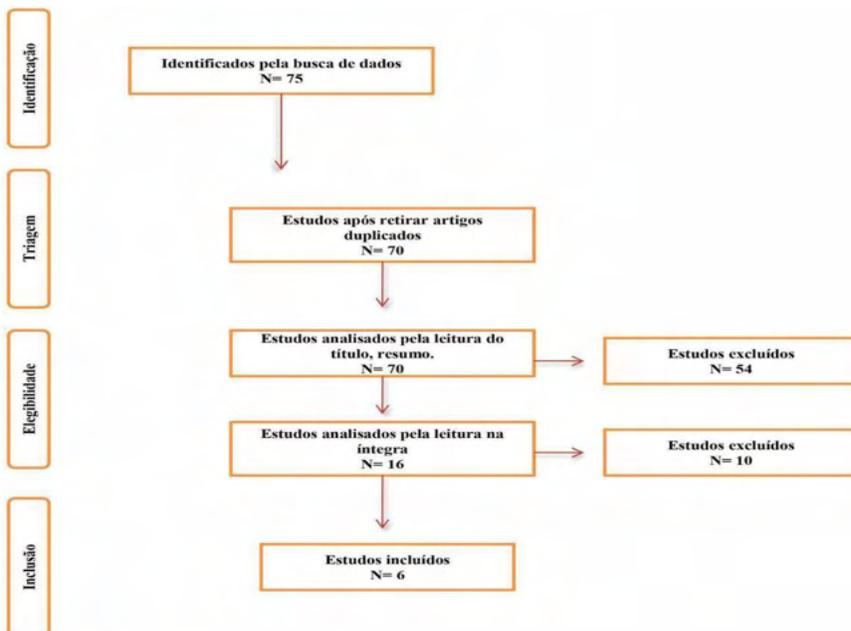


Figura 1 - Fluxograma de identificação de artigos incluídos no estudo

Foram encontrados setenta e cinco (75) artigos, referentes à temática, que no processo de triagem, cinco(5) estudos inicialmente selecionados eram duplicados, sendo excluídos. Assim, após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos cinquenta e quatro(54) artigos, restando dezesseis(16) estudos que foram lidos na íntegra, integrando apenas seis (6) estudos nesta revisão (Figura 1).

Optou-se pela análise temática proposta por Bardin para verificar as similaridades entre os estudos científicos encontrados nas bases de dados científicas e a questão norteadora “Estratégias de Enfermagem para o manejo da dor oncológica na atenção terciária” e agrupando-os por meio da construção de temáticas exclusivas e representativas do conjunto de resultados (BARDIN, 2011).

Nesta forma de analisar o corpus textual, buscou-se inicialmente, ler e reler os estudos preenchendo um fichamento e os organizando-os no Quadro 1 com informações sobre título do artigo e ano de publicação; objetivos; desenho do estudo e seu nível de evidência (NE) e suas principais estratégias encontradas nos seis (6) artigos selecionados. Dessa forma, foram escritas sínteses qualitativas das pesquisas relacionadas ao tema proposto, o que possibilitou compreender os resultados e refletir sobre as possibilidades de intervenções e pesquisas a serem realizadas.

O nível de evidência utilizado para a classificação dos tipos de estudos foi determinado conforme os estudiosos Polit& Beck (2011) Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV, V, VI e VII. O nível “Ia” são estudos do tipo revisão sistemática e ensaio clínico randomizado-ECR; “Ib”

evidência revisão sistemática de ensaios não randomizados; “IIa” são revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados - ECR individual; “IIb” é ensaio não randomizado; “III” são revisões sistemáticas de estudos de correlação/observação; nível “IV” são estudos de correlação/observação; nível “V” evidencia revisão sistemática de estudos descritivos, qualitativos e fisiológicos; nível “VI” são estudos descritivos, qualitativos e fisiológico individual; e, de nível “VII”, as opiniões de autoridades e comitês de especialistas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta as informações retiradas dos estudos selecionados na busca de dados, sendo eles: título/ano, objetivo, desenho do estudo/ nível de evidência (NE), estratégias como resultados e conclusões com as recomendações.

Título/ano/país	Desenho do estudo/nível de evidência (NE)	Resultado/ Estratégia	Conclusão
Improving communication in cancerpain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of a communication skills training program 2014 - Bélgica (A1)	Estudo randomizado NE: Ia	Treinamento de habilidades de comunicação melhora apenas algumas das estratégias necessárias para melhor gestão da dor oncológica.	Os programas de treinamento de habilidades de comunicação devem ser consolidados usando módulos específicos com foco na comunicação e habilidades relacionadas ao manejo da dor oncológica.
Feasibilityof a mobile and web-basedinterventiontosupport self-management in outpatientswithcancerpain 2016 - Holanda (A2)	Estudo qualitativo e quantitativo NE: VI	A estratégia consistiu em um aplicativo móvel para pacientes que estava conectado a um aplicativo da web para enfermeiros. Ambas as aplicações foram incorporadas na prática clínica de rotina. Dessa forma, a gestão e manejo da dor melhoraram de forma significativa	Relacionados ao conteúdo e ajustes técnicos são feitos, a intervenção de enfermagem permite que pacientes com dor oncológica pratiquem a autogestão e o enfermeiro no suporte remoto a esses pacientes.
Clearing Barriers in CancerPain Management: Roles of Nurses, 2018 - Turquia (A3)	Estudo qualitativo NE: VI	Os enfermeiros devem desempenhar um papel ativo na educação do paciente e família sobre a dor e o seu tratamento, como incluir o paciente no planejamento do manejo da dor.	Recomenda-se que abrangente a avaliação da dor e o tratamento da dor devem ser incluídos no currículo de ensino de enfermagem.

Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study, 2018 - Turquia (A4)	Estudo descritivo qualitativo NE: VI	Os métodos que emergiram foram a percepção e as experiências de dor, os efeitos da dor na vida diária, o manejo da dor e estratégias de gestão e as perspectivas dos pacientes sobre as abordagens de enfermagem à dor.	Enfermeiros de oncologia devem fornecer intervenções a fim de aumentar o conhecimento e as habilidades sobre a avaliação da dor e não farmacológicas e estratégias farmacológicas utilizadas no tratamento da dor.
Knowledge, Practices, and Perceived Barriers Regarding Cancer Pain Management among Physicians and Nurses in Korea: A Nationwide Multi-center Survey, 2014 - Coreia (A5)	Estudo quantitativo NE: VI	Enfermeiros realizaram a avaliação da dor e documentação mais regularmente do que os médicos. Em relação ao conhecimento sobre a gestão da dor, os médicos apresentaram um maior entendimento do que os enfermeiros.	Recomendam-se mudanças na estratégia educacional para melhorar a clínica prática entre profissionais de saúde em relação à dor oncológica gestão.
The Global Burden of Cancer Pain - 2019 EUA (A6)	Estudo qualitativo NE: VI	Má comunicação, avaliação da dor abaixo do ideal, falta de conhecimento, medo da dependência, a relutância de prescrever opióides, restrições legais e/ou administrativas são relatadas como barreiras profissionais para a gestão da dor.	Existem disparidades significativas no tratamento da dor em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento

Quadro 1: Estudos analisados por desenho, nível de evidência e resultado.

Fonte: primária, Legenda: NE=Nível de evidência.

O quadro 2 mostra as sínteses dos estudos selecionados nas bases de dados.

Códigos	Síntese dos estudos
A1	Avaliou-se a eficácia de um programa geral de treinamento de habilidades de comunicação para oncologia e enfermeiros na comunicação sobre o manejo da dor. Método utilizado foi a randomização de um total de 115 enfermeiras que foram designadas aleatoriamente para um grupo treinamento (GT) ou grupo controle (GC). As enfermeiras treinadas perguntavam ao paciente mais sobre emoções associadas à dor comparado com enfermeiras não treinadas. Dessa forma, o treinamento geral de habilidades de comunicação melhorou apenas algumas das estratégias de comunicação necessárias para o gerenciamento ideal da dor do câncer na enfermagem. Assim, programas de treinamento de habilidades de comunicação devem ser consolidados usando módulos específicos com foco na comunicação e habilidades relacionadas ao gerenciamento da dor do câncer.
A2	Foi criada uma intervenção de vários componentes, que integra a autogestão do paciente e o atendimento do profissional através de uma tecnologia em saúde. Dessa forma, resultou na satisfação dos pacientes e dos profissionais depois do manuseio do aplicativo e observou-se um melhor manejo da dor.
A3	Determinou que o conhecimento dos profissionais de saúde mostrou-se ineficaz no manejo da dor, e com isso a manifestação de novos estudos sobre esse tema é necessário para a efetiva assistência a esses pacientes.

A4	Demonstrou a dificuldade de pacientes com câncer avançado que sentem dor no seu dia a dia, e evidenciou a falta de estratégias de controle da dor. Além disso, a forma como os enfermeiros cuidam dos pacientes com cânceres avançados que apresentam dor foi considerada inadequada. Enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos devem possuir conhecimentos e habilidades não farmacêuticas e farmacêuticas para o manejo da dor, além de habilidades no que concerne à avaliação e mensuração da dor.
A5	Avaliou os conhecimentos, práticas e barreiras percebidas em relação ao manejo da dor oncológica entre médicos e enfermeiras na Coreia por meio de pesquisa qualitativa com nível de evidência VI. Desse modo, foi apontado que as enfermeiras realizaram a avaliação da dor e a documentação da intervenção mais regularmente comparada aos médicos, outro fato foi o relato da relutância dos pacientes em tomar medicamentos opióides levando a uma dificuldade no controle da dor. Logo, notou-se que houve diferença em relação à gestão da dor entre enfermeiras e médicos
A6	Determinou que os profissionais de saúde devem considerar os aspectos como a cultura, a religião, a etnia e nível de conhecimento podem influenciar em um planejamento sobre o manejo da dor e a adesão dos cuidados paliativos.

Fonte: primária (autores).

Os artigos encontrados (Canivet, et al, 2014; Hochstenbach, et al, 2016; Uysal, 2018; Erol e Unsar, 2018; Jho et al, 2014 e Gulbeyaz et al 2019) atendem as questões levantadas sobre as estratégias para o manejo da dor oncológica pela equipe de enfermagem na atenção terciária foram qualitativos. Destes 05 artigos apresentaram nível VI de evidência, e apenas 01 foi quantitativo (tipo randomizado, nível I de evidência) demonstrando a necessidade de estudos mais profundos que quantifiquem a aplicabilidade, necessidade, e funcionalidade dos cuidados exercidos no contexto do trabalho de enfermagem na atenção terciária.

A análise desses dados corrobora com Santos (2018), pois demonstram a deficiência de estudos e na formação de profissionais capacitados a desempenhar o manejo e controle da dor oncológica, especialmente no que concerne ao conhecimento acerca de terapias farmacológicas, bem como de seus efeitos colaterais dosagens. É também presente o receio acerca de possíveis dependências provocadas pela medicação utilizada no controle da dor.

Em vista disso, a educação dos profissionais de enfermagem deve ser direcionada para a interprofissionalidade que consiste em estratégias para alcançar a educação transformativa, incluindo a promoção do pensamento crítico, desenvolvimento do trabalho em equipe, a criatividade do profissional e a integração da educação com os sistemas de saúde (DALPAI et al, 2017).

Dentre os estudos analisados que apresentaram nível de evidência 4, as estratégias citadas para o manejo da dor oncológica pela enfermagem destacaram: o uso de aplicativo (HOCHSTENBACH, et al, 2016), enfermeiros (as) como papel ativo na educação do paciente e família sobre a dor e o seu tratamento, bem como incluir o paciente no planejamento do manejo da dor (UYSAL, 2018), avaliação da dor e documentação mais regularmente do que os médicos (JHO et al, 2014), identificação de barreiras profissionais quanto à comunicação, a avaliação da dor ideal, o conhecimento dos profissionais, nível

da dependência do paciente a analgésicos, relutância de prescrever opióides, restrições legais e/ou administrativas (CAN, et al 2019).

Estes resultados corroboram com a visão de Oliveira et al (2016), que recomenda para suprir as necessidades de pessoas com câncer e dor, a formulação de estratégias pela equipe de enfermagem no manejo da dor oncológica para o alívio durante o tratamento, acarretando a melhora e a participação ativa do paciente no manejo de sua dor. Este estudioso ressalta também que, ainda, existem dificuldades pela enfermagem em avaliar, medir e gerir a dor, acrescentando que a questão de controle da dor intriga profissionais da área, estimulando a procura de resultados para avaliação e terapêuticas, que proporcionem uma maior qualidade de vida para os pacientes oncológicos (ANDRADE et al, 2018).

Com isso, os profissionais de enfermagem precisam ter habilidade em articular, gerir e compartilhar conhecimentos com os outros profissionais da equipe de saúde para que haja mais sensibilidade em ouvir os relatos desses pacientes sobre sua dor nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, tornando assim essa estratégia eficaz no alívio de sintomas e sofrimento (COSTA et al, 2017).

O artigo encontrado com nível de evidência 1, destacou-se estratégia programática de [...] treinamento de habilidades de comunicação melhorou apenas algumas das estratégias necessárias para melhor gestão da dor oncológica (CANIVET et al, 2014). Neste aspecto, a comunicação é um aspecto importante para facilitar o processo de enfermagem, e a eficácia das intervenções, pois é um diagnóstico e precisa ser avaliado, medido e monitorado, considerando suas características subjetivas e intersubjetivas (SANTOS, 2019).

Além disso, demonstra-se que treinamentos de habilidades essenciais à prática de enfermagem constituem formas de enfrentamento de limitações presentes no serviço, sendo estas alternativas valiosas para suprir o déficit de conhecimento e formação dos enfermeiros atuantes.

No contexto do manejo da dor, o estudo demonstra que aspectos como religião, cultura, etnia, influência familiar e conduta dos profissionais podem contribuir no manejo da dor e conforto para o paciente. A maior relevância dá-se a religião e a conduta dos profissionais de saúde na relação tratamento-doença. Abordagem dos profissionais de saúde para lidar com a dor e o paciente e a comunicação familiar são fatores-chave para o sucesso da dor oncológica (GUIBEYAZ, 2019).

De acordo com artigos revisados, a avaliação da dor deve ser compreendida como essencial nesse processo. A educação nesses casos é importante para a compreensão de suas formas e tratamento. O nível de educação é outro fator importante. Aqueles com nível mais alto de educação demonstram ter menos crenças fatalistas; diminuir os níveis de educação aumentam a dificuldade em aderir aos analgésicos, principalmente pacientes mais velhos que relataram mais dificuldade em falar com o médico sobre sua dor em comparação com colegas mais jovens (LUCKETT, 2018).

Portanto, é preciso pensar na formação do enfermeiro para o manuseio da dor como

algo fundamental para que na sua assistência, possa se consolidar o cuidado de forma eficaz e para a excelência no fazer da Enfermagem

Por causa da diversidade global de cultura, religião, etnia e raça, é importante discutir as diferenças para melhor compreender um ao outro e prestar cuidados realmente relevantes e valorizados pelos pacientes e famílias, onde quer que estejam morando no mundo (GUIBEYAZ, 2019).

Ainda nessa perspectiva, outro estudo aponta a insatisfação dos pacientes aos enfermeiros no manejo da dor. Enfermeiros eram vistos como cuidadores de saúde provedores, de acordo com o que os médicos lhes disseram para fazer. Eles não poderiam realizar avaliação sistemática e adequada da dor e não usar estratégias ativas de manejo da dor, na visão dos pacientes (EROL, 2018).

Entretanto, como alternativa os pacientes relatam que ações como orar, mudar de posição, assistir TV, caminhar, tomar banho quente, ajudam nesse processo de melhora. Geralmente, os pacientes evitam o uso de agentes farmacológicos até a intensidade de sua dor aumentar e se tornar insuportável. Menor que metade dos pacientes afirmo ter informado imediatamente as enfermeiras sobre a dor e a necessidade de medicação (EROL, 2018).

Dessa forma, é compreensível que a melhora das estratégias por parte dos enfermeiros e aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, indica também a melhora no cuidado e assistência a esses pacientes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas estratégias da equipe de enfermagem para o manejo da dor em pacientes com câncer, encontradas na literatura científica, entre 2015 a 2020, apontam uma melhora significativa na qualidade de vida durante e após o tratamento, tornando-o participante do cuidado mesmo em âmbito de atenção terciária, onde o usuário do sistema de saúde torna-se normalmente passivo as decisões da equipe multiprofissional

Diversas estratégias são utilizadas pelos profissionais de enfermagem no manejo da dor, tais como: treinamento da equipe, tecnologia de aplicativo móvel, educação em saúde para família e equipe, documentação das evoluções dos pacientes presentes nos prontuários. Logo, essas estratégias têm como intuito melhorar a assistência prestada pela enfermagem para pacientes oncológicos na atenção terciária.

Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir para construção de conhecimentos e, especialmente, para deter a atenção de gestores e profissionais sobre a necessidade de educação continuada, bem como de um espaço para discussão dos aspectos psicológicos e espirituais, destinado à equipe de saúde que atende a pacientes com dor oncológica no cenário hospitalar, a fim de qualificar a assistência prestada

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. L. M. et al. **DOR ONCOLÓGICA: Manejo clínico realizado por enfermeiros**. Rev. de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Verde, Três Corações, v. 8, n. 1, p. 3-16, 2018. Disponível: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/4244/3330>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **O que é câncer?** Brasília, DF, 2020. Disponível: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
- CANIVET, D. et al. **Improving communication in cancerpain management nursing: a randomizedcontrolledstudyassessingtheefficacyof a communication skills training program**. SupportCare Câncer, v.22, n.12, p. 3311-20, 2014. DOI: 10.1007/s00520-014-2357-2.
- COSTA, M. A. R. et al. **Care management fromthe perspective ofsupervising nurses**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 476-482, 18 set. 2017. Disponível: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400008>.
- DALPAI, D. et al. **Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação**. Rev. dor [online]. v.18, n.4, p.307-310, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170120>.
- ERCOLANI, D.; HOPF, L. B. S. & SCHWAN, L. **Dor crônica oncológica: avaliação e manejo**. Revista Acta Médica, Rio Grande do Sul, v. 39, n. 2, p. 151-162, 2018. Disponível: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acesolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/14.pdf>
- EROL, O. et al. **Painexperiencesofpatientswithadvancedcancer: A qualitativedescriptivestudy**. Eur J OncolNurs, v. 33, p. 28-34,2018. DOI: 10.1016 / j.ejon.2018.01.005.
- FRANCO, H.C.P. et al. **Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer**. RevGest Saúde [Internet], v.17, n.2, p. 48-61, 2017. Disponível: http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7_980ccdf2d0aa2da1.p
- GALVÃO, T.F. & PEREIRA, M.G. **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração**. Epidemiol. Serv. Saúde, v.23 n.1, 2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>.
- GULBEYAZ, C. et al. **The Global BurdenofCancerPain**. Seminars in OncologyNursing,v.35,n.3,p.315-321. 2019. DOI: 10.1016/j.soncn.2019.04.014.
- HOCHSTENBACH, et al. **Feasibilityof a mobile and web-basedinterventionsupport self-management in outpatientswithcancerpain**. Eur J OncolNurs, v.23, p.97-105, 2016. DOI: 10.1016 / j.ejon.2016.03.009.
- InternationalAssociation for theStudyofPain - IASP. **AnnouncesRevisedDefinitionofPain**. v. 161, n.9, p. 976-1982, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.
- JHO, H.J. et al. **Knowledge, Practices, andPerceivedBarriersRegardingCancerPain Management amongPhysiciansand Nurses in Korea: A Nationwide MulticenterSurvey**. PLoSOne,v.9, n.8, 2014. DOI: 10.1371 / journal.pone.0105900.

NASCIMENTO, J.C.C.; CAMPOS, J.S.; VIEIRA, V.P. & BARBOSA, M.C.R. **Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica**. Perspectivas Online: Biológicas & Saúde, v.10, n.32, p.51-61, 2020. DOI: 10.25242/8868103220201775.

OLIVEIRA, A.L., SOBRINHO, N.P. & CUNHA, B.A.S. **Chroniccancerpain management bythenursingteam**. Rev. dor, v.17, n.3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160075>

POLIT, D.F. BECK, C.T. **Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Ed. 7. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, A.F.P. et al. O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.24, n.1, p. 96-104, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002120013>.

SANTOS, A. E. B. **A enfermagem no manejo da dor em cuidados paliativos**. Brasília, 2018. Disponível:<http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/30/1/TCC%20Amanda%20Ellen%20Bezerra%20dos%20Santos.pdf>

SANTOS, A.F.et al. **Formação dos discentes de enfermagem acerca da avaliação da dor**. RevEnferm UFPE online,Recife, v.13,n.5, p.1380-6, 2019. Disponível<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/238938/32276>>

SANTOS, Isabele dos Anjos Paiva dos. **Segurança do paciente e processo de trabalho em enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

TAVERNER, T. **Neuropathicpain in peoplewithcancer (part 2): pharmacologicaland non-pharmacological management**. InternationalJournalofPalliativeNursing, v. 21,n. 8,p.380-4, 2015. DOI:10.12968 / ijpn.2015.21.8.380.

UYSAL, N. **Clearing Barriers in CancerPain Management: Roles of Nurses**. InternationalJournalofCaringSciences, v. 11, p. 1324-27,2018. Disponível: http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/77_uysal_special_10_2.pdf

CAPÍTULO 21

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/09/2021

Patricia Wottrich Parenti

Enfermeira Obstetra. Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
São Paulo (SP), Brasil
ORCID: 0000-0001-9321-7169

Lucia Cristina Florentino Pereira da Silva

Enfermeira Obstetra. Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
São Paulo (SP), Brasil
ORCID: 0000-0002-7563-6631

Evelyn Priscila Santinon Sola

Professora Doutora da Universidade Paulista, campus Sorocaba
Sorocaba (SP), Brasil
ORCID: 0000-0003-3979-6686

Kelly Cristina Pereira Máxima Venâncio

Enfermeira. Doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo. Especialista do Laboratório de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
São Paulo (SP), Brasil
ORCID: 0000-0001-7128-1098

Fernanda Marçal Ferreira

Enfermeira Obstetra. Doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-3383-1540

Joyce da Costa Silveira de Camargo

Enfermeira Obstetra. Doutora pelo Programa de Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS|U.PORTO. Especialista do Laboratório do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP
São Paulo (SP), Brasil
ORCID: 0000-0001-9171-0865

RESUMO: Este estudo tem como objetivo conhecer as experiências de enfermeiras da Atenção Primária de Saúde (APS) na assistência pré-natal de adolescentes. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa usando entrevistas semiestruturadas com 19 enfermeiras atuantes na APS no atendimento pré-natal de adolescentes, analisadas segundo a Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Foram identificadas três subcategorias pertencentes à categoria “Atendimento de pré-natal”: Atenção pré-natal às adolescentes; Enfoque de risco biológico versus risco social; e, Aspectos prioritários para assistência pré-natal. A adolescente não recebe atenção pré-natal específica e direcionada. Há necessidade de mais tempo de consulta, incluindo: acolhimento diferenciado, estímulo a criação do vínculo e de melhoria da qualidade das informações às adolescentes, bem como, medidas para evitar o abandono do pré-natal. As dificuldades citadas foram a adesão ao pré-natal, a falta de diálogo profissional–adolescente, e as situações vividas por essas adolescentes, além das dificuldades sociais

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal; Gravidez na adolescência; Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem.

EXPERIENCES OF PRIMARY HEALTH CARE NURSES IN THE PRENATAL CARE OF ADOLESCENTS

ABSTRACT: This study aims to know the experiences of primary health care nurses (PHC) in the prenatal care of adolescents. This was a qualitative research using semi-structured interviews with 19 nurses working in PHC in the prenatal care of adolescents, analyzed according to the Analysis of Thematic Content of Bardin. Three subcategories belonging to the category “Prenatal care” were identified: Prenatal care for adolescents; Biological risk versus social risk approach; and, Priority aspects of prenatal care. The adolescent does not receive specific and directed prenatal care. There is a need for more consultation time, including differentiated reception, encouragement of the creation of the link and improvement of the quality of information to adolescents, as well as measures to prevent prenatal abandonment. The difficulties cited were prenatal adherence, lack of professional-adolescent dialogue, and the situations experienced by these adolescents, besides to social difficulties.

KEYWORDS: Prenatal care; Pregnancy in adolescence; Primary health care; Nursing care.

INTRODUÇÃO

Dentre as definições de adolescência, algumas estão associadas aos parâmetros etários¹ segundo a qual é a fase de desenvolvimento correspondente à faixa etária de 10 a 19 anos de idade.

Os dados preliminares para o ano de 2015, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, revelam que os nascimentos com idade materna entre 10 e 19 anos representaram 18,1% do total de nascidos vivos no Brasil, com maior incidência nas regiões Nordeste e Sudeste².

A gravidez na adolescência é um fenômeno com repercussões social, cultural, legal, psicoemocional e corporal, sendo necessário um olhar cuidadoso na perspectiva da atenção à saúde materno-fetal^{3,4}.

A gravidez na adolescência não é, necessariamente, um problema. Mas, a gestante, especialmente na adolescência, demanda atenção com abordagem interdisciplinar e suporte intersetorial para que a vivência da gravidez tenha possíveis efeitos desfavoráveis minimizados^{3,4}.

Nessa perspectiva, prioriza-se como cuidado básico de saúde a promoção da maternidade segura para adolescentes, programas de cuidado à saúde especialmente elaborados para esse público, uma vez que, embora suas necessidades clínicas sejam as idênticas a de outras mulheres, precisam de maior suporte para desenvolver habilidades para o cuidado de saúde durante o ciclo gravídico puerperal⁵.

Evidencia-se aqui a importância da assistência pré-natal, que compreende um conjunto de atividades visando a promoção da saúde da mulher grávida e do conceito, com identificação de riscos para ambos, visando a assistência oportuna e adequada, com acolhimento dessa mulher desde o início da gravidez, assegurando o bem-estar materno e fetal⁶.

O profissional de saúde é peça fundamental para a estruturação e/ou para o fortalecimento de redes de apoio e suporte social. Esses profissionais devem estar aptos a assistir a adolescente que vivencia a gravidez em todas as dimensões do cuidado, com atuação que enfatize abordagem integral à saúde, da promoção da saúde e da articulação dos setores sociais para o cuidado da adolescente³.

A atuação direta e sistemática junto às adolescentes, desde antes da concepção até os cuidados com seu filho, traduz que a inserção da (o) enfermeira (o) na saúde das adolescentes é uma forma de oportunizar os conhecimentos para que sejam construídos e/ou reformulados acerca da vivência nesta fase⁷.

Frente ao exposto, a pergunta de pesquisa deste estudo foi: Como o profissional de saúde, nomeadamente, a (o) enfermeira (o) atua na atenção primária à adolescente grávida?

Este estudo se justifica por entender que a gravidez na adolescência consiste em um processo de vulnerabilidade ao conhecer a experiência da (o) enfermeira (o) que atua na atenção primária de saúde (APS) poderá contribuir para o melhor acolhimento. Portanto, essa pesquisa teve como objetivo conhecer as experiências de enfermeiras (os) da atenção primária de saúde no atendimento pré-natal de adolescentes, na região de São Miguel Paulista, zona leste de São Paulo (SP).

MÉTODO

Para investigar a atuação das (os) enfermeiras (os) no pré-natal das adolescentes, utilizou-se uma abordagem qualitativa, pois acredita-se que a mesma pode auxiliar a compreender a experiência profissional junto às gestantes adolescentes.

O estudo foi realizado em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na região sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde Leste composta pelas subprefeituras de Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel Paulista⁸.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que compuseram o cenário do estudo funcionam Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST), Unidades Mistas (UM) e Unidades Básicas Estratégia de Saúde da Família (UBESF), sendo que em todas essas, independentemente da modalidade de atenção à saúde, a assistência pré-natal é norteada pelo protocolo “Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha”^{9,10}.

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana foi instituída no município de São Paulo

em 2006, sendo vinculada às diretrizes e atualizações da Rede Cegonha, programa de abrangência nacional, cinco anos mais tarde.

Para coleta de dados preencheu-se questionário de perfil sociodemográfico e educacional para caracterização dos sujeitos de pesquisa e realizou-se entrevistas semiestruturadas com dezenove enfermeiros que prestavam assistência pré-natal nestes serviços no segundo semestre de 2012.

Os critérios de seleção dos sujeitos foram: atuar na assistência pré-natal, enquanto integrantes da equipe de serviços de APS e, manifestar aceitação voluntária para participar no estudo.

Como técnica de análise de dados qualitativos, optou-se pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin¹¹. Para armazenagem e gerenciamento dos dados do perfil sócio demográfico e educacional foi elaborada uma planilha eletrônica empregando o programa Microsoft Excel®, o banco de dados foi transportado para o programa StatisticalPackage for the Social Science (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise descritiva utilizando frequências absolutas e percentuais.

A pesquisa pautou-se nas diretrizes e normas nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob o parecer nº 104/11. Todos os participantes aceitaram voluntariamente aderir à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 19 profissionais, predominantemente do sexo feminino (89,5%). Tais profissionais tinham faixa etária entre 29 e 57 anos, sendo 63,2% deles maiores que 35 anos. Em relação ao estado civil, 57,9% eram casados e 73,7% tinham 1 ou mais filhos

A formação universitária ocorreu majoritariamente em instituições privadas da região metropolitana de São Paulo (94,3%). No que se refere ao tempo de formação, 21,1% tinham até 5 anos; 52,6% entre 6 e 15 anos e 26,3% tinham 16 anos ou mais de graduação.

Em relação à pós-graduação *lato sensu*, apenas 15,8% não haviam cursado. Os cursos realizados eram de áreas afins à atenção básica (71,4%) como: obstetrícia, saúde pública, saúde da família, saúde coletiva e acupuntura; 23,8% dos cursos eram afins à área hospitalar: administração hospitalar, cardiologia, urgência e emergência, médico-cirúrgica e unidade de terapia intensiva e, 4,7% voltadas ao ensino, docência. Em se tratando de pós-graduação *stricto sensu*, apenas um profissional cursou mestrado em Atendimento a Pronto Socorro.

Segundo os anos de atuação na assistência ao pré-natal: 31,6% tinham até 6 anos; 47,4% tinham de 6 a 10 anos e 21% tinham de 11 a 18 anos.

Nas entrevistas realizadas com os enfermeiros emergiu a categoria: **Cuidado pré-natal das adolescentes** com três subcategorias (Figura 1).



Figura 1- Categoria e subcategorias que emergiram na pesquisa.

Atenção pré-natal às adolescentes

As mulheres com suspeita de gravidez que chegam ao serviço são acolhidas por um profissional de enfermagem que fará os encaminhamentos e orientações conforme o resultado do exame. Uma vez confirmada a gravidez, inicia-se com o enfermeiro o calendário de consultas da Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha, como é evidenciado na fala:

Na primeira consulta: ela faz o pregnosticon [...]. Eu já abro o SisPrenatal, peço os exames de rotina, faço as orientações necessárias, receito o ácido fólico e peço para ela marcar a próxima consulta. Faço o pedido para o cartão SPtrans, temos a agenda da gestante que vem com todas as orientações [...]. É assim uma consulta bem rica, por que praticamente o tempo que nós temos é de 20 minutos para atender cada gestante, mas acabamos levando muito mais, 40, 50 minutos. É porque o SisPrenatal é um formulário com muitos dados, não é simplesmente preencher os dados da gestante, verificar peso, altura, pressão, tem a parte da orientação (Enfermeira 12).

O atendimento intercalado entre médico e enfermeira, preconizado pelo protocolo da Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha, acontece apenas nas UBESF, já nas UBS tradicionais, as enfermeiras atendem as gestantes somente na primeira e/ou última consulta de pré-natal, ou ainda, em algum encaixe ou imprevisto:

A nossa unidade é tradicional, então a gestante recebe o acolhimento, que é conosco. A consulta fica com o obstetra mensalmente. Então, normalmente a gestante passa na primeira e última consulta de pré-natal com o enfermeiro. Embora a qualquer momento, que ela tenha qualquer dúvida o enfermeiro está aqui a disposição para poder elucidar essas dúvidas ou mesmo encaminhar para que dê solução ao problema relatado (Enfermeira 1).

Foi perguntado às enfermeiras, como estava organizada a assistência à adolescente nos serviços:

A gente foca bastante a gestante, mas não tem nada específico para as

adolescentes não (Enfermeira 11).

Verificou-se que não há diferença. Todas as adolescentes gestantes são tratadas da mesma forma que aquelas em outras faixas etárias, mesmo quando os sujeitos do estudo afirmavam que o atendimento às adolescentes era “diferencial”, estavam se referindo apenas à escuta mais atenciosa:

Para o pré-natal das adolescentes, o diferencial é o cuidado maior, mais orientação, principalmente porque a maioria vem sem acompanhante, sem a mãe, um adulto responsável, então é a gente que tem que dar, a gente tem que orientar (Enfermeira 4).

A escuta qualificada do atendimento “diferencial” preocupava-se principalmente com determinantes sociais e de vulnerabilidade, evidenciados pelas falas:

(...) no acolhimento a primeira coisa que fazemos é estudar qual a situação da adolescente se ela é de risco, se são filhas de pais separados, se são usuárias de drogas, então você tem que fazer toda uma anamnese, um histórico dela (Enfermeira 14).

A gente faz o teste, se positivo, já dá prosseguimento no atendimento, caso não dê positivo ela é orientada para participar dos grupos de adolescentes, que são grupos educativos existentes no posto onde ela vai ter conhecimento da problemática que envolve a gravidez na adolescência (Enfermeira 1).

Enfoque de risco biológico versus risco social

As adolescentes menores de 16 anos são encaminhadas ao pré-natal de alto risco, quando preciso, porém, elas devem ainda, continuar o atendimento concomitante na unidade de saúde de referência. No entanto, não são atendidas pelas enfermeiras, somente pelos médicos:

(...) uma adolescente menor de 16 anos, a gente também não acompanha, ela é acompanhada no pré natal de risco, e com o médico da unidade. O enfermeiro só participa de orientações, mas ele não atende em consulta pré natal, por ser considerado um pré-natal de risco, adolescentes menores de 16 anos (Enfermeira 9).

Ao longo das entrevistas, poucas enfermeiras comentaram especificamente sobre quais os critérios que classificavam a adolescente como uma gestante de risco e por isso encaminhar ao pré-natal especializado, entretanto, houve enfermeira que considerou o risco gestacional em sua fala:

Pela precocidade ela não atingiu a plenitude da maturidade e de repente o organismo dela vai ter que funcionar como se já tivesse atingido, isso impõe algumas alterações. Risco de desenvolver uma hipertensão específica da gestação, uma diabetes gestacional, enfim diversos fatores que poderão desencadear, a gente procura estar alertando (Enfermeira 1).

O risco social também fez parte das falas das enfermeiras:

Não se gera um filho, se gera problema social (Enfermeira 5)

Aqui é uma área de risco social também, tem um grande número de evasão escolar, alto número de usuários de droga, e tem muito traficante também, o que acontece? Às vezes, elas veem nessas pessoas, uma chance delas escaparem, porque às vezes ela tá lá dentro de casa, moram num cômodo ou dois, com o pai, a mãe e dez irmãos, todo mundo passando fome. Aí vem um cara, supostamente um bandido que vai ter dinheiro, vai tirar ela daquela situação, qual o jeito dela fazer isso? Engravidando. Então, assim a gente vê que é uma ilusão que elas têm de uma expectativa melhor de vida, elas não param para pensar que vai ser mais uma pessoa para sustentar, que vai ficar mais um dentro da casa da mãe (Enfermeira 13).

Aspectos prioritários na assistência à adolescente grávida

Quando questionadas sobre o que consideravam como prioritário para a assistência pré-natal das adolescentes, as enfermeiras elencaram diversos elementos, como: repetir várias vezes as orientações para gravarem; manter diálogo aberto e sem julgamentos para apoiar, acolher e criar vínculo; ouvir com empatia tudo que têm a contar mesmo que não se relacione à gestação.

Os profissionais reconhecem a importância de suporte para a adolescente em todo o ciclo gravídico-puerperal. Pode-se exemplificar essa constatação por meio da seguinte fala:

Eu considero o apoio, é o apoio psicológico, porque eu acho que na adolescência um grande problema é a questão psicológica, elas não têm muita noção do que é a gestação, enquanto elas estão grávidas, elas ainda estão achando que é uma brincadeira; acho que é muito importante ter esse acompanhamento e a atenção, principalmente no puerpério, por que depois no puerpério há um grande risco dessa adolescente rejeitar essa criança (Enfermeira 13).

Uma outra prioridade é a assistência diferenciada, focada para as adolescentes e com vistas ao estabelecimento de vínculo e adesão ao pré-natal. A demanda é diferente e os enfermeiros precisam adaptar-se a isso:

A gente deveria manter um olhar diferenciado para o adolescente, ou ter uma demanda livre, que ela pudesse ter essa condição de vir na hora que ela pudesse, até na questão do grupo, poderia ter um grupo diferenciado, porque assim, todas são gestante, a gente não separa, então, eu acho que poderíamos pensar em uma assistência diferenciada (Enfermeira 5).

O acolher é primeira coisa que não pode faltar. Você precisa conhecer a família dessa adolescente, em que contexto ela está inserida, porque a partir da hora que você conhecer a realidade dela fica mais fácil acompanhar e até mesmo se houver necessidade, a gente vai abordar a família, principalmente a mãe (Enfermeira 18).

O modelo de atenção à saúde com visão reducionista, curativista e centrado nos aspectos biológicos permeou alguns discursos:

(...) e depois assim a gente vai fechando o cerco com as questões ginecológicas, de secreções, a procura de streptococos B. Prioridade é ver a

situação do feto, se o coração tá batendo, se não tá, ultrassom, se tá formado, se não tá, e depois a gente começa a ver a parte odontológica dela e por aí vai (Enfermeira 05).

De maneira geral, as enfermeiras não conseguiram traçar uma única prioridade e alegaram que toda a assistência é importante para o atendimento à adolescente grávida:

Eu acho que tudo. Por que eu não acho que tenha uma coisa mais prioritária que outra; falar sobre amamentação, falar sobre um método (...) não tem uma coisa prioritária. E específico para a adolescente é o trabalho psicológico depois que nascer, porque a gravidez acho que é de menos, o pior é depois que nascer (Enfermeira 8).

DISCUSSÃO

Na realização do pré-natal, a enfermeira e os demais profissionais podem desenvolver atividades educativas, captação precoce de gestantes, estímulo ao parto normal, solicitação de exames, avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento, classificação de risco, realização de anamnese, exame físico, e tre outros¹².

O que pode-se constatar com a entrevista referente a primeira consulta da gestante adolescente é o bombardeio de informações e questionamentos, possível medo, pode ser um grande e talvez assustador inquérito, com solicitações de exames, prescrições de vitaminas, solicitação de transportes, para além da constatação da gravidez que a adolescente vivenciará um processo de internalização.

A consulta de pré-natal, de acordo com Ministério da Saúde (MS), constitui-se como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o intuito de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito^{12,13}.

Essa consulta pode ser realizada pela obstetrix e/ou enfermeira obstétrica e/ou médico obstetra, e também pelo enfermeiro ou médico de família, é composta de ações simples, onde o profissional presta assistência de promoção e prevenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

Quando pensa-se na questão do acolhimento, pode-se observar uma série de dificuldades, não só no próprio exercício profissional para com a gestante, mas no entendimento que se tem do significado do termo “acolhimento”

Para o MS, acolher é aceitar, dar ouvidos, dar crédito agasalhar, receber, atender, admitir, ou seja, o acolhimento é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, uma atitude de inclusão^{14,15}.

Todo lugar onde ocorre um encontro enquanto trabalho de saúde, gera uma relação profissional/usuário, onde produz-se relações de escuta e responsabilização, do qual se constitui vínculos e compromissos em projetos de intervenção¹⁶.

O acolhimento nas práticas de produção de saúde está presente em todas as relações

e encontros com os pacientes, mesmo quando pouco cuidamos dele¹⁴. Entretanto, no estudo aqui apresentado parece ter ficado difícil verificar acolhimento em práticas cotidianas. Uma vez que observou-se na relação entre profissional/gestante, um acolhimento aquém ou pouco pleno ao proposto pelo MS nas falas das enfermeiras entrevistadas.

Nessa observação, o acolhimento à gestante adolescente, que deveria ser singular e específico às atribuições da sua idade, pode se agravar porque a adolescente que ainda não alcançou a maturidade pode começar a ser tratada como uma mulher madura ou em processo de amadurecimento devido a maternidade.

Para entender a situação e prestar o cuidado à gestante, deve-se ter como objetivo, compreender a subjetividade dessa adolescente, perceber as suas dimensões humanas, tratar da saúde de forma integral, englobar o processo do cuidar para promover, manter e/ou recuperar a dignidade e a totalidade humana¹⁷. O cuidado é entendido como ação que vai além de procedimentos técnicos, pois engloba envolvimento e compromisso com o outro e torna-se por isso, uma ação humanizada, que reconhece o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde⁷.

Foi possível observar que as falas das enfermeiras estavam arraigadas de julgamentos morais e preconceitos, o que muito provavelmente influencia na assistência prestada a essa adolescente ao longo do pré-natal. Um estudo¹⁸, verificou que entre os enfermeiros entrevistados acerca da assistência pré-natal à adolescente, os juízos de valores estiveram presentes como: “mal nasceram e já estão mantendo relacionamento sexual” ou “essas crianças, porque quinze, quatorze, dezesseis anos, engravidam por descuido mesmo”.

Chamar a adolescente de criança, de descuidada, de precoce, pode ser entendido como ofensas e julgamentos. Isso influencia negativamente a assistência profissional além disso os julgamentos na maioria das vezes já foram reforçados pelos amigos e pelos familiares.

Outros estudos^{19,20} compartilham da mesma teoria, de que a atuação profissional voltada para saúde materna, requer a satisfação da usuária, principalmente em relação aos profissionais, uma conduta de respeito e atenção, sem julgamentos prévios, proporcionando-a uma gestação mais saudável, considerando que esta é uma fase, em que as modificações físicas e psíquicas, a deixam mais vulnerável e fragilizada.

Para tanto, recomenda-se utilizar estratégias, como a escuta aberta, sem julgamentos e sem preconceitos, além do diálogo franco, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, expressando suas dúvidas e necessidades, possibilitando assim o estabelecimento do vínculo profissional-cliente¹⁹.

Sobre o enfoque de risco biológico e risco social, o Ministério da Saúde¹² publicou um Caderno de Atenção Básica, denominado “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, que tem como objetivo orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, com intuito de realizar uma prática humanizada e integral, garantindo padrão de acesso e qualidade.

Na parte referente ao pré-natal, há uma classificação de risco gestacional, havendo a indicação de fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica; os que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de risco e os que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica.

Em relação aos fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica, estão os relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis. Destaca-se a atenção para a idade menor de 15 anos; a situação familiar insegura e a não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente¹².

Porém, enfatiza que as adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias, só pelo fato de serem adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população e geral¹².

Mesmo o MS considerando um fator de risco gestacional a gestação entre adolescentes de 10 a 14 anos (que podem ser minimizados com atenção qualificada) percebe-se um avanço em relação à abordagem realizada. Por exemplo, no manual de pré-natal publicado no ano de 2000, não fazia nenhuma ressalva a atenção oferecida à adolescente²¹.

Frente a isso, considera-se importante ressaltar, que mesmo o MS trazendo considerações importantes relacionadas à assistência à gestante adolescente, o protocolo em vigor do município de São Paulo, ainda caracteriza a gestação em adolescentes menores de 16 anos como sendo de risco. Conseqüentemente, as enfermeiras não podem realizar esse atendimento, como verifica-se nas falas dessas profissionais

Em relação aos riscos de morte materna, 50% dos óbitos estão relacionados com causas obstétricas diretas, quais são complicações durante a gravidez, parto ou puerpério. Causadas por intervenções, omissões ou tratamento incorreto, essas são prevenidas com um acompanhamento de pré-natal adequado, para um maior conhecimento do estado de saúde da gestante e do desenvolvimento da gestação, não excluindo as medidas educativas e de planejamento familiar²².

Ao se tratar dos riscos biológicos das adolescentes, não há evidências que comprovem evolução obstétrica desfavorável relacionada com o único fator de pouca idade materna. As situações de risco biológico mais frequentes, entre as adolescentes muito jovens, são a hipertensão gestacional, prematuridade e baixo peso neonatal, que estão relacionadas não só com a idade materna, mas também às condições psicossociais inadequadas, e à qualidade da assistência pré-natal e do parto²³.

Em outro estudo²⁴ que, o pré-natal inadequado contribuiu, significativamente, para o aumento do risco gestacional em adolescentes, como por exemplos, maior prematuridade,

maior risco para baixo peso ao nascer, *apgar* de quinto minuto menor que sete, entre outros.

Atualmente acredita-se que uma assistência de qualidade resolveria ou minimizaria o risco biológico, visto que um dos principais objetivos da atenção pré-natal é exatamente a identificação dos fatores que poderiam colocar o binômio sob um maior risco de um resultado adverso, bem como intervir para evitar iatrogenias²⁵.

A situação de desigualdade social, política e econômica encontrada no Brasil tem influência direta na dinâmica familiar e no aumento do número de crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal. Nesse contexto, a gravidez na adolescência tem sido tradicionalmente tratada como um problema de saúde pública, apesar de diferentes estudos atribuírem significações positivas para a vivência da maternidade a partir da perspectiva das adolescentes^{23,26}.

Esses riscos não médicos que envolvem a adolescente podem ser: necessidade de ajuda financeira, problemas de moradia, tensão entre os familiares acerca da gravidez não planejada, o medo e a falha em assumir responsabilidades e suas funções de adolescente e de mãe, os hábitos de vida (fumo, álcool, drogas), construir uma nova conformação familiar estável, de se auto estruturarem e criar seus filhos com saúde. E mesmo após a gestação, a necessidade de ajuda financeira e física para o cuidado com o filho permanece, visto que a adolescente normalmente não possui aval do companheiro ou ele também é adolescente e os dois não conseguem assumir as despesas e cuidados totais da criança^{23,26}.

Isso confirma que ao propiciar o cuidado pré-natal (manter vínculo e identificar dificuldades) bem como, acompanhamento puerperal na UBS pode evitar mortes maternas se a assistência for de qualidade. Nesse sentido, fomenta-se a vantagem e a importância das visitas domiciliares no puerpério e da Estratégia de Saúde da Família, implementada em algumas unidades de saúde da cidade de São Paulo.

Na ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social e para entender a pessoa deve ser analisado o contexto socioeconômico e cultural, reconhecê-la como sujeito social portadora de autonomia, e corroborar que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Assim o foco do cuidado, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento²⁷.

Sabendo disso, uma crítica sobre a prática das enfermeiras no programa é que essas acreditam estar cuidando da família mesmo quando o seu processo de trabalho não se diferencia daquele adotado na assistência ao indivíduo, ou seja, estão prestando assistência ao indivíduo que têm familiares e não a assistência à família sob o aspecto de unidade de cuidado²⁷.

Já um estudo comparativo de Unidade Básica Tradicional e Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família, nos diferentes estratos de exclusão social, mostrou

que para os usuários o índice de atenção básica, no geral, a UBESF foi superior à UBS tradicional, enquanto para os profissionais e gestores esse índice não revelou diferenças relevantes^{28,29}.

O período pré-natal é um momento de grande expectativa e de preparação biológica e psicológica para o parto e para a maternidade. A enfermeira, durante o pré-natal, busca contribuir para a promoção da saúde do binômio, através de informações e reflexão quanto à experiência da maternidade, as mudanças do corpo, a adoção de práticas para manutenção da saúde e mudanças de hábitos para solucionar problemas ocasionados pela gestação.

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar^{7,30}.

É interessante pensar que alguns aspectos citados como prioritários, também foram apontados como dificuldades na assistência. Isso possibilita inferir que, apesar da dificuldade que as enfermeiras têm em dar atenção, apoiar, acolher a demanda que há diariamente nessas unidades, posturas como estas tornam-se fundamentais para as adolescentes, as quais sentem-se acolhidas e cuidadas, e proporciona uma maior adesão ao pré-natal, segundo a percepção de algumas enfermeiras.

A assistência à gestante adolescente deve ocorrer através de ações que visam melhorar o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde contando com profissionais capacitados continuamente, para atender essas necessidades específicas dessa faixa etária. Nas Unidades de Saúde, é necessário que sejam feitas intervenções educativas multidisciplinares para adolescentes, não de forma fragmentada e que valorize o biológico, mas buscando um cuidado holístico, voltado para as necessidades biopsicossociais^{24,27,31}.

Ao valorizar os aspectos relacionais, as gestantes consideram que a atenção deve ser voltada para uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de maior vínculo com os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, caminhos podem ser traçados rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico e vigente, de modo a torná-lo, quiçá, mais orientado para o amparo dos diferentes sujeitos que compõem a (complexa) realidade em prol de um cuidado em saúde mais humanizado e solidário³².

Uma pesquisa com adolescentes gestantes abordou as especificidades distintas em relação às gestantes adultas, tendo o médico e enfermeiro papéis fundamentais numa assistência singular e diferenciada. Esses profissionais como membros da rede de apoio à mulher, precisam compreender as mudanças físicas, emocionais e sociais vividas pela adolescente, assim como os recursos que as mesmas dispõem e quais suas formas de enfrentamento a estas situações. Dessa forma, a atenção pré-natal realizada à adolescente grávida deve ser “diferenciada” e personalizada em virtude das características próprias

deste grupo³³.

A relação entre o profissional de saúde e adolescente deve ser trabalhada, para que haja mudanças nos saberes pré-estabelecidos e de pré-conceitos. Ao fazer isso, os profissionais podem refletir e encontrar uma forma de se comportar em relação à adolescentes, propiciar participação e conceder informações, além de poder oferecer escuta e atenção à adolescente³³.

A maternidade na adolescência então, não é apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um processo social que afeta significativamente as relações entre homem, mulher e membros familiares, definindo novas identidades sociais. Dessa maneira, deve-se ter um olhar focado para além das questões físico biológicas, uma visão holística, centrada no respeito e aceitação da gestante adolescente, para que a ação humanizada possa abranger todos os conceitos³⁴.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu a reflexão acerca do cuidado humanizado e da postura adotada pelas enfermeiras frente ao cuidado pré-natal das adolescentes.

Percebe-se que a gestante adolescente não recebe, em sua totalidade, uma atenção específica e direcionada, que atenda às suas necessidades singulares de sua faixa etária e condição de gestação.

Em relação às características profissionais das enfermeiras que prestam assistência pré-natal, poucas possuíam especialização em áreas afins à APS, na qual, a maioria não era especializada. Fator que pode impactar fortemente a assistência, no que se refere à falta de preparo específico e de qualificação profissional

Os profissionais reconheceram fragilidades no atendimento à gestante adolescente e listaram algumas dificuldades, dentre as quais, o despreparo na formação para essa atuação, questões sociodemográficas e culturais e, aquelas relacionadas às políticas de saúde.

É extremamente necessária a implementação de políticas públicas direcionadas às gestantes adolescentes nos serviços, assim como, investir na capacitação/sensibilização do profissional de enfermagem para a assistência à adolescente, promovendo mudanças na estrutura assistencial com equipes interdisciplinares e multiprofissionais, para um cuidado direcionado e eficiente

Evidencia-se, dessa maneira, que é necessário realizar ações que visem à assistência integral às adolescentes, não apenas no período gravídico-puerperal. Para isso, é fundamental acolhimento, fortalecimento dos laços entre profissionais e usuárias, resolutividade dos profissionais, discussões permanentes e capacitação permanente da equipe.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva: WHO Press, 2006, 31p.
2. Ministério da Saúde (Br). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Mandú ENT. Adolescência: o cuidar nessa fase do ciclo vital. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ (orgs.). Enfermagem e saúde da mulher. 1ed. Barueri: Manole, 2007, p.190-210.
4. Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ACd´A. Gestações sucessivas na adolescência. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. [online].2007;17(1):165-72. [citado 30-03-2017]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100017&lng=pt&nr=1&tlng=pt
5. World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. Making pregnancy safer: a newsletter of worldwide activity. [Online]. 2007; Issue 4: 1-8 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newsletter/mps_newsletter_issue4.pdf>.
6. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério. Lavras: SES/SP, 2010, 234p.
7. Parenti PW, Silva LCFP, Melo CRM, Clapis MJ. Cuidado pré-natal às adolescentes: competências das enfermeiras. Revista Baiana de Enfermagem. [online]. 2012; 26 (12): 498-509 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6534>
8. São Paulo (Estado). Lei nº 14.544, de 14 de setembro de 2011. Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Diário Oficial do Estado 15 set 20 1; Seção I:1.
9. São Paulo (Município). Decreto nº46.966, de 02 fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Secretaria do Governo Municipal 2 fev 2006.
10. Ministério de Saúde (Br). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 25 jun 20 1.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 7ed. São Paulo: Almedina, 2011. 229p.
12. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 318 p.
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção humanizada e qualificada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 163p
14. Ministério da Saúde (Br). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº28: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 56 p.

15. Ministério da Saúde (Br). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
16. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*. [online]. 2015; 39(105):514-24 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>
17. Reis ABF, Silva JLL, Andrade M. Assistência das adolescentes gestantes na estratégia de saúde da família. *Informe-se em promoção da saúde*. [online]. 2009; 5(2):23-5 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/adolescentes%20gestantes8.pdf>
18. Santos DR, Maraschin MS, Caldeira S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. *Cienc Cuid Saúde*. [online]. 2007; 6(4):479-85 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3684>
19. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Públ*. [Online]. 2012; 28(4):789-800 [citado 02-03- 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>
20. Guanabens MFG, Gomes AM, Mata ME, Reis ZSN. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [Online]. 2012; 36(1-supl2):20-4 [citado 2017 mar.30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf>
21. Ministério da Saúde (Br). Manual Técnico de Assistência Pré-natal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000, 66p.
22. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. [online]. 2012; 34(8):347-50 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>
23. Oliveira M, Coimbra V, Pereira A. Complicações na gravidez adolescente em situação de risco social. *Revista E-Psi*. [online]. 2015; 5(2):35-50. [citado 30-03-2017]. Disponível em: <https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume2-Artigo3.pdf>
24. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográfico e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery*. [online]. 2010; 14(2):338-45. [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200018>
25. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3 ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
26. Araújo RLD, Rodrigues ES, Oliveira GG, Sousa KMO. Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. *Temas em Saúde*. [online]. 2016; 16(2):567-87 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16231.pdf>
27. Deprá AS, Heck RM, Thum M, Ceolin T, Vanini M, Lopes CV, et al. Gravidez de adolescentes na unidade de saúde da família. *R Enferm Cent Oest Min*. 2011; (1):59-69.

28. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCGóis, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde col.* [online]. 2006; 11(3):633-41 [citado 02-03- 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
29. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima ÂMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Públ.* [online]. 2008; 24(Suppl 1):s148-s58 [citado 02-03 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
30. Teixeira IR, Amaral RMS, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao pré natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde.* [online]. 2010; 3(2):26-31 [citado 30-03-2017]. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166>
31. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Ginecologia Infante Juvenil. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014, 182p.
32. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latino-Am Enferm.* [online]. 2014; 22(1):108-14 [citado 02-03-2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3035.2390>
33. Buendgens BB, Zampieri MFM. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Esc Anna Nery.* [online]. 2012; 16(1):64-72 [citado 02-03-2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>
34. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev esc enferm USP.* [online]. 2008; 42(2): 312-20 [citado 02-03-2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>

CAPÍTULO 22

FENÔMENOS DE *SCHOOL SHOOTINGS*: UMA CONTRAPOSIÇÃO ENTRE COLUMBINE E REALENGO

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Jéssica Eloi Barros Portilho Fonseca

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

Universidade Ceuma - Graduação em Psicologia

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1237894339942617>

Clara da Cunha Ferreira Santos

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0751785761989227>

Raissa Thaynana Torres Vale

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8718245350761630>

Anna Marieny Silva de Sousa

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8552170182747155>

Francisco de Assis Alves Guida Júnior

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3409171723554847>

Anna Beatriz Trindade Lopes

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/4278059747524468>

João Pedro de Araújo Carvalho

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/7531912972085845>

Ana Carla Cardoso Costa

Universidade Ceuma - Medicina (em andamento)

São Luis – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8556215212657939>

Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes

Universidade Federal do Maranhão – Psicologia

Universidade Federal do Maranhão – Doutorado em Ciências da Saúde

São Luis – Maranhão

https://www.cnpq.br/cvlattesweb/pkg_impvcv.trata

RESUMO: Depois do massacre na Columbine High School, EUA, em 1999, o fenômeno *School Shootings* vem ganhando notoriedade e gerando preocupação. Posteriormente, em abril de 2011, Wellington Meneses de Oliveira (23 anos) realizou um massacre parecido, na Escola Tarso da Silveira na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, matando 12 estudantes e se suicidando ao final. O presente artigo reflete as análises de

autores como Langman (2009) e O'Toole (2000) sobre esse fenômeno, chamando a atenção para as características comportamentais dos protagonistas dos massacres, assim como seus contextos biopsicossociais e perfil psicológico. Nas análises feitas pelas pesquisas observou-se a raiva, o fascínio pela morte e violência, a complexa combinação de fatores ambientais, genéticos, características individuais, comportamentais e distúrbios mentais, desses indivíduos, e também o efeito *copycat* como fatores indicativos dos massacres. No entanto, tornar-se necessário uma atenção dirigida para a identificação desses sinais para que possamos prevenir um ataque real e as potenciais ameaças com a cooperação de todo um sistema, educacional e de políticas sociais pautadas nas leis que garantam a vida e a segurança do homem.

PALAVRAS-CHAVE: Ajustamento social. Transtornos Mentais. Homicídio. Suicídio.

SCHOOL SHOOTINGS PHENOMENA: A CONTRAPOSITION BETWEEN COLUMBINE AND REALENGO

ABSTRACT: After the 1999 massacre at Columbine High School, USA, the School Shootings phenomenon has been gaining notoriety and raising concern. Later, in April 2011, Wellington Meneses de Oliveira (23 years old) carried out a similar massacre at Tarso da Silveira School in the city of Rio de Janeiro, Brazil, killing 12 students and killing himself in the end. This article reflects the analyzes of authors such as Langman (2009) and O'Toole (2000) on this phenomenon, drawing attention to the behavioral characteristics of the protagonists of the massacres, as well as their biopsychosocial contexts and psychological profile. In the analyzes carried out by the surveys, anger, fascination with death and violence, the complex combination of environmental and genetic factors, individual characteristics, behavioral and mental disorders of these individuals were observed, as well as the copycat effect as factors indicative of the massacres. However, it is necessary to pay attention to the identification of these signs so that we can prevent a real attack and potential threats with the cooperation of a whole system, educational and social policies based on laws that guarantee the life and safety of the men.

KEYWORDS: Social Adjustment. Mental Disorders. Homicide. Suicide.

1 | INTRODUÇÃO

“Rampage School Shootings” é uma expressão em inglês que em tradução aproximada para o português significa: tiroteio escolar desenfreado. *Rampage* é um termo que se refere a situações violentas envolvendo grupo de pessoas, e a expressão *school shootings* refere-se a tiroteios específicos em escolas. A definição da expressão varia de acordo com os autores. Para Newman (2004), *rampage school shootings* é um ataque realizado por um aluno ou ex-aluno em sua própria escola, no qual o aluno comete o massacre em massa, assassinando alunos e funcionários, geralmente em local onde há uma grande circulação de pessoas envolvendo múltiplas vítimas, que são escolhidas aleatoriamente ou como símbolo (aluno específico, direto, professor).

Primeiramente esse tipo de tragédia foi considerado como uma particularidade norte-americana, pois foi após o massacre de Columbine que essas tragédias se tornaram

de conhecimento mundial, portanto, até então, não havia trazido grande preocupação para o resto do mundo. Mas, em outros países, se verificou o mesmo, na Alemanha, na Suécia, Canadá, Brasil. Diferentes pesquisadores chamam a atenção para fatores ambientais significativos para o aparecimento de atiradores. E para dados em comum nessas tragédias.

Procurou-se enfatizar a construção do perfil psicológico dos atiradores e técnicas de prevenção e redução desses fenômenos, porém enfatizamos os fatores socioambientais que, possivelmente, solidificam tais perfis e psicopatologias. Portanto, a pesquisa tomou um sentido oposto às compreensões deterministas sobre o assunto. Reflexões desse cunho podem ser úteis na compreensão do fenômeno como um todo e, conseqüentemente, para a sua prevenção. O caso de Columbine tornou-se o mais popular da história dos EUA, pois ganhou grande atenção da mídia, pelo fato de ter acontecido na época da popularização da internet. Realengo é um massacre mais atual, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, o primeiro registrado na região.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi de natureza qualitativa, pois abarcou a conexão entre o âmbito objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser trazido em números. No processo de interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, a pesquisa foi básica, pois não foram utilizados métodos e técnicas estatísticas. Quanto ao objetivo, sendo a pesquisa descritiva, teve por finalidade analisar fenômenos, visando descrever determinadas características dos mesmos.

Realizou-se uma revisão bibliográfica, desenvolvendo-se a partir de material já publicado, principalmente de bases de dados como Jefferson County Sheriff 's Office e FBI; em livros, tais quais: "Why kids kill: inside the minds of school shooters" de Peter Langman e "Rampage: The Social Roots of School Shootings" de Katherine S. Newman; e em material disponível na internet, bem como nos sites: <http://acolumbinesite.com/> e revistas semanais, como Isto É e VEJA.

3 | FATORES MOTIVACIONAIS

Há grande dificuldade em realizar estudos sobre atiradores de escola, pois o tamanho da amostra é pequeno, além de que a maioria dos atiradores suicida-se após o massacre, o que limita fazer uma pesquisa retrospectiva.

Apesar de eventos de *rampage school shootings* serem estatisticamente raros, a dimensão dos acontecimentos e seu alcance são alarmantes, pois espalha terror, choque, medo para todo o mundo. Educadores, profissionais de saúde mental, policiais, pais, alunos, compartilham um sentimento de frustração, impotência, insegurança e medo. No ano de 2012 uma pesquisa feita por Klein (2012) haviam ocorrido 191 casos de *rampage*

school shootings entre 1979 a 2011 nos Estados Unidos da América.

Em um estudo realizado pelo Federal Bureau of Investigation (FBI), O'Toole (2000) afirmou que devido à cobertura sensacionalista da mídia espalham-se uma série de impressões erradas acerca dos eventos de *school shootings* e dos atiradores, tais como: a violência escolar é uma epidemia, todos os atiradores escolares são iguais, um atirador de escola é sempre solitário, tiroteios em escolas são sempre motivados por vingança, fácil acesso a armas é o fator preponderante.

Quanto aos traços de personalidade e comportamentos, na pesquisa de O'Toole (2000) para o FBI foram observados e analisados 14 casos de tiroteios em escolas. O estudo identificou 47 descritores que muitos atiradores tinham em comum, incluindo 28 traços de personalidade e comportamentos, sete dinâmica familiares, sete dinâmicas escolares e cinco dinâmicas sociais.

Nem todos os atiradores tinham cada uma dessas características, mas os descritores foram vistos como partes de uma tendência significativa. Algumas das características comuns individuais incluíam: o narcisismo, a intolerância, a alienação, a péssima gerência da raiva, fascínio com a violência, a baixa autoestima e falta de empatia. No entanto, a própria O'Toole (2000) alerta que a elaboração desse perfil pode acabar rotulando injustamente alguns estudantes que não tem perfil violento

McGee e DeBernardo (1999) pesquisaram sobre 16 *school shooters* (atiradores de escola), que realizaram seus ataques de 1996 a 1998 (EUA e Canadá). Desenvolveram assim um perfil que eles chamaram de "The Classroom Avenger" (para o português: o vingador da sala de aula). McGee e DeBernardo (1999) chamaram os massacres de "non-traditional shooting incidents" (em tradução aproximada para o português, significa tiroteios não tradicionais), pois assim como os *school shootings*, não estão relacionados a gangues juvenis, drogas, brigas, mas sim com um massacre específico e singular na escola realizado por um aluno. Os pesquisadores concluíram que tais adolescentes tendem a serem solitários, deprimidos, com características de vários distúrbios de personalidade, incluindo o paranoico, antissocial e narcisista, além de possuírem grande interesse por violência.

Langman (2009) investigou 10 atiradores de escola em seu livro "*Why kids kill: inside the minds of school shooters*", onde desenvolveu uma tipologia que se encaixaram esses dez atiradores. A tipologia foi dividida em três categorias: atiradores traumatizados, atiradores psicóticos e atiradores psicopatas, o que corrobora com o estudo de Langman (2009) é que esses garotos (*school shooters*) não são garotos comuns, que sofreram retaliação, ou jogaram muito vídeo game, são garotos com sérios problemas psicológicos, que muitas vezes foram minimizados.

Os atiradores traumatizados vieram de lares instáveis, sofreram abuso, pelo menos um dos pais tinha histórico de uso de substâncias químicas e passagem pela polícia. Já os atiradores psicóticos vieram de lares harmônicos, sem histórico de abuso ou uso de

substâncias por parte dos pais e nem histórico criminal. Estes atiradores apresentaram sintomas de esquizofrenia ou transtorno de personalidade esquizoide, incluindo delírios paranoicos, delírios de grandeza e alucinações auditivas. Os atiradores psicopatas também vieram de famílias intactas, sem histórias de abuso ou disfunção familiar significativo. Eles demonstraram o narcisismo, a falta de empatia, a falta de consciência e comportamento sádico (LANGMAN, 2009).

No entanto, o autor de “*Why kids kill: inside the minds of school shooters*”, Langman (2009) reconhece a limitação da definição de sua tipologia, ao dizer que as pessoas que são psicopatas não são necessariamente assassinas em massa, que a maioria dos psicóticos não comete assassinatos, e que a maioria das pessoas traumatizadas nunca iria matar ninguém, rótulos não justificam

Para afastar estes tipos de generalizações, Langman (2009) faz algumas observações específicas dentro dessas categorias. Ele considera que os altos níveis de sadismo e exposição à cultura de armas separa psicopata atiradores de escola da psicopatia em geral. Abuso de substâncias excessivas e negligência ou abandono dos pais parecem ser as principais características distintivas de atiradores psicóticos. Por outro lado, indivíduos traumatizados que estão em risco têm maior probabilidade de ter tido pais violentos e são vulneráveis à pressão no momento de decidir a agir com violência.

O documentário “Tiros em Columbine” do diretor Michael Moore trata do massacre ocorrido no dia 20 de abril de 1999 na escola de Columbine, nos Estados Unidos, realizado por Eric Harris e Dylan Klebold (TIROS..., 2002). O documentário relaciona a violência na mídia e a fraca política de controle das armas do país como aspectos que contribuem para o de fenômenos de *school shootings*.

Em 1985 foi feito um relatório pela *American Psychological Association*, no qual se chamava atenção para exposição de crianças e adolescentes a programas violentos na televisão, podendo tornar-se insensíveis ao sofrimento alheio ou amedrontados. É acrescentado ainda que a programação infantil televisionada contenha até vinte cenas com agressão a cada hora (GOMIDE, 2000).

Não há entre alguns pesquisadores a concordância de teorias deterministas sobre psicopatologias e perfis psicológicos estabelecidos para atiradores de escola e destacam os fatores socioambientais, como Clabaugh e Clabaugh (2005), que ressaltam como erro de atribuição a explicação para este tipo de fenômeno a partir do perfil psicológico dos atiradores. Para estes autores as tragédias devem ser analisadas dentro de uma rede de causalidade, que se desenvolvem dentro, principalmente, de aspectos ambientais e sociais, sendo que psicopatologias podem se desenvolver (ou se potencializar) em decorrência de fatores ambientais.

Na pesquisa de Adams e Russakoff (1999) é descrito o ambiente social da *Columbine High School* (onde ocorreu um massacre em 1999, EUA). As autoras descreveram a escola como sendo uma “típica escola americana” onde os atletas são os mais populares

e queridos e frequentemente praticam *bullying* nos menos populares. Segundo relatos, alguns dos atletas inclusive praticavam *bullying* em Eric Harris e Dylan Klebold (autores do massacre de 1999).

A visão do sociólogo americano Larkin (2007), descrita em seu livro “*Comprehending Columbine*”, admite a gravidade dos comportamentos dos atletas contra Harris e Klebold. Larkin (2007) discorre em seu livro que os principais fatores que influenciaram a ocorrência da tragédia de Columbine foram: influência da cultura armada norte-americana, vingança contra alunos que praticavam *bullying*, tudo isso combinado com um desejo pela fama que poderia ser alcançado através de uma morte gloriosa.

O efeito *copycat* tornou-se também um fator influente na tomada de decisão desses ataques. Este efeito, segundo McGee e DeBernardo (1999) são comportamentos de criminosos que repetem crimes já cometidos por outros, ou assassinatos inspirados por outros acontecimentos anteriores. Segundo a pesquisa de McGee e DeBernardo o efeito *copycat* tornou-se mais evidente após o Massacre de Columbine, pois foi no início da popularização da internet, um dos maiores veículo de comunicação em massa.

4 | SCHOOL SHOOTINGS

Segundo documentos do Jefferson County Sheriff’s Office, o Massacre de Columbine ocorreu em 20 de abril de 1999, às 11:10 – faltando 17 (dezessete) dias para o fim do ano letivo – no Condado de Jefferson, Colorado, Estados Unidos da América, na *Columbine High School*. Eric Harris, 18 (dezoito) anos e Dylan Klebold, 17 (dezessete) anos, alunos da instituição, entraram na escola vestidos com calças de camuflagem (JCSO, 1999). Eric estava com uma camisa onde tinha escrito “Natural Selection” e Dylan com uma camisa escrita “Revenge” que em português significa Seleção Natural e Vingança respectivamente. Ambos entraram na escola armados com uma pistola semi-automática e um rifle 9mm (nove milímetros); anteriormente haviam colocado bombas nas instalações da escola. Ambos entraram na escola atirando nos alunos que encontravam. No total assassinaram doze alunos e um professor, ferindo outros vinte e um, suicidando-se em seguida. Próximo aos corpos foi encontrado um bilhete que dizia para que não culpassem ninguém pelos seus atos, que era assim que ambos queriam partir.

Diferentemente da visão de Larkin (2007), Clabaugh e Clabaugh (2005) e Adams e Russakoff e (1999), Langman (2009), como já foi anteriormente descrito, apoia sua pesquisa no estabelecimento do perfil psicológico e patológico dos atiradores. De acordo com a tipologia estabelecida por Langman (2009), Dylan Klebold parceiro de Eric Harris no ataque na *Columbine High School*, no Condado de Jefferson, Colorado, encaixava-se na categoria dos Atiradores Psicóticos, pois, segundo JCSO (1999), há indícios de que Dylan tinha transtorno de personalidade esquizoide. O garoto era visto por muitas pessoas como “estranho”. Na sequência do ataque houve muitos comentários de colegas sobre Dylan e

seu comportamento estranho, o cabelo gorduroso, sujo e roupas incomuns (JCSO, 1999).

Nos relatórios do JCSO (1999), Dylan era acentuadamente tímido e socialmente desajeitado. Ele escreveu sobre suas dificuldades sociais em seu diário, dizendo que ninguém o aceitava, embora ele quisesse ser aceito, que era um péssimo esportista e que tudo isso era um grande problema.

O diário de Dylan também fornece evidências de que seu processo de pensamento foi perturbado (JCSO, 1999). Ele utilizou mal o idioma em diversos trechos. Criou neologismos, distorcendo palavras reais em palavras que não existem. Enrolou gramática com passagens estranhas de conteúdo inarticulado.

Dylan também tinha ideias estranhas que parecem ter sido ilusões. Sua alienação chegou a tal ponto que ele, aparentemente, viu-se como não sendo humano. Ele escreveu: “Sendo feito um humano sem a possibilidade de ser humano... A humanidade é a coisa que eu anseio.” (JCSO, 1999). Ele também se via como sendo um Deus. Por exemplo, ele escreveu em seu diário dizendo que era Deus, em um trecho ele dizia “Eu prefiro ter nada do que não ser nada [...]. Alguns dizem piedade não é nada.” (JCSO, 1999). Em outra parte, ele escreveu “[...] algum Deus eu sou.” (JCSO, 1999).

No JCSO (1999), há relatos de que Dylan apresentou características paranoicas. Ele pensava que todos a sua volta o odiavam e sentia como se estivessem conspirando contra ele, também escreveu sobre ser perseguido por Deus, interpretando eventos simples como uma conspiração contra ele.

Enfatizado na teoria de Langman (2009), o mesmo classificou Eric Harris como Atirador Psicopata. Eric veio de uma família intacta e de bom funcionamento (COLUMBINE REVIEW COMMISSION, 2001). Eric Harris era muito persuasivo e sabia disso, ele escreveu em seu diário: “Eu poderia convencê-los que eu vou escalar o Monte Everest, ou que eu tenho um irmão gêmeo crescendo nas minhas costas [...] eu posso fazer você acreditar que qualquer coisa.” (JCSO, 1999).

Nos escritos de seu diário (JCSO, 1999), Eric deleitava-se com a sua capacidade de enganar seus pais, funcionários da escola e outros. Com o sua maneira influente ele conseguiu uma rescisão antecipada do programa de liberdade condicional, que foi condenado a participar após sua prisão por roubar os equipamentos eletrônicos de uma van. Ao mesmo tempo em que ele estava enganando os profissionais da área jurídica, ele estava escrevendo observações mordazes sobre a situação no seu diário.

Eric escreveu várias vezes em seu diário sobre sua rejeição dos valores tradicionais. Ele afirmou: “A moral é apenas uma palavra.” (JCSO, 1999). Em outra parte, ele escreveu, “Não há essa coisa de verdadeiro bom ou verdadeiro mal.” (JCSO, 1999). Sua recusa em reconhecer a moralidade tornou fácil para ele violar normas sociais e as leis. Nas descrições dos relatórios da investigação (JCSO, 1999), Eric vandalizou casas de colegas e um estabelecimento comercial, invadiu sistema de computador da escola e se envolveu em fraude de cartão de crédito. De acordo com relatórios oficiais sobre a investigação

(JCSO, 1999), Eric era grandioso. Ele escreveu em alemão: “Ich bin Gott” (JCSO, 1999) que em português significa “Eu sou Deus”, em seu plano escolar e nos anuários de seus amigos Eric declarou: “Minha opinião é que se eu disser alguma coisa, ela acontece. Eu sou a lei.” (JCSO, 1999). Apesar de seu desejo de ser Deus, ele sabia que ele não era: “Eu me sinto como Deus e eu gostaria de ser, tendo todos oficialmente abaixo de mim.” (JCSO, 1999).

Além de tudo, Eric era sádico e insensível, ele escreveu em seu diário:

Eu quero rasgar uma garganta com meus próprios dentes [...] Eu quero estripar alguém com a minha mão, arrancar a cabeça fora e rasgar o coração e os pulmões [...] apunhalar alguém no intestino [...] Eu quero pegar alguns calouros fracos e apenas separá-los como um lobo, mostrar-lhes quem é Deus. Estrangulá-los, esmagar suas cabeças, morder seus crânios, arrancar suas mandíbulas. Os sons encantadores de ossos rachando e carne rasgando, ahh...Tanta coisa para fazer e tão poucas chances. (JCSO, 1999).

Segundo documentos oficiais sobre a investigação (JCSO, 1999) o comportamento de Eric durante o ataque também foi notável por seu sadismo. Ele zombou pessoas e riu quando as baleou.

De acordo com matéria da Revista Veja, o Massacre de Realengo aconteceu em 7 de abril de 2011, às 08h30minh na Escola Municipal Tasso da Silveira, localizada no bairro de Realengo, na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, onde Wellington Meneses de Oliveira, de 23 anos, ex-aluno da escola (estudo de 1992 à 2002), invadiu a escola armado e começou a disparar contra os alunos presentes, matando 12 deles (sendo 10 meninas e 2 meninos), com idade entre 12 e 14 anos, sendo interceptado por policiais, cometendo suicídio (DINIZ; SEGALLA, 2011). Foi encontrada com ele uma carta de suicídio:

[...] os impuros não poderão me tocar [...] somente os castos [...], ou seja, nenhum fornicador ou adúltero poderá ter um contato direto comigo, nem nada que seja impuro poderá tocar em meu sangue, nenhum impuro pode ter contato direto com um virgem sem sua permissão, os que cuidarem de meu sepultamento deverão retirar toda a minha vestimenta, me banhar, me secar e me envolver totalmente despido em um lençol branco que está neste prédio, em uma bolsa que deixei na primeira sala do primeiro andar [...]. Se possível, quero ser sepultado ao lado da sepultura onde minha mãe dorme [...]. Preciso de visita de um fiel seguidor de Deus em minha sepultura pelo menos uma vez, preciso que ele ore diante de minha sepultura pedindo o perdão de Deus [...]. (OLIVEIRA, 2011 apud DINIZ; SEGALLA, 2011, p. 85).

Wellington Meneses encaixa-se na categoria de atirador psicótico. De acordo com pesquisa realizada por Langman (2012), Wellington foi adotado e teve uma vida difícil, supostamente sofrendo de problemas psicológicos por anos. Sua mãe biológica era esquizofrênica e ele teria histórico de problemas de saúde mental (LANGMAN, 2012).

Na matéria da Revista Isto É “Menino solitário, adulto perturbado” (TEIXEIRA; MARQUES, 2001), irmãos adotivos de Wellington o descreveram como isolado, ausente e fechado e que nunca teve amigos. Sua condição aparentemente se deteriorou no último

ano de sua vida. Meses antes do ataque a sua mãe adotiva morreu, após isso, ele saiu de casa e se isolou ainda mais. Também foi demitido de seu emprego. Pouco antes do ataque a sua aparência e comportamento mudou, ele tornou-se desganhado e foi ouvido a dizer coisas estranhas.

Nos últimos dois anos da vida de Wellington ele criou uma obsessão por armas e organizações terroristas islâmicas. Não é o fundamentalismo religioso que leva esses jovens a se identificar com os terroristas, mas o fascínio por uma forma de suicídio em que se busca notoriedade da pior maneira: pela violência contra inocentes (CARELLI, 2011).

Wellington deixou para trás vídeos e escritos que supostamente revelam um furioso, caráter delirante, cujas divagações faziam em parte paralelo com as mensagens deixadas pelo estudante Seung Hui Cho, da universidade Virginia Tech, que cometeu um assassinato em massa na mesma Universidade. Em um de seus vídeos Wellington referiu-se a Cho como irmão. Oliveira emoldurou seu ataque dentro de uma ideologia que justificou a sua violência.

Em um dos vídeos, o assassino disse:

Que o ocorrido sirva de lição, principalmente as autoridades escolares, para que descruzem os braços diante de situações em que alunos são agredidos, humilhados, ridicularizados, desrespeitados. Escola, colégio e faculdade, são lugares de ensino, aprendizado e respeito. Se tivessem descruzado os braços antes e feito algo sério no combate desse tipo de práticas, provavelmente o que aconteceu não teria acontecido e eu estaria vivo, todos os que eu matei estariam vivos. Se permanecerem de braços cruzados estarão forçando a ter mais irmãos a matarem e morrerem. (NOVO VÍDEO..., 2011).

Em outro vídeo Wellington afirma

A luta pela qual muitos irmãos morrerem no passado e eu morrerei, não é exclusivamente pelo o que é conhecido como bullying. A nossa luta é contra pessoas cruéis, covardes que se aproveitam da bondade da inocência, da fraqueza de pessoas incapazes de se defenderem. (UM VÍDEO..., 2011).

O conteúdo de todos os vídeos divulgados de Wellington é praticamente o mesmo. De acordo com a matéria da Revista Isto É (LOBATO; MARQUES, 2011), uma aluna sobrevivente ao ataque de Realengo relatou que Wellington atirava nos pés dos estudantes para que não fugissem, que os colocou próximos a uma parede dizendo “Virem para parede, vou matá-los”.

5 | SINAIS DE ALERTA

Tiroteios em escolas podem ser prevenidos através da identificação dos sinais de aviso. Possíveis atiradores de escola podem revelar suas intenções violentas através de sua conversa com os colegas, as atribuições dadas a escola ou publicações na internet.

Uma parte significativa da prevenção de violência escolar envolve a implantação

e o estabelecimento de um sistema de avaliação de ameaças. De modo que o sistema prepara profissionais em várias disciplinas, incluindo a aplicação da lei, educação e saúde mental, para investigar e avaliar potenciais ameaças que chamem a sua atenção. A fim de que as pessoas identifiquem possíveis ameaças, no entanto, elas precisam saber quais os comportamentos que podem indicar que um aluno está contemplando a realização de um tiroteio na escola.

Os sinais de aviso de tiroteios em escolas não se relacionam com roupas dos alunos, os jogos de vídeo game, as suas preferências musicais ou outros aspectos de seus estilos de vida. Os sinais de alerta são ações específicas dos estudantes que se envolvem em comportamentos relacionados a ataques. Estes incluem qualquer comportamento relacionado com a preparação para um ataque: armazenamento de armas, diagramação da escola como parte do planejamento do ataque e assim por diante. Um aspecto chave do ataque é o vazamento de planos para outras pessoas. Vazamento ocorre de várias maneiras, incluindo tentativas de recrutar alguém para se juntar ao ataque, alertando um amigo para ficar longe da escola em um determinado dia, comentando sobre um ataque iminente ou indicando intenções violentas.

A principal limitação desta revisão do comportamento de um atirador da escola é que não há nenhuma maneira de saber quantas vezes um aluno pode se envolver em comportamentos similares sem apresentar qualquer risco de violência. Assim, é importante ter em mente que um determinado comportamento que parece ser um sinal de alerta, não garante que há ataque iminente. No entanto, podem servir de sinais para um risco, devendo ser investigado e avaliado. Um comportamento pode ser motivo de preocupação acerca de um aluno, mas por si só não pode indicar a presença de uma real ameaça. Entretanto, quando há um conjunto de sinais de aviso, a probabilidade de um ataque real aumenta.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na compilação das pesquisas de Peter Langman, O'Toole, McGee e DeBernardo, Clabaugh e Clabaugh, Dale Russakoff e Lorraine Adams e Ralph W. Larkin sobre *School Shootings* constatou-se que os *school shooters* (atiradores de escola) estudados não se encaixam em um único perfil psicológico ou social definitivo. Mas eles possuem características de alerta para o desenvolvimento e planejamento de um tiroteio em escola. Um descritivo comum nos três, era a raiva e fascínio pela morte e violência. O que faz um jovem assassino em massa ou um *school shooter* é uma complexa combinação de fatores ambientais, genéticos e características individuais. Mas é preciso frisar que nada disso isoladamente é determinante. Uma pessoa não entra numa escola disparando tiros só porque sofreu *bullying*, ou possui problemas familiares, foi abusado na infância, assiste muito programa violento ou é deprimido, mas a fusão de vários destes fatores pode acarretar numa disfunção psicológica, gerando transtornos e patologias, que potencializam

o desenvolvimento de um *school shooter*. Como já foi dito anteriormente, a sociedade, pais, profissionais da área educacional, jurídica e da saúde, devem ficar alertas para os sinais de possíveis atiradores.

Mais pesquisas devem ser desenvolvidas nessa área, tanto no estudo individual dos atiradores, como em seus ambientes, perfil psicológico, social, genético, enfim tudo que cerca um evento de *school shooting*, não apenas para o entendimento do problema, mas para traçar estratégias cada vez mais sofisticadas na minimização dos riscos e futuramente sanar este tipo de fenômeno. É importante não se concentrar em um único fator como risco, potencialidade, motivação ou explicação para os casos, mas enxergar o evento como um todo, ter uma visão holística da situação.

REFERÊNCIAS

ADAMS, L.; RUSSAKOFF, D. **Dissecting Columbine's cult of the athlete**. 1999. The Washington Post., 12 jun.1999. Disponível em: <<http://www.washingtonpost.com/wp-v/national/daily/june99/columbine12.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CARELLI, G. **O que estes assassinos tem em comum**. Revista Veja, Editora Abril, ed. 2212, ano 44, n. 15, 13 abr. de 2011.

CLABAUGH, G. K.; CLABAUGH, A. A. **Bad apples or sour pickles? Fundamental attribution error and the Columbine massacre**. Educational Horizons, 2005. Disponível em: <<http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ685028.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

COLUMBINE REVIEW COMMISSION. **The report of Governor Bill Owens', Denver, Colorado**. 2001. Disponível em: <<http://www.state.co.us/columbine/>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

DINIZ, S.; SEGALLA L. **Cruel, aterrado e inexplicável**. Revista Veja, Editora Abril, ed. 2212, ano 44, n. 15, 13 abr. 2011.

GOMIDE, P. I. C. **A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças adolescentes**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.13, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9722000000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2013.

JCSO. JEFFERSON COUNTY SHERIFF 'S OFFICE. **Columbine Documents**. 1999. Tradução de Rafael Carvalhedo Lima. Disponíveis em: <<http://www.co.jefferson.co.us/sheriff/>>. Acesso em: 7 jan. 2013.

KLEIN, J. **The bully society: school shootings and the crisis of bullying in America's schools**. 2012. Disponível em: <<http://jessieklein.com/?page=about&family=shootingdata>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

LANGMAN, P. **Why kids kill: inside the minds of school shooters**. New York: Palgrave Macmillan, 2009.

_____. **School Shooters: nine brief sketches**. 2012. Disponível em: <<http://www.schoolshooters.info/>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

LARKIN, R. W. **Comprehending columbine**. Philadelphia, PA: Temple University Press, 2007.

LOBATO, E.; MARQUES, H. **Virem para a parede, vou matar vocês**. Revista Isto É, ed. 2161, 8 abr. 2011. Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/132370_VIREM+PARA+A+PAREDE+VOU+MATAR+VOCES>. Acesso em: 15 mar. 2013.

MCGEE, J.; DEBERNADO, C. **The classroom avenger: a behavioral profile of school based shootings**. The Forensic Examiner, v. 8, n. 5 e 6, maio-junho, 1999.

NEWMAN, K. **Rampage: the social roots of school shootings**. NY: Basic Books, 2004.

NOVO VÍDEO de Wellington de Oliveira Menezes falando: que isso sirva de lição. Vídeo retirado do Youtube em 2011. Portal IURD SG. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=NwVY7iyYSp4>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

O'TOOLE, M. **The school shooter: a threat assessment perspective**. Pesquisa feita para o National Center for the Analysis of Violent Crime do FBI. 2000. Disponível em: <<http://www.fbi.gov/stats-services/publications/school-shooter>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

TEIXEIRA, R.; MARQUES, H. Menino solitário, adulto perturbado. **Revista Isto É**, ed. 2161, 8 abr. 2011, Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/132395_MENINO+SOLITARIO+ADULTO+PERTURBADO>. Acesso em: 14 fev. 2013.

TIROS em Columbine. Direção: Michael Moore. Elenco: Michael Moore (Michael Moore), Denise Ames, Charlton Heston, Marilyn Manson. Gênero: Documentário. Roteiro: Michael Moore, Matt Stone, Barry Galsser, John Nichols. EUA: Alpha Filmes, 2002. (120 min).

UM VÍDEO Mostra o atirador falando das razões para ataque a escola no Rio Realengo. Vídeo retirado do Youtube. 2011. Les Crioles. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Zv4_5vZgk2g>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CAPÍTULO 23

IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE FORTALECE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 27/07/2021

José Ailton Alves de Oliveira

Departamento de Proteção à Saúde e
Vigilâncias - Núcleo em Vigilância em Saúde
São Bernardo do Campo - SP
<http://lattes.cnpq.br/8577708076229013>

Fabiana Aparecida Toneto Paniagua

Departamento de Proteção à Saúde e
Vigilâncias
São Bernardo do Campo – SP
<http://lattes.cnpq.br/2634684289461612>

Geraldo Reple Sobrinho

Secretaria de Saúde
São Bernardo do Campo – SP
<http://lattes.cnpq.br/3217432717280717>

Ana Paula Sebastião Domingues Furigo

Departamento de Proteção à Saúde e
Vigilâncias - Núcleo em Vigilância em Saúde
São Bernardo do Campo - SP
<http://lattes.cnpq.br/5601415945492786>

Helaine Balieiro de Souza

Departamento de Proteção à Saúde e
Vigilâncias
São Bernardo do Campo - SP
<http://lattes.cnpq.br/1329210870835759>

Imara Martins dos Santos

Departamento de Proteção à Saúde e
Vigilâncias - Núcleo em Vigilância em Saúde
São Bernardo do Campo - SP
<http://lattes.cnpq.br/1077921158224133>

Keila da Silva Oliveira

Divisão de Vigilância Epidemiológica
São Bernardo do Campo
<http://lattes.cnpq.br/3773049644919767>

RESUMO: É um grande desafio no Sistema Único de Saúde-SUS a integração de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, meio ambiente, vigilância em zoonoses com a rede de atenção básica, demandando novos arranjos organizativos de trabalho e de gestão. A mobilização de gestores e trabalhadores das vigilâncias institucionalizadas de um município de grande porte da região metropolitana de São Paulo, construiu a proposta do Núcleo em Vigilância em Saúde-NEVS implantado localmente com a figura do articulador em vigilância em saúde em 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde, utilizando a educação permanente em saúde como ferramenta principal. Um agente transformador diário promovendo interações e articulações/apoio aos diversos atores por meio de discussões técnicas, fluxos, ações de campo, registros, monitoramento de agravos e doenças de notificação compulsória, informações em saúde e educação sanitária. O presente artigo tem como objetivo geral descrever esta iniciativa no município de São Bernardo do Campo – SP, como estratégia de articulação das áreas das Vigilâncias e a rede de Atenção Básica na perspectiva da integralidade do cuidado. O tripé-atenção básica–educação permanente – vigilância em saúde pode ser uma força potente de qualificação e gestão do cuidado, considerando

cenários territoriais e epidemiológicos, características populacionais, geográficas e sociais distintas envolvidas. A experiência resultou no aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho em ambas as áreas, aproximação das equipes, fortalecimento de vínculos e qualificação permanente entre os profissionais de saúde e ampliação de olhares sobre os riscos à saúde para a população.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde, Política Pública.

IMPLEMENTATION OF A CENTER ON HEALTH SURVEILLANCE STRENGTHENS INTERDISCIPLINARY WORK

ABSTRACT: It is a great challenge for the Brazilian National Health Service - NHS the integration of health surveillance actions, epidemiological surveillance, worker health, environment, surveillance in zoonoses with the primary care network, demanding new organizational work and management arrangements. The mobilization of managers and workers of institutionalized surveillance of a large city in the metropolitan region of São Paulo built the proposal of the Center On Health Surveillance locally implanted with the figure of the articulator in health surveillance in 5 (five) Basic Health Units, using permanent health education as the main tool. A daily transforming agent promoting interactions and articulations/support to the various actors through technical discussions, flows, field actions, records, monitoring of diseases and diseases of compulsory notification, information on health and health education. The present article has as its general objective to describe this initiative in the city of São Bernardo do Campo - SP, as a strategy for articulating the areas of Surveillance and the Primary Care network from the perspective of comprehensive care. The tripod: primary care—continuing education – health surveillance can be a powerful force of qualification and management of care, considering territorial and epidemiological scenarios, distinct population, geographical and social characteristics involved. The experience resulted in the constant improvement of work processes in both areas, approximation of teams, strengthening of links and permanent qualification among health professionals and broadening views on health risks for the population.

KEYWORDS: Health Surveillance, Primary Care, Brazilian Unified Health System, Public Policy.

1 | INTRODUÇÃO

Na história da saúde pública, diversos foram os conceitos e definições atribuídos a Vigilância em Saúde no país. A definição mais recente foi descrita na Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018) como:

“[...]o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. ”

Partindo deste referencial, modelos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que valorizam o planejamento que considere a determinação social da saúde, a responsabilidade do Estado na regulação sanitária, na organização da rede de atenção na perspectiva da integralidade e intersectorialidade, a participação da sociedade e o direito à informação tem considerado o território como importante espaço de análise, gestão e intervenção e para a organização da vigilância em saúde a partir dos processos e práticas de produção e consumo e das dinâmicas sociais, ambientais e culturais da sociedade a eles adscritos (Netto et all. 2017). O direcionamento e o compromisso do país com a implementação e monitoramento dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável proposto pelas Nações Unidas para 2015/2030, arrebatam para a saúde a responsabilidade de metas para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos (ONU, 2015), permitindo que a vigilância em saúde possa se tornar protagonista em um sistema de saúde, trazendo o planejamento para o centro de prioridades de sua política, sistemas, programas e ações (Netto et all. 2017).

Políticas Públicas de Saúde emergem no país, para orientar o Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes de temáticas distintas, porém convergentes, complementares e articuláveis, na perspectiva de direcionar, estados e municípios com suas territorialidades, humanidades, vulnerabilidades, particularidades, e tantas outras palavras com o sufixo ades, para o cumprimento dos princípios da Integralidade, Equidade e Universalidade (BRASIL, 1990).

Neste cenário temos a Portaria GM N°198/2004 e a GM N° 1.996/2007, base da Política de Educação Permanente em Saúde propondo que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que segundo Cardoso et al (2017) sejam estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde, valorizando o papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa realizada nos processos de trabalho coletivo, sem negar a importância da formação técnica específica .

A Portaria n° 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, após revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, modificou estratégias e definições, mas reafirmou sua condição de eixo estruturante do SUS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de

comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017, P.1).

Atribuições e características fundamentais inerentes ao processo de trabalho quanto à territorialização, responsabilização sanitária e desenvolvimento de ações, prevenção, proteção, promoção à saúde da população sob seu cuidado, estão inseridas na referida diretriz nacional, bem como à necessidade de integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017).

A mais recente política pública aqui tratada, teve sua concretude como Política Nacional de Vigilância em Saúde, em 2018, por meio da Resolução CNS nº 588 de 12 de julho de 2018, fruto da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada no mesmo ano em Brasília, oriunda do controle social dos diversos Estados do país. Independentemente de sua recente publicação, as vigilâncias institucionais foram constituídas, instrumentalizadas e implantadas gradualmente nos municípios, a partir do ano de 1990 após a publicação da Lei 8080 e segmentadas em vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador, ambiental, sanitária, e a vigilâncias em zoonoses. Os organogramas administrativos municipais do setor público da Saúde, no decorrer da construção do SUS, por similaridade seguiram o modelo e a lógica fragmentada de organização dos entes federados que compunham o SUS: o Ministério da Saúde - MS, albergando além de outras áreas, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, e as autarquias Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, atualmente ilustrado no Organograma do MS, anexo A, o que operacionalmente poderia refletir diretamente nos processos de trabalho nos municípios, pois normas, diretrizes, políticas públicas já nasciam fraturadas desde sua concepção (BRASIL, 2016).

Diante da contextualização das políticas públicas de Educação Permanente em Saúde, Atenção Básica e Vigilância em Saúde, destacamos duas diretrizes: a de fortalecimento da atenção básica e a integração desta com a vigilância em saúde. Cecílio e Reis (2018, p.1) questionaram e refletiram sobre quais outros fatores deveriam ser considerados como barreiras impeditivas, além do sub financiamento crônico do SUS e a falta de médicos, para a consolidação de uma rede básica potente e resolutive, afirmando que sem a incorporação de novas perspectivas e sujeitos na discussão, pouco se avançaria. A adoção de tecnologias de formação e gestão do trabalho na linha dos processos de educação permanente seria uma das estratégias propostas pelos autores, corroborando com o pensamento de que “a partir do trabalho vivo em ato que ocorre no território, é que se abre a possibilidade de construir estratégias de ação de campo da educação permanente, no encontro com o outro, utilizando tecnologias leves (MERHY; FEURWERKER, 2011, p.6).

A indicação deste norte e o desafio ético, conforme reflexões de Junges e Barbiani (2013), da integração da vigilância em saúde com a atenção básica como modelo de

atenção, inserindo a cogestão e corresponsabilização do cuidado de uma população e suas necessidades, ocupantes de um território ambiente, provoca e instiga análises de como conceber e gestar uma maneira diferente de intersecção entre os diversos atores municipais envolvidos para fortalecer e qualificar o cuidado oferecido pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Haveria de se considerar para a alteração da lógica de gestão e trabalho, critérios e considerações sobre as Políticas Públicas de atenção básica, vigilância em saúde e educação permanente e a formação de uma base sólida de planejamento sustentada por diagnósticos epidemiológicos atualizados, educação em saúde à população, ações e intervenções em determinantes sociais por meio de parcerias intersetoriais e ações de campo especializadas nas áreas de vigilância em saúde públicos e privados.

A afirmação de Faria (2010, p.793), que “a qualificação para o trabalho na Vigilância, entre os trabalhadores de saúde, não é suficiente para facilitar a compreensão sobre a finalidade do trabalho, assim como para propor e atuar de forma orientada a modificação da situação de saúde-doença...”, descreve as práticas adotadas rotineiramente por Secretarias de Saúde Municipais, como estratégia de articulação entre as áreas, com capacitações técnicas pontuais, fazendo-se necessária a expansão de possibilidades diante da complexidade do assunto.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2011, p.7), a vivência e a reflexão sobre as práticas são as que podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas para o enfrentamento do desafio das transformações, imagem esta que levou profissionais de saúde do município de São Bernardo do Campo a pensarem um novo arranjo de trabalho para articular as vigilâncias institucionalizadas com a atenção básica na prática diária, no cotidiano, considerando experiências positivas e negativas experimentadas ao longo dos anos, conforme consta a indicação do estudo no Plano Plurianual do Município para o quadriênio 2018-2021(SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017).

O município alberga 844.483 habitantes segundo estimativa de 2020 do IBGE, e conta com uma rede de saúde pública municipal instalada de 34 Unidades Básicas de Saúde, 9 UPAS, 5 Hospitais, 1 Pronto Atendimento, SAMU, equipamentos de saúde da atenção especializada como Policlínicas, CER e CAPS, Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Unidade de Vigilância em Zoonoses - CCZ, Laboratório Municipal de Saúde Pública e Serviço de Verificação de Óbitos, entre outras estruturas técnico administrativas. Administrativamente a Secretaria de Saúde trabalha com a organização da divisão do município em 9 territórios, definidos como critério base uma UPA, e as UBS em seu entorno de acordo com a facilidade geográfica de acesso da população e o número de habitantes

Os serviços de proteção à saúde e vigilâncias no município organizam-se com a responsabilidade de cobertura de 100% do município em suas ações, integrando e transversalizando articulações com a Rede de Atenção à Saúde.

Ao longo da história e evolução da construção do SUS no município, diversas foram as estratégias e dispositivos utilizados na tentativa da desfragmentação das ações de vigilância junto às outras unidades de saúde, como espaços mensais de encontros e educação permanente com a interlocução entre os profissionais de serviços distintos, planejamento estratégico conjunto, melhorias nas comunicações entre as áreas, eventos pontuais, e apesar de alguns avanços, não foram suficientes para estruturar e sustentar a integração resolutiveira entre as unidades de forma sistemática e não apenas de aproximação por demandas.

2 | OBJETIVOS

Descrever a experiência do Núcleo de Vigilância em Saúde - NEVS do município de São Bernardo do Campo – SP, como estratégia de articulação das áreas das Vigilâncias e a rede de Atenção Básica na perspectiva da integralidade do cuidado.

3 | MÉTODO

O Núcleo em Vigilância em Saúde – NEVS, é coordenado pela área institucionalizada de vigilância em saúde, e tem como objetivo articular, apoiar e executar em conjunto com os profissionais da UBS, ações de Vigilância em Saúde de acordo com as atribuições descritas e pré-determinadas pelo Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias - DPVS. É constituído por um articulador em vigilância em saúde, alocado em uma unidade de saúde de segunda a quinta-feira para realizar as atividades de vigilância com as equipes deste serviço: monitoramento de agravos e doenças de notificação compulsória/visitas, apoio às ações no território, discussões com os trabalhadores da unidade, educação sanitária com a comunidade, análise de indicadores e dados das vigilâncias referentes à área de abrangência da UBS, articulações intersetoriais, propostas de planejamento e intervenções locais com a complementação de ações de campo pelas vigilâncias para a resolutividade de casos e prevenção e proteção à saúde, entre outras. A partir das questões do território e da unidade, são desencadeadas ações junto às vigilâncias e propicia a educação permanente destes profissionais e a aproximação das equipes, transformando processos de trabalho. Vinculado às vigilâncias e fixo em uma Unidade Básica de Saúde, recebe a retaguarda das áreas técnicas específicas na resolução de casos, dúvidas e problemas, seja na assistência, nas ações educativas, de campo, etc. Trabalhadores e gestores da vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, ambiental, controle de zoonoses, e atenção básica alicerçam e estruturam a operacionalização do NEVS, sendo composto por uma teia tecida fortemente de saberes multiprofissionais em saúde, para o fortalecimento da porta de entrada principal do Sistema Municipal de Saúde.

A educação permanente sistematizada com o articulador em vigilância em saúde é realizada todas as sextas feiras com a equipe do DPSV, planejando processos de trabalho,

discutindo casos e organizando ações, atualizando conhecimentos técnicos e capacitações, trocando experiências ocorridas entre os próprios articuladores entre outros assuntos.

Ressaltamos, que a potencialidade para se reordenar a atenção à saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população, reside na prática concreta das unidades de saúde e na sua articulação política com os diferentes níveis do sistema de saúde (FARIA, 2010, p. 795).

Em março de 2018, após a construção conjunta do desenho, diretrizes e operacionalização do NEVS, ocorreu a implantação em duas UBS, tendo sido capacitados os articuladores durante 45 dias nas áreas de vigilância. Indicadores de saúde afetos às vigilâncias, determinantes sociais e territoriais foram discutidos e analisados para a escolha das unidades, traçando um perfil epidemiológico mais aprofundado da área de abrangência da UBS. A implantação é precedida de articulação com o Departamento de Atenção Básica e coordenador da unidade e com a participação do DPVS em reunião geral de equipe da UBS para a apresentação da proposta do processo para todos os trabalhadores. Durante os 30 dias iniciais, os trabalhadores e gestores das diversas áreas que compõe as vigilâncias, organizam-se em um cronograma pactuado para apoio ao articulador “in loco” na UBS, propiciando a sensibilização de temáticas específicas, resolução de casos ou encaminhamentos, e esclarecimentos de dúvidas, bem como o conhecimento e vivência da realidade local da equipe de atenção básica, sendo um momento singular de educação permanente, mistura de saberes, aproximação entre os profissionais com visões distintas, e mudanças de paradigmas. Após este período, o articulador segue com a UBS, propiciando educação permanente diária entre os distintos profissionais e áreas, imerso na micropolítica do trabalho da atenção básica com a visão de intervenção no risco à saúde, apoiado pelas áreas do DPSV à distância e acionadas quando necessárias e vice e versa. Por meio de tecnologias simples de comunicação, a retaguarda/matriciamento e problematização de casos e processos de trabalho ocorrem simultaneamente com os trabalhadores e gestores das vigilâncias institucionalizadas.

4 | RESULTADOS

O tripé-atenção básica–educação permanente diária–vigilância em saúde–demonstrou uma potente força de qualificação e gestão do cuidado, bem como uma iniciativa e uma nova motivação para as equipes do SUS. Pactos diários de reorganização do trabalho em saúde, entre profissionais da UBS e das vigilâncias ocorreram sem a perda do momento da produção do cuidado singular, envolvendo casos e pessoas complexas, beneficiando usuários e enriquecendo a mistura de saberes entre os trabalhadores e gestores. Ações de campo das vigilâncias complementaram a resolução de casos sob o cuidado direto das equipes de saúde da família de uma forma integrada, com maior celeridade. A compreensão da realidade de trabalho do “outro”, alterou a visão inter equipes,

proporcionando arranjos e ajustes mais realistas nos fluxos e parcerias mais fluidas. Ambas as áreas avaliaram o projeto como uma produção positiva de novos jeitos de trabalhar, mesclando assistência e vigilância.

Implantado em mais 3 UBSs do município, totalizando 5, segue evoluindo na lógica inicial, com prognóstico de expansão, com diversos processos de trabalho alterados, ampliação para os territórios de saúde, produzindo novas ações locais, vínculos de confiança e aproximações das áreas. As realidades epidemiológicas, sociais, geográfica e econômicas de cada território propiciaram o desenvolvimento heterogêneo de ações e resultados específicos.

Ações de educação em saúde na comunidade, educação sanitária na recepção das UBSs sobre o uso racional de medicamentos e armazenamento destes nas residências com a participação da vigilância sanitária, circuitos educativos de saúde, participação no Programa Saúde na Escola – PSE, monitoramento permanente de agravos e doenças de notificação compulsória localmente, qualificação de envio de amostras para análises laboratoriais, acompanhamento e intervenções articuladas em casos de acumuladores, busca ativa de tratadores de animais em áreas rurais para a pré-exposição contra a raiva, apoio às salas de vacina para a busca de atrasados ou faltosos, produção de informações e análises da situação epidemiológica local com discussões com os profissionais da unidade em reuniões de equipes, esclarecimentos sobre soluções alternativas de água potável para população residente em áreas de mananciais, capacitação na área de alimentos rotulagem, conservação, higienização e segurança alimentar, apoio às ações de tuberculose em parceria com a atenção especializada, articulações de rede em casos de violências contra a pessoa idosa, apoio às ações de enfrentamento ao covid-19 incluindo a busca de resultados laboratoriais e encerramentos das Notificações nos sistemas de informações obrigatórios e monitoramento de casos confirmados, participação no Comitê Covid local, apoio na investigação de surtos, informações aos usuários, trabalho com agravos e notificações em vigilância em saúde do trabalhador, apoio a equipe em intensificação vacinais para febre amarela nos casos de epizootias, articulações rápidas com as áreas específicas do DPSV para resolução de casos e dúvidas, educação permanente com o Comitê de Mortalidade Materna e infantil e Serviço de Verificação de Óbitos, seguimento de cuidado e tratamento aos casos de sífilis congênita e em gestantes, articulação e execução do monitoramento das arboviroses com o apoio da vigilância epidemiológica e controle de zoonoses, educação continuada para profissionais de saúde com ênfase para Agentes Comunitários de Saúde, entre outras.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A governabilidade para alterações de processos de trabalho, advindas das Educações Permanentes que são a sustentação e espinha dorsal da integração local das

vigilâncias com a atenção básica, é uma das chaves de êxito do Núcleo em Vigilância em Saúde, garantida pela participação integral dos gestores/técnicos das vigilâncias (planejadores e executores especializados destas ações) e da atenção básica (coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede), com poderes de decisão na esfera micropolítica local e na gestão.

A educação permanente neste caso confirmou-se como uma ferramenta essencial que utiliza tecnologias leves para fazer a diferença na integração do cotidiano de trabalho de equipes distintas, aproximando a realidade do território e dos profissionais, propiciando empatia, transformando processos e qualificando as práticas da Rede de atenção à Saúde – RAS, além de fortalecer a segurança do cuidado dos profissionais aos usuários na principal porta de entrada da rede do SUS municipal.

A miscelânea de saberes entre as diversas formações de todos os profissionais envolvidos, cria um celeiro de conhecimentos especializados perfeitamente articulados e aplicáveis em benefício da saúde da população, produzindo a integralidade do cuidado frente aos múltiplos desafios e demandas diversas e diárias que bate à porta da rede de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Nívea Carla Tavares. **A educação permanente em saúde: uma análise dos projetos de intervenção apresentados por gestores de saúde durante a participação no curso de micropolíticas (EAD) da Universidade Federal Fluminense**. 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 588, de 12 de julho de 2018. **Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 23 julho 2021.

BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União; 20 de setembro de 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM N° 1.996/2007, **que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 23 julho 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436/2017, **que 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)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 23 julho 2021

CARDOSO, M.L.M. et al. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 5, pp. 1489-1500. ISSN 1678-4561. BRASIL. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489>. Acesso em 23 julho 2021

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. **Atenção Básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam!**. Cadernos de Saúde Pública 2018; 34(8). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00136718.pdf>>. Acesso em: 23 julho 2021

CECÍLIO, Luis Cecílio de Oliveira *et al.* **O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30n7/1502-1514/pt/#>. Acesso em: 23 julho 2021

FARIA, Lillian Saldanha; BERTOLOZZI, Maria Rita. **A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):789-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300034&script=sci_abstract&lng=pt/ Acesso em: 23 julho 2021

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E, org. **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1ª ed. .Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p.1-176.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética**. *Revista Bioética* (Impr.). 2013; 21 (2): pag. 207-17.

MATTOS, R.A. Ciência, Metodologia e o Trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos. In: Mattos RA, Baptista TWF. **Caminhos para a análise de políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 29-81.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S., GOMBERG, E., org. **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v. 1, p. 5-21.

NETTO, Guilherme Franco et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.3137-3148, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>.

Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. [acessado 2021 julho 23]. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org>>

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *In Psic.: Teor. e Pesq.* 2000, vol.16, n.1, pp. 71-79.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Lei n° 6.610, de 16 de novembro de 2017. **Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2018-2021**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/sp/s/sao-bernardo-do-campo/lei-ordinaria/2017/661/6610/lei-ordinaria-n-6610-2017-dispoe-sobre-o-plano-plurianual-para-o-quadrinio-20182021>>. Acessado em: 23 julho 2021.

TEIXEIRA, CF., PAIM, JS., and VILASBÔAS, AL. **SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde**. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*[online].Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. <<http://books.scielo.org>>

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2020) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente infantil 190

Adesão 101, 103, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 135, 165, 166, 208, 229, 234, 240, 245

Alzheimer 151, 152, 154, 157, 160, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 202, 203, 204, 205

Aptidão física 78, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 89

Atenção primária 2, 3, 10, 11, 18, 55, 56, 59, 60, 63, 64, 66, 67, 69, 91, 99, 100, 126, 131, 170, 206, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 221, 234, 235, 236, 248, 249, 265, 271

Atividade física 80, 81, 82, 87, 88, 89, 204, 214

C

Cobertura vacinal 90, 91, 92, 98, 99, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170

Columbine 250, 251, 252, 254, 255, 256, 260, 261

Crossfit 127, 128

Cuidado paliativo 138, 147, 148, 150, 157, 204, 205

D

Determinantes sociais 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 162, 165, 169, 239, 266, 268

Diabetes Mellitus 67, 68, 69, 70, 76, 77, 89, 207

Diagnóstico por imagem 1, 2

Doença cardiovascular 35, 69

Doença renal crônica 143, 144, 172, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221

Dor 62, 105, 111, 134, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 194, 195, 197, 200, 204, 205, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233

Dor oncológica 143, 144, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233

E

Educação em saúde 17, 24, 57, 61, 68, 113, 122, 133, 158, 190, 208, 216, 218, 231, 266, 269

Envelhecimento 19, 123, 138, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 192, 193, 195, 196, 202, 203, 207

Equipe de enfermagem 123, 125, 126, 137, 138, 139, 140, 141, 145, 206, 208, 209, 218, 219, 222, 225, 229, 230, 231

Esporte 80, 87, 88, 127

Estratégia saúde da família 1, 2, 3, 6, 7, 11, 43, 55, 60, 63, 64, 67, 100, 135, 160, 167, 206, 208, 209, 220, 248

F

Fatores de risco 26, 32, 35, 36, 67, 68, 76, 80, 81, 85, 166, 208, 214, 218, 219, 221, 243

G

Gravidez na adolescência 235, 248

H

Hemofilia 101, 102, 103, 105, 10, 111, 112, 113, 114, 115

M

Matemática 35, 36, 39, 40

P

Paciente hospitalizado 116, 118, 120

Prática esportiva 127

Pré-natal 32, 42, 50, 51, 57, 61, 62, 131, 134, 135, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249

Profilaxia 102, 103, 105, 12

Profissional da saúde 12, 18, 47, 5

Puericultura 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136

R

Realengo 250, 251, 252, 257, 258, 261

S

Saúde bucal 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 134

Saúde da mulher 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 236, 241, 247

Saúde pública 9, 10, 21, 23, 33, 41, 42, 43, 44, 50, 51, 52, 54, 57, 61, 63, 64, 66, 99, 100, 122, 126, 149, 162, 164, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 190, 191, 220, 237, 244, 263, 266, 270, 271

T

Tiroteio escolar 251

Tratamento profilático 101, 103, 12

U

Unidade de saúde da família 130, 248

V

Vacinação 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 133, 134, 163, 164, 167, 168, 169, 170, 171

Vacinação infantil 98

Vigilância em saúde 30, 99, 130, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271

Violência escolar 253, 258

Violência obstétrica 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

- 
-  www.atenaeditora.com.br
 -  contato@atenaeditora.com.br
 -  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 -  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora

Ano 2021