

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



8

Atena
Editora
Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



8

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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 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 Federacão 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 da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 8

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Flávia Roberta Barão
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 8 / 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 978-65-5983-675-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.758210411>

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

A obra “Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 6” traz ao leitor 65 artigos de ordem técnica e científica elaborados por pesquisadores de todo o Brasil; são produções que em sua maioria englobam revisões sistemáticas, revisões de escopo, relatos de casos clínicos, investigações epidemiológicas, e estudos de caracterização de amostra.

Seguindo a primícia que o próprio título deste e-book sugere, os textos foram organizados em três volumes – cada qual representando um pilar da tríade da nova estrutura da educação em saúde: o modelo biopsicossocial. Segundo Mario Alfredo De Marco em seu artigo “Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente” (2006), esta abordagem “proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social” e que “quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva”.

Desta forma o primeiro volume, com 27 textos, é dedicado aos trabalhos que abordam os aspectos que interferem na saúde humana na esfera biológica; o segundo contém 17 artigos e traz investigações acerca dos aspectos psíquicos da saúde; e, em seu último volume a obra contempla 21 estudos focados na dinâmica social da saúde coletiva, especialmente no Brasil.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A DECISÃO CONSCIENTE DO PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Juliana Alves Costa
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Anna Carolina Varanda Frutuoso
Brenda Alves Fernandes
Juliana de Souza Rosa
Gabriel de Souza Rosa
Heloá Santos Faria da Silva
Pedro Henrique Varanda Soares Martins
Felipe Assis Lisita Alves
Michel Rodrigues Fassarella
Rossy Moreira Bastos Junior
Paula Pitta de Resende Côrtes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104111>

CAPÍTULO 2..... 11

A INTERPROFISSIONALIDADE NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PET SAÚDE

Aline Biondo Alcantara
Lilian Dias dos Santos Alves
Maria Eulália Baleotti
Andreia Sanches Garcia
Camila de Moraes Delchiaro
Emilena Fogaça Coelho de Souza
Vanessa Patrícia Fagundes
Luciana Gonçalves Carvalho
Fernanda Cenci Queiroz
Vinicius de Castilho
Carolina de Freitas Oliveira
Maria Victoria Marques Polo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104112>

CAPÍTULO 3..... 21

A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO PEDIÁTRICA POR PAIS E/OU RESPONSÁVEIS EM CRIANÇAS MATRICULADAS NA CRECHE NO MUNICÍPIO DE JANDAIA – GO

Dyenne Muryelly Pereira da Silva Amorim
Manoel Aguiar Neto Filho
Jacqueline da Silva Guimarães
Luciana Arantes Dantas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104113>

CAPÍTULO 4..... 32

ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE

Valéria Maria Carvalho Siqueira

Daltro Moreira Iori

Caroline Rodrigues de Almeida

Célia Maria Gomes Labegalini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104114>

CAPÍTULO 5..... 41

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DIAGNOSTICO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO RETARDADO (RCIU)

Tháís Campos Rodrigues

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues

Rayra Vitória Lopes Coimbra

Maria Eduarda Pinto

Tayná Tifany Pereira Sabino

Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes

Maria Gabriela Lourenço

Isabela Ramos Simão

Karem Cristina Santos Silva

Polyana Torres Lanza

Letícia Talma Mendes

Tatiana Mendes de Ávila Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104115>

CAPÍTULO 6..... 54

AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA DETECÇÃO PRECOCE E EVOLUÇÃO DE CÂNCER: REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabel Cristina Borges de Menezes

Yuri Borges Bitu de Freitas

Joaquim Ferreira Fernandes

Laura Feitoza Barbosa

Andressa Morgado Parreira

Ivair Antônio Freitas Guimarães Júnior

Cid de Lana Leão

Alaor Cabral de Melo Neto

João Pedro Carrijo Cunha Câmara

Mariana de Oliveira Andrade

Júlia Raquel Silva do Ó

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104116>

CAPÍTULO 7..... 64

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Martha Sabrina Barbosa Barreto

Ana Cecília Andrade Santana

Camila Andrade dos Santos
Carolina Matos dos Santos
Maria Morgana Contreira Costa
Natália dos Santos Souza
Verônica Maciel Reis
Lidiane Carine Lima Santos Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104117>

CAPÍTULO 8..... 74

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS E CUIDADORES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Beatriz Rodrigues de Souza Melo
Maria Angélica Andreotti Diniz
Karolina Helena Neri
Gustavo Carrijo Barbosa
Aline Russomano de Gouvêa
Aline Cristina Martins Gratão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104118>

CAPÍTULO 9..... 89

DIABETES MELLITUS E SUA RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Júlia de Oliveira Sacchi
Isabela Jabra da Silva
João Pedro Mirandola Hervatin
Júlia Bettarello dos Santos
Laís Ribeiro Braga
Gabriela Carballo Menezes Mendonça
Murilo Gasparotto Peres
Rafael Augusto do Nascimento
Beatriz Pizzi de Santi
Domitila Natividade Figueiredo Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104119>

CAPÍTULO 10..... 95

DO PARTO DESEJADO AO REALIZADO: ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Lara Parreira de Souza
Paula Carolina Bejo Walkers
Carla Patrícia Bejo Walkers

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041110>

CAPÍTULO 11..... 109

ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anelize Coelho de Azevedo
Thais Silva de Oliveira
Norma Valeria Dantas de Oliveira Souza
Patricia Lima Pereira Peres

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella
Karla Biancha Silva de Andrade
Eloá Carneiro Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041111>

CAPÍTULO 12..... 118

FATORES ENVOLVIDOS NA BAIXA ADESAO DE JOVENS E ADOLESCENTES AO ATENDIMENTO DE SAUDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Rafael Nascimento da Silva
Afonso Pedro Guimarães Pinheiro
Anderson Rodrigues Ribeiro
Emilly Gabriele Prata de Abreu
Josiane Priscila Sales Rocha
Kelly Maria Rodrigues da Silva
Giovanni Paulo Ventura Costa
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Clodoaldo Tentes Cortes
Luzilena de Sousa Prudência
Nely Dayse Santos da Mata
Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041112>

CAPÍTULO 13..... 131

INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS EM ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAUDE

Larissa de Araújo Freire Barrêto
Ana Jovina Barreto Bispo
Bárbara Fernanda Pacheco da Costa
Isabelle Araújo de Oliveira Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041113>

CAPÍTULO 14..... 144

INCIDÊNCIA E O PERFIL DE MULHERES UNIVERSITÁRIAS QUE FAZEM O USO DA PÍLULA CONTRACEPTIVA DE EMERGÊNCIA

Amanda Gabriela Covre
Francine Maery Dias Ferreira Romanichen

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041114>

CAPÍTULO 15..... 153

O IMPACTO DO PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Deoclecio Rocco Gruppi
Marina Magatão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041115>

CAPÍTULO 16..... 163

OFICINAS DE COOPERAÇÃO HORIZONTAL COMO ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM DE EQUIPES DE SAÚDE DE MACEIÓ PARA A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Ednalva Maria de Araújo Silva
Joice Fragoso Oliveira de Araujo
Cristina Maria Vieira da Rocha
Araci Lessa Sotero Silvestre
Maria José Cardoso da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041116>

CAPÍTULO 17..... 171

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE

Cícera Áurea Fontes Vilela
Marianne Louise Marinho Mendes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041117>

CAPÍTULO 18..... 185

PROPOSTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO ÀS LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

Alessandra Rodrigues Martins
Clóris Regina Blanski Grden
Jacy Aurélia Vieira Sousa
Márcia Daniele Seima
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041118>

CAPÍTULO 19..... 203

REDE ESPECIALIZADA DE ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS EM CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Raquel Rangel Cesario
Fernando César Padula Silva
Isabela Ewbank Barbosa
Luciano Roberto Bessa Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041119>

CAPÍTULO 20..... 212

SABERES E CUIDADOS DE SAÚDE E A PASTORAL DA CRIANÇA: SUBSÍDIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Célia Maria Gomes Labegalini
Roberta Tognollo Borotta Uema
Marcela Fernandes Travagim
Heloá Costa Borim Christinelli
Dandara Novakowski Spigolon
Kely Paviani Stevanato
Barbara Andreo dos Santos Liberati

Maria Antônia Ramos Costa
Iara Sescon Nogueira
Pâmela Patrícia Mariano
Ieda Harumi Higarashi
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041120>

CAPÍTULO 21..... 226

**SAÚDE DIGESTIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: A PREVALÊNCIA DA OBESIDADE
E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira
Deborah Cristina Nascimento de Oliveira
Eduardo Antonio Montenegro Cabral
Eduardo Henrique da Franca Pereira
Iasmin Pordeus Coura Urtiga
João Victor Fernandes de Paiva
Livia Maria Pordeus Coura Urtiga
Maria Eduarda Ribeiro Coutinho da Franca Pereira
Rodrigo Baracuhy da Franca Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041121>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 231

ÍNDICE REMISSIVO..... 232

CAPÍTULO 1

A DECISÃO CONSCIENTE DO PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 15/09/2021

Juliana Alves Costa

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/6141779847764809>

Paulo Roberto Hernandez Júnior

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/7418862771895322>

Anna Carolina Varanda Frutuoso

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/2748756369425332>

Brenda Alves Fernandes

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0448268178333894>

Juliana de Souza Rosa

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5946602186499173>

Gabriel de Souza Rosa

Universidade de Valença
Valença – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4063077138539358>

Heloá Santos Faria da Silva

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/9864187548943709>

Pedro Henrique Varanda Soares Martins

Universidade de Vassouras
Vassouras – RJ
<http://lattes.cnpq.br/2165930119573471>

Felipe Assis Lisita Alves

Universidade federal do Rio de Janeiro
Macaé – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4069099071822087>

Michel Rodrigues Fassarella

Universidade Iguaçu
Itaperuna – RJ
<http://lattes.cnpq.br/2851504343771226>

Rossy Moreira Bastos Junior

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0075913838823892>

Paula Pitta de Resende Côrtes

Universidade de Vassouras
Vassouras RJ
<http://lattes.cnpq.br/9207835681849532>

RESUMO: Introdução: A OMS estabeleceu uma taxa ideal de cesariana de 15%, percentagem essa que passa longe da realidade, chegando a 80% no setor privado e 30% no setor público. O parto cesário ocorre por múltiplas influências sociais, culturais, econômicas, físicas e psicológicas, sendo objeto de estudo de várias ciências. **Objetivo:** Defendendo o direito a escolha informada, os profissionais de saúde devem esclarecer os benefícios de cada via de parto para que a mulher possa tomar essa decisão de forma consciente, sabendo dos

seus riscos e benefícios, sendo de fato a protagonista do momento e sofrendo o mínimo de intervenções desnecessárias possíveis. **Metodologia:** realizou-se uma revisão da literatura com base em 24 artigos, nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis na plataforma Scielo e PubMed. Os resultados mostraram que muitas parturientes são induzidas, por desconhecimento ou medo, a vias de parto que nem sempre são de sua preferência, podendo trazer malefícios ao bebê e a mãe. **Conclusão:** ainda carece medidas para que as taxas de cesariana diminuam e a mulher seja de fato protagonista de seu próprio parto. Busca-se contribuir no atendimento a parturiente, demonstrando a importância do pré-natal, do esclarecimento, humanização e boa relação médico-paciente para a tomada de decisão de forma crítica e segura.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de Parto; Humanização da Assistência; Cesariana; Parto Normal

THE CONSCIOUS DECISION OF CHILDBIRTH: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The WHO established a cesarean rate of 15%, a percentage that is far from reality, reaching 80% in the private sector and 30% in the public sector. Childbirth is surrounded by multiple social, cultural, economic, physical and psychological influences, being the object of study in several sciences. **Objective:** Defending the right to informed choice, health professionals must clarify the benefits of each mode of delivery so that the woman can make this decision consciously, knowing its risks and benefits, being in fact the protagonist of the moment and suffering as few unnecessary interventions as possible. **Methodology:** a literature review was carried out based on 24 articles, in English, Portuguese and Spanish, available on the Scielo and PubMed platform. The results showed that many parturients are induced, by ignorance or fear, to delivery routes that are not always preferred, which can harm the baby and the mother. **Conclusion:** there is still a need for measures to reduce cesarean rates and make the woman the protagonist of her own birth. Thus, we seek to contribute to the care of parturients, demonstrating the importance of prenatal care, clarification, humanization and a good doctor-patient relationship for decision-making in a critical and safe manner.

KEYWORDS: Into Labour; Humanization of Assistance; Caesarean; Natural Birth.

1 | INTRODUÇÃO

A operação cesariana surgiu como uma necessidade médica e, com o passar do tempo, foi aprimorada com novas técnicas cirúrgicas, anestesia e assepsia, reduzindo taxas de mortalidade e sequelas neonatais e maternas, principalmente nos casos advindos de partos distócicos (WEIDLE et al., 2014). A escolha de qualquer intervenção médica deve basear-se no balanço entre riscos e benefícios. No Brasil e em outros países, no entanto, a cesárea tem sido abusivamente utilizada, muitas vezes sem benefícios para as mulheres e recém-natos (BARBOSA et al., 2003). A cesariana apresenta riscos inerentes ao ato cirúrgico, além de aumentar o tempo de recuperação e influenciar no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal, principalmente considerando que a possibilidade de contrair uma infecção ou ter uma hemorragia é muito maior.

Em relação ao recém-nascido, o risco de ir para Unidade de Terapia Intensiva

quadruplica entre os nascidos por cesariana, que ao ser marcada não leva em consideração a maturidade do feto, principalmente do pulmão, sendo realizada independentemente do início do trabalho de parto. (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008)

Em 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu que a taxa máxima de cesariana seria de 15%. No entanto, apesar da existência deste limite, vários estudos mostram que a taxa de cesárea permanece elevada estando muito acima deste dos padrões recomendados. (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008) A partir da segunda metade da década de 1990, verificamos uma série de iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de cesárea e a qualificação do conjunto da assistência perinatal, como criação de centros de parto normal, regulamentação da lei de planejamento familiar e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. (GAMA et al., 2009)

Sabe-se que é fundamental para a decisão do tipo de parto uma maior aproximação com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que se diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério. A responsabilidade e o papel do profissional na promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, na educação em saúde e na assistência ao processo parir/nascer é uma necessidade que urge por mudanças. (COSTA; PRATES; CAMPELO, 2014)

Muitas mulheres ainda temem de parirem por via vaginal, principalmente pelas consequências, como o desencadeamento de incontinência urinária e fecal, distopias genitais e até lacerações perineais importantes. Este anseio pode ser multiplicado pelo desconhecimento ou mesma ausência de diálogo com os profissionais de saúde que as acompanham no pré-natal, pelo não esclarecimentos das dúvidas em relação ao momento e ao tipo de parto. (COSTA; PRATES; CAMPELO, 2014)

Em razão do exposto, o presente artigo tem como objetivo esclarecer os benefícios de cada via de parto, assim como suas indicações e riscos, mostrando a importância do conhecimento de cada um deles para que a mulher possa decidir, baseado em conhecimentos e não medos, a sua preferência pela via de parto, tornando esse momento único e acolhedor, como deve ser. O trabalho visa contribuir no atendimento à gestante, demonstrando a importância do pré-natal, o esclarecimento dos tipos de parto e cooperando para uma tomada de decisão de forma crítica e segura.

2 | OBJETIVO

O presente artigo tem como objetivo esclarecer os benefícios de cada via de parto, assim como suas indicações e riscos, mostrando a importância do conhecimento de cada um deles para que a mulher possa decidir, baseado em conhecimentos e não medos, a sua preferência pela via de parto, tornando esse momento único e acolhedor, como deve ser. O trabalho visa contribuir no atendimento à gestante, demonstrando a importância do

pré-natal, o esclarecimento dos tipos de parto e cooperando para uma tomada de decisão de forma crítica e segura.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem qualitativa, acerca da decisão consciente da via de parto, vaginal ou cesariana. Após a escolha do tema iniciou-se a busca nas bases de dado para verificação dos estudos que foram incluídos no artigo.

Inicialmente, a busca se deu por um levantamento simples da literatura através dos bancos de dados Lilacs, Scielo e Pubmed, utilizando para pesquisa os Descritores em Ciências da Saúde: “Trabalho de Parto”, “Humanização da Assistência”, “Cesariana” e “Parto Normal”. Somando todas as pesquisadas, foram encontradas 135.743 publicações, sendo 9.440 na Lilacs, 47.302 na Scielo e 79.001 no Pubmed.

Posteriormente, com o objetivo de refinar ainda mais a seleção dos artigos encontrados, utilizou-se como critério de inclusão as pesquisas nos idiomas inglês, português e espanhol e com data de publicação após o ano 2000. Após, foi feita uma leitura dos títulos para verificação dos que se enquadravam na temática e excluindo os que não tinham relação. Foram escolhidos 24 artigos para leitura na íntegra.

4 | DESENVOLVIMENTO

O parto é considerado como um processo psicossomático, onde o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher e sua história pessoal. É vivido como uma realidade distante que encerra risco, irreversibilidade e imprevisibilidade que nunca podemos prever se vai transcorrer normalmente ou se vai surgir complicações. Estas situações podem ser vivenciadas pela mulher de forma tranquila ou não, dependendo de sua adaptação. (DAVIM; MENEZES, 2001)

No Brasil, as taxas de cesárea variam bastante entre as regiões, principalmente quando se compara a assistência realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a assistência privada. A taxa de cesarianas no setor de saúde suplementar chega próximo de 80%, enquanto no SUS fica próxima de 30%, ambas muito acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010)

Não existe nenhuma forma “certa” ou mais politicamente correta de dar a luz, mas sim um conjunto de escolhas a ser feito, para que o momento possa ser o mais seguro, confortável e feliz. (DINIZ; DUARTE, 2004)

A maioria dos profissionais de saúde foi formado no modelo intervencionista, e as instituições a elas ligadas tem sido muito lentas em incorporar essas mudanças. Em virtude da falta de experiência com o novo modelo, muitas vezes se sentem inseguros de arriscar uma postura baseada em evidencia, acreditando que o modelo intervencionista seja mais

eficaz. (DINIZ; DUARTE, 2004). Tal fato, corrobora para as altas taxas de cesarianas sem indicação.

Para a maioria das mulheres, o medo da dor do parto é a segunda maior preocupação depois da segurança do bebê. Outras razões podem estar relacionadas à falta de acesso da população a informações e orientações para o autocuidado durante o ciclo gravídico-puerperal e sobre os riscos das cirurgias obstétricas, a conveniência médica e a falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna. (FREIRE et al., 2011)

Em relação à escolha por cesarianas, Diniz afirma que “[...] essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção de uma cultura hegemônica que reforça a construção imaginária da vagina como um órgão passivo contribuindo para a exclusão da mulher no papel de protagonista do parto”. Outro dado observado é o elevado índice de internações precoces das gestantes, o que ocasiona maior taxa de intervenções médicas. Em muitos casos, a cesariana foi realizada sem tentativa de parto normal e apenas 8% das mulheres submetidas ao parto operatório havia entrado em trabalho de parto. (FREIRE et al., 2011)

De maneira geral, os estudos apresentaram recomendações para os profissionais e gestores de saúde, especialmente no que se refere à organização dos serviços voltados para as necessidades da clientela, visando à humanização da atenção ao parto e nascimento. Apontaram a necessidade de um relacionamento mais humano, integral, que considere a singularidade das usuárias do serviço, a garantia de um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas e livres para manifestarem seus sentimentos. (VELHO et al., 2012)

Existem recomendações para a cesárea e essas indicações são baseadas em condições maternas, condições maternas-fetais e, por fim, condições associadas ao feto. São condições bem definidas que tem como escopo garantir o sucesso do nascimento em casos em que a via normal é impedida. Ou seja, a cesárea deve ser uma opção sempre que o risco do parto vaginal for maior do que pela cesariana. Isso pode ocorrer em situações clínicas ou obstétricas que aumentem o risco para a mãe ou bebê, como por exemplo, em caso de desproporção do tamanho do bebê em relação à pelve ou posição desfavorável do bebê. (RODRIGUES et al., 2016)

Documento publicado pelo Colégio Americano de Ginecologistas-Obstetras, em 2013, estabelece-se diretrizes para a realização da cesariana a pedido, que somente deve ser efetuada após 39 semanas de gestação, jamais sendo feita pela ausência de mecanismos eficazes para controle da dor. A revisão mostrou que a cesariana a pedido quando comparada com o parto vaginal mostrou um maior tempo de permanência hospitalar da mulher, maior chance de problemas respiratórios neonatais e um maior risco de complicações como acretismo e histerectomias em gestações subsequentes. (CÂMARA et al., 2016)

Uma pesquisa demonstrou que não ter a presença do acompanhante aumenta a

chance de mulheres serem submetidas a cesarianas. Ter um acompanhante no trabalho de parto e pós-parto é um direito da parturiente, respaldado na lei 11.108 de sete de abril de 2005, que proporciona calma, tranquilidade e segurança. Isso contribui, indubitavelmente, para a redução da taxa de cesariana, diminuição do uso de ocitocina e do tempo de trabalho de parto. (SILVA et al., 2020)

Considerando que os argumentos para a escolha de uma ou outra via de parto são semelhantes, a disponibilização de informações adequadas e cursos preparatórios poderiam aumentar o conhecimento das gestantes, estimulando sua confiança e segurança quanto a ambos os procedimentos, já que a indicação fundamentada em critérios médicos pode não contemplar a preferência da paciente. Uma revisão de 17 publicações nacionais e internacionais apontou que a melhora assistencial vai depender da humanização do relacionamento entre gestante, equipe de saúde e a inclusão de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade das pacientes. (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013)

Em um estudo, viu-se que a presença de partograma nos prontuários constava em apenas 28,5% dos casos, o que reflete a pouca importância dada a esse instrumento que visa tanto o diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto, quanto a realização de intervenções em tempo hábil, garantindo o bem-estar materno-fetal. Contudo, a qualidade da assistência parece estar associada não só à existência do partograma, sendo importante verificar se foi preenchido de modo que as anotações correspondam a reais avaliações feitas, indicando que esse instrumento foi o fio condutor das intervenções realizadas. (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011)

São muito freqüentes as queixas das mulheres sobre desrespeito por parte dos profissionais durante o trabalho de parto. O processo de dar à luz cria momentos de grande vulnerabilidade e solidão, e muitas vezes as mulheres não têm apoio dos profissionais. Esses, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia. Isso sem mencionar as ocasiões em que a parturiente chega a ser submetida à violência de agressões físicas e verbais. (HOTIMSKY et al., 2002)

O Brasil adotou o modelo americano de assistência ao parto, caracterizado pela medicalização e pelo processo intervencionista, buscando sua institucionalização, adaptando-se cada vez mais às novas tecnologias, incorporando-as ao grande número de intervenções e apoiando-se no enfoque de risco. É necessário, portanto, a retomada da prática do parto normal humanizado, com a redescoberta do paradigma da integridade, vendo a mulher de uma maneira holística e o parto como um evento fisiológico. (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007)

A gestação e o parto, como eventos naturais e fisiológicos, fazem parte da vida sexual e reprodutiva da mulher e deve ser acompanhada de maneira favorável e não invasiva, possibilitando que a parturiente tome posse do seu trabalho de parto de forma ativa. A busca por igualdade, liberdade e justiça social ainda é um desafio para as mulheres

brasileiras no campo da saúde sexual e reprodutiva. (DE FIGUEIREDO PEREIRA; BENTO, 2011)

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional para a mulher. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu “plano de parto”, propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica nestes processos, o conceito de humanização prevê possibilidades de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente garante maior segurança não só para as mães como também para os bebês. (SANTOS; OKAZAKI, 2012)

A humanização engloba uma série de diferentes aspectos referentes às ideias, aos valores e às práticas, envolvendo as relações entre os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares e os acompanhantes, incluindo os procedimentos de rotina do serviço e a distribuição de responsabilidades dentro dessa equipe. No entanto, tais fatores tornam-se fragmentados se a experiência do nascimento não for reconhecida em seus aspectos emocionais

Ao prestar assistência humanizada à mulher, que vivencia o ciclo gravídico puerperal, os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto. Podem também ajudá-la a superar os medos, as ansiedades e as tensões. No modelo humanizado de atendimento, a parturiente e seu acompanhante devem ser recebidos pela equipe com empatia e respeito, considerando sempre suas opiniões, preferências e necessidades. (MACHADO; PRAÇA, 2006)

O uso de práticas como deambulação da parturiente, presença do acompanhante, restrição do uso rotineiro de ocitocina e episiotomia e o estímulo ao parto vertical, provocam divergências entre os profissionais. É indispensável que a equipe na atenção obstétrica seja capacitada e sensibilizada a trabalhar em conjunto e superar conflitos, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço. (MOURA et al., 2007)

Os cuidados prestados, o acolhimento e práticas humanizadas são de extrema importância para o sucesso e satisfação desde o pré-natal até o parto. As maternidades públicas têm se esforçado para adequar as políticas de saúde em seu cotidiano, mas mesmo assim, o SUS pode melhorar sua assistência e ainda tem lacunas a serem preenchidas. (RETT et al., 2017)

Orientações sobre o melhor momento para a internação no trabalho de parto, evitando a hospitalização precoce, e sobre práticas benéficas a serem adotadas durante o trabalho de parto, são ações que devem ser desenvolvidas durante a assistência pré-natal e que podem fortalecer as mulheres na decisão pelo parto vaginal, aumentando sua confiança em sua capacidade de parir e de lidar com o processo da parturição. (DOMINGUES et al.,

2014)

Diante das falsas justificativas para indicação de cesárea, salienta-se a necessidade de ações de educação em saúde na atenção básica, que surge como um espaço para práticas em prol da humanização do nascimento. Nas atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS), como consulta de pré-natal, grupo de gestantes, palestras em sala de espera, é possível a troca horizontalizada do conhecimento entre os profissionais de saúde e a mulher com intuito de empoderá-las para a tomada de decisão no seu processo de parturição. (DE MATOS et al., 2018)

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o parto é um processo fisiológico, natural e parte dos direitos reprodutivos das mulheres, a escolha de sua via deve vir da decisão ativa da mulher após conversa e esclarecimentos com o médico acerca dos benefícios e possíveis complicações de cada um – cesariana e parto normal, além dos demais aspectos que compõem o cenário obstétrico. Nessa perspectiva, o parto pressupõe que a escolha de cada gestante seja informada e consciente para cada procedimento realizado em seu corpo, almejando que a mulher seja o centro do cuidado e participe ativamente desse momento, com o mínimo possível de intervenções médicas.

Apesar de todas as medidas governamentais adotadas, o número de cesáreas desnecessárias continua a crescer, evidenciando que outras estratégias se fazem necessárias. Ações como campanhas de conscientização, palestras, capacitação dos profissionais e, principalmente, um pré-natal de qualidade, são de extrema importância para que esse cenário cesarista se reverta. Muitas mulheres têm medo do parto normal por ouvirem mitos e falsas indicações de cesariana, sendo necessário que eles sejam esclarecidos e a mulher conheça seus direitos e reais indicações dessa cirurgia, que assim como outras possui seus riscos.

O pré-natal é o momento essencial para abordar as questões inerentes a saúde física e mental das gestantes e seus bebês, fazendo com que suas dúvidas sejam sanadas e os mitos e tabus deixem de existir para aquela mulher. Cabe aos profissionais e as equipes de saúde orientar e esclarecer, de forma humanizada, fazendo com que as mulheres sintam-se seguras no que se refere ao processo gestacional e parto.

Mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro tem sido objeto de estudos e de políticas recentes. Contudo, conclui-se que o grande desafio que persiste é o de transformar as recomendações em práticas, com adoção, nos serviços públicos e privados, de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com tratamento digno e respeitoso às mulheres, deixando que elas sejam a protagonista do seu próprio parto e passem por esse momento sem danos físicos e psicológicos e que acima de tudo façam suas escolhas de forma consciente e não induzidas por uma cultura cesarista. *“Para mudar*

o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer (Michel Odent)”.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, [S. l.], 2010.

BARBOSA, Gisele Peixoto; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antonia; GAMA, Andrea de Souza; CHOR, Dóra; D'ORSI, Eleonora; REIS, Ana Cristina Gonçalves Vaz Dos. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, n. 6, p. 1611–1620, 2003.

CÂMARA, RAPHAEL; BURLÁ, MARCELO; FERRARI, JOSÉ; LIMA, LANA; AMIM JUNIOR, JOFFRE; BRAGA, ANTONIO; REZENDE FILHO, JORGE. Cesariana a pedido materno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S. l.], v. 43, n. 4, p. 301–310, 2016.

COSTA, Susanne Pinheiro; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1–9, 2014.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 98–104, 2007.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva De. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 62–68, 2001.

DE FIGUEIREDO PEREIRA, Adriana Lenho; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 471–477, 2011.

DE MATOS, Greice Carvalho; DE LIMA ESCOBAL, Ana Paula; PALMA, Josiane Santos; GONÇALVES, Kamila Dias; BLANK, Evelin Braatz; SOARES, Marílu Correa. Parto normal ou cesárea na adolescência: de quem é a decisão? [S. l.], 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto Normal Ou Cesárea?** [s.l.] : UNESP, 2004.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; D'ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula Esteves; SCHLITZ, Arthur Orlando Correa; LEAL, Maria do Carmo. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, p. S101–S116, 2014.

FREIRE, Nara Camões; NUNES, Isa Maria; ALMEIDA, Mariza Silva; GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 3, 2011.

GAMA, Andréa de Sousa; GIFFIN, Karen Mary; ANGULO-TUESTA, Antonia; BARBOSA, Gisele Peixoto; D'ORSI, Eleonora. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, p. 2480–2488, 2009.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; FRANÇA, Elisabeth; LAMOUNIER, Joel Alves. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 33, n. 10, p. 297–304, 2011.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de saúde pública**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1303–1311, 2002.

KNUPP, Virginia Maria de Azevedo Oliveira; MELO, Enirtes Caetano Prates; OLIVEIRA, Rejane Burlandi De. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 39–44, 2008.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 509–517, 2013.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 40, n. 2, p. 274–279, 2006.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias De; ROCHA, Silvana Santiago Da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 452–455, 2007.

RETT, Mariana Tirolli; OLIVEIRA, Danieli Moreira De; SOARES, Ellen Caroline Gabriel; DESANTANA, Josimari Melo; ARAÚJO, Karina Conceição Gomes Machado De. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. **ABCS health sci**, [S. l.], p. 66–72, 2017.

RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; DE OLIVEIRA NETO, Antônio Guerra; MOREIRA, Tulio Antunes. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 48–53, 2016.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA [periódico na Internet]**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 64–68, 2012.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues Da; DUMONT-PENA, Erica; MOREIRA, Alexandra Dias; CAMARGOS, Bárbara Araujo; MEIRELES, Marivania Queiroz; SOUZA, Kleyde Ventura De; MATOZINHOS, Fernanda Penido. Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, 2020.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Dos; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 458–466, 2012.

WEIDLE, Welder Geison; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; DAL BOSCO, Simone Morelo. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 46–53, 2014.

CAPÍTULO 2

A INTERPROFISSIONALIDADE NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PET SAÚDE

Data de aceite: 01/11/2021

SP

<http://lattes.cnpq.br/9370051416329222>

Aline Biondo Alcantara

Secretaria Municipal de Saúde de Assis/SP
<http://lattes.cnpq.br/1544271886073945>

Lilian Dias dos Santos Alves

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/9059053835159428>

Maria Eulália Baleotti

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/3068494926546738>

Andreia Sanches Garcia

Secretaria Municipal de Saúde de Assis/SP
Universidade Paulista Unip
<http://lattes.cnpq.br/0597912590622702>

Camila de Moraes Delchiaro

Secretaria Municipal da Saúde de Assis
[http://buscatextual.cnpq.br/
buscatextual/visualizacv.
do?metodo=apresentar&id=K4284209J0](http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4284209J0)

Emilena Fogaça Coelho de Souza

Secretaria Municipal da Saúde de Assis
<http://lattes.cnpq.br/8083171242071543>

Vanessa Patrícia Fagundes

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/5810261332476213>

Luciana Gonçalves Carvalho

Secretaria Municipal da Saúde de Assis
Fundação Educacional do Município de Assis/

Fernanda Cenci Queiroz

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/3997031605010772>

Vinicius de Castilho

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
[https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.
menu?f_cod=2070CD02D
19E7D436E917C35AAC43F80#](https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=2070CD02D19E7D436E917C35AAC43F80#)

Carolina de Freitas Oliveira

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/0564277324600411>

Maria Victoria Marques Polo

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/6886736861397556>

RESUMO: Este estudo apresenta uma discussão sobre a política de orientação para os profissionais em saúde, visando à integração ensino-serviço-comunidade no fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho (PET). O trabalho tem como objetivo descrever o relato de experiência de uma das preceptoras e tutoras que compõe o PET – Saúde, diante da Interprofissionalidade em Saúde no Município de Assis/SP a partir de uma metodologia composta por pesquisa

bibliográfica, pesquisa documental e pelas descrições destas participantes. Primeiramente foi realizado um delineamento da situação de saúde do município no interior paulista, identificando fragilidades na atenção à saúde materno infantil; os grupos foram a campo com preceptores sob a supervisão e orientação dos tutores em pequenos grupos. As atividades de Campo iniciaram-se com a ambientação com as equipes de atenção básica, a partir desta aproximação foi realizado o levantamento de indicadores de saúde referente as gestantes e crianças menores de 5 anos. Por meio deste estudo foi possível indicar que o Trabalho PET é essencial na nova formação do profissional para o desenvolvimento das ações no sistema único de saúde, uma vez que possibilita ampliar o olhar integral a saúde envolvendo a interprofissionalidade corresponsabilizando a equipe interdisciplinar voltada as ações referentes a saúde materno infantil.

PALAVRAS-CHAVE: PET Saúde, Interprofissionalidade, Interdisciplinaridade, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde.

THE INTERPROFESSIONALITY IN THE TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION TO THE PROMOTION OF MATERNAL AND CHILD HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT OF PET HEALTH

ABSTRACT: This study presents a discussion about the guidance policy to health professionals, aiming at the teaching-service-community integration for the strengthening of strategical areas to the Unified Health System (SUS) by means of the Working Education Program (PET). This paper aims to describe the experience report of one of the precursors and tutors who is part of PET - Health, before the Health Interprofessionality in Assis/ SP, as from a methodology composed of bibliographical research, documental research and the participants' descriptions. Firtly it was delineated the health situation of the São Paulo inland city, identifying weaknesses in the maternal and child health care; the groups went on to the field with preceptors, under tutors' supervision and guidance in small groups. The Field activities started by the ambiance with primary care teams. As from this approach, it was carried out a survey of health indicators for pregnant women and under 5-year- old children. Through this study it was possible to point that PET Work is essential in the new professional formation to actions development in the unified health system, once it enables to broaden an integral view to health, involving interprofessionality and also holding accountable the interdisciplinary team turned to the maternal and child health.

KEYWORDS: PET Health, Interprofessionality, Interdisciplinarity, Primary Health Care, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde PET

A partir da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 que definem a Saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, estabelecem também o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação dos profissionais da área. No entanto, até o ano de 2003, a área de Recursos Humanos em

Saúde (RHS) encontrava-se a cargo de uma coordenação geral no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS). Desde este período, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), é reafirmada a relevância dos RHS para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde. (FRANÇA et al, 2018, p. 287)

Conforme referido por França (2018) as principais linhas de ação referente às políticas de reorientação da formação profissional em saúde, se voltam para a indução de mudanças nas graduações em saúde e para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores de nível superior e técnico do SUS, alicerçado na Educação Permanente em Saúde (EPS). Ao longo dos anos, no âmbito dessas linhas, diversos programas, ações e iniciativas de educação na saúde foram implementados, desencadeando processos de mudança e de fortalecimento do SUS.

As práticas de atenção e gestão da saúde desenvolvidas no País ainda demonstram um distanciamento da formação de seus trabalhadores (FRANÇA, 2018) com relação às reais necessidades do SUS, e construir uma articulação entre as instituições formadoras e o sistema público de saúde tem sido um desafio permanente para os atores envolvidos com tais temáticas no Brasil.

Fonseca e Junqueira (2014) descrevem que a necessidade de se buscar o desenvolvimento de novas relações de responsabilidade e compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, torna-se inerente, de modo a favorecer a cogestão dos processos, para que realmente se alcance mudanças significativas na formação em saúde. A articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com o sistema público de saúde repercute e é imprescindível para a formação de recursos humanos na perspectiva do SUS.

A criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde) foi uma forma de incentivar a inserção de IES nas unidades de saúde (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014, p. 1152). O Programa foi instituído em 2008, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF). Caracteriza-se como uma das ações direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), em conformidade com as necessidades do SUS e como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, eixo básico para reorientar a formação na área da saúde.

Por meio da Portaria 198, de fevereiro de 2004, e implementada pela Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS); lançada pelo Ministério da Saúde (MS); regulamenta a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, considerando as especificidades e a superação das desigualdades regionais, a partir da problematização da realidade. (FARIA et al, 2018)

Faria et al refere que a Educação Permanente destaca a Educação Interprofissional e o trabalho em equipe como desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das realidades vivenciadas pelos atores envolvidos.

A Interprofissionalidade

A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) deve se apoiar em concepções de saúde, educação e trabalho que apontem para mudanças orgânicas nos trabalhadores, no setor saúde e, conseqüentemente, na prática profissional e na atenção aos usuários. Desse modo, a educação pelo trabalho possibilita a vivência na estrutura organizativa da saúde pública e comunitária com vistas à saúde coletiva. (SILVA et al, 2015, p. 975)

Segundo Silva (2015) é relevante que nesta perspectiva, se reorientarem as relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade, e se redefinirem processos formativos para atuação no setor saúde, de forma a garantir o atendimento integral e humanizado à população.

Para a implementação da Educação Permanente a Educação Interprofissional, por sua vez, é elemento essencial e vem sendo utilizada como estratégia de ensino visando à formação de profissionais críticos, reflexivos e capazes de trabalhar em equipe e, ao mesmo tempo, responder às necessidades sociais. Os princípios da Educação Interprofissional se aplicam na educação permanente e constituem um desafio à construção de novas tecnologias para o trabalho no SUS. Essas mudanças devem buscar articular teoria e prática e integrar ensino e aprendizagem, influenciando a instrumentalização dos novos profissionais de saúde. (Faria et al, 2018)

Regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 o PET-Saúde, é uma política de orientação sobre a formação profissional em saúde voltada para as necessidades da população e fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS (Faria et al, 2018), por meio da ampliação dos processos de mudança da graduação da saúde, da prática profissional e da atenção aos usuários, com foco na integração ensino-serviço-comunidade.

Situação Epidemiológica da Saúde Materno Infantil

Segue abaixo o Quadro 1 referente aos dados levantados do Painel de monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal dos últimos 5 anos registrados segundo o Departamento de Informações e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde:

| Investigações de Óbitos Infantis e Fetais por causas evitáveis de 2015 a 2019 | | | | | |
|--|---------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Localidade | Anos de ocorrência | | | | |
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019* |
| Brasil | 20159 | 19221 | 19973 | 18392 | 7091 |
| Sudeste | 7105 | 6871 | 6836 | 6569 | 2656 |
| Estado de São Paulo | 3403 | 3253 | 3392 | 3121 | 1241 |
| Assis | 10 | 5 | 7 | 10 | 2 |

Quadro 1. Investigações de Óbitos Infantis e Fetais por causas evitáveis de 2015 a 2019

Fonte: Painel de Monitoramento de Mortalidade Infantil e Fetal 2015 – 2019

* Os dados ainda são preliminares (Painel de Monitoramento 2015 - 2019)

Segue abaixo o Quadro 2. Referente ao Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna conforme Indicador: “Maternos Declarados Com Causas Obstétricas Direta” na categoria “Notificação de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos”

| Investigações de Óbitos Maternos Declarados com Causas Obstétricas Direta de 2015 a 2019 | | | | | |
|---|---------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Localidade | Anos de ocorrência | | | | |
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019* |
| Brasil | 1155 | 1120 | 1167 | 1061 | 578 |
| Sudeste | 400 | 379 | 427 | 362 | 193 |
| Estado de São Paulo | 191 | 182 | 212 | 171 | 88 |
| Assis | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

Quadro 2. Investigação de Óbitos Maternos Declarados com Causas Obstétricas Direta 2015 a 2019

Fonte: Painel de Monitoramento de Óbito Materno Declarado com Causas Obstétricas Direta 2015-2019

* Os dados ainda são preliminares (Painel de Monitoramento 2015 - 2019)

OBJETIVO

Sendo assim e diante deste atual cenário a educação na proposta PET-Saúde possibilitaria a Interprofissionalidade na atenção a saúde materno infantil. Este relato de experiência objetivou descrever as vivências nestes 6 primeiros meses da inserção do PET em Unidades Básicas de Saúde de um município do interior paulista.

METODOLOGIA

Descrição de Relato de Experiência no PET Saúde realizado em seis meses no período de abril de 2019 a setembro de 2019 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior paulista envolvendo estudantes dos cursos de medicina, fisioterapia e enfermagem.

Neste projeto as atividades foram realizadas em uma carga horária de 8 horas semanais, incluindo as atividades práticas nas UBSs, áreas de estudo auto-dirigido e reuniões mensais entre coordenadores, tutores, preceptores e alunos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Orientação dos Tutores com os Pequenos Grupos

As reuniões em pequenos grupos foram realizadas nas dependências da faculdade, tendo duração de cerca de duas horas, sob a coordenação de uma professora do curso de medicina, orientações de uma a tutora fisioterapeuta, uma preceptora enfermeira e outra preceptora fonoaudióloga, contando com a participação de três acadêmicos de medicina, dois de fisioterapia e um de enfermagem.

Nessas reuniões foram desenvolvidas discussões com objetivo de construção do conhecimento teórico através de metodologia ativa de ensino-aprendizagem, contendo a síntese provisória, busca qualificada, nova síntese e avaliação. Os momentos de aprendizagem eram pautados nas experiências dos grupos interdisciplinares em ações de educação em saúde na comunidade. (ASSEGA, 2010)

Inicialmente foi realizada a integração entre os cursos, que ocorreu através dessas reuniões entre os estudantes e visavam abordar as diversas áreas de conhecimento das categorias profissionais, de modo que dessa forma pudéssemos atender as necessidades de saúde da população de maneira integral. Esta experiência proporcionou aos acadêmicos o compartilhamento de saberes e o encorajamento para ações interprofissionais no futuro.

Após esta integração foi iniciado o levantamento de indicadores de saúde relevantes para os objetivos do PET, como o número de gestantes que realizam pré-natal nestas unidades de saúde, relação das crianças que realizaram o teste de pezinho e o período em que estes exames foram realizados.

Durante os ciclos pedagógicos, foram identificadas lacunas de aprendizagem relacionadas ao planejamento familiar, benefícios e técnica do aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, sendo elaborados questões sobre estes temas. Os acadêmicos realizaram a busca individual destas questões, desenvolvendo o processo de autoaprendizagem. Nos encontros presenciais, o grupo realizou o compartilhamento das respostas estudadas com base na literatura científica, fundamentados o desenvolvimento da pesquisa.

Esta experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade teve como referência metodológica os princípios da pesquisa-ação, valorizando do protagonismo do indivíduo para a transformação social. Essa metodologia torna-se fundamental em um processo de ensino-aprendizagem que considera o território como base para a formação em saúde, através da reflexão da experiência vivenciada com o objetivo de interagir e propor melhorias no contexto social e de saúde considerando as Necessidades de Saúde da população

da área de abrangência da Unidade. (FARIA, LINAET et al,2019; VASCONCELLOS et al, 2016)

Essa estratégia didática implica em novos desafios para os cursos de ciências da saúde, como a estruturação de um currículo integrado, em que o eixo da formação esteja na articulação entre prática-trabalho-cuidado. (FARIA, LINAET et al,2019; VASCONCELLOS et al, 2016)

Através desta pesquisa foi possível realizar um diagnóstico a partir dos indicadores de saúde materno-infantil das áreas de abrangência das UBSs que buscou identificar tanto os problemas quanto as potencialidades dos territórios, com a participação ativa da comunidade e dos profissionais dos serviços de saúde. Esse diagnóstico foi utilizado como base para eleger os principais problemas e realizar o planejamento de ações de forma conjunta com a equipe de saúde, no sentido de transformar as realidades social.

Para este processo de planejamento foram desenvolvidos estudos nas atividades educacionais para elaboração de grupos de orientação dentro da rotina dos profissionais envolvidos, com estratégias que integram saúde preventiva e atuando nos fatores de risco daquela população. (ASSEGA et al, 2010)

A inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde desde o início da graduação foi essencial para o processo de formação da estudante, contribuindo para um olhar significativo das ações em saúde na Atenção Básica através da interprofissionalidade.

Atividades em Campo com Estudantes e Preceptores

As atividades em Campo de um dos grupos foram realizadas em uma Unidade Básica de Saúde caracterizada como Unidade Básica de Saúde (UBS) de característica Tradicional. As atividades nesta UBS iniciaram em abril de 2019, são realizadas uma vez na semana, sob a orientação de uma preceptora enfermeira, com a participação de três acadêmicos, sendo dois de medicina e uma de enfermagem e quinzenalmente com os pequenos grupos nas orientações por Tutoria presencial.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) selecionada para este grupo Pet tem território adstrito com média de 20.000 pessoas, contando com equipe multiprofissional composta por um Coordenador Gerente de Unidade, um Enfermeiro, cinco auxiliares de Enfermagem, dois Médicos Clínicos Gerais, um Médico Pediatra, dois Médicos Ginecologista e Obstetra, três dentistas, sendo um pediátrico e dois clínicos, uma psicóloga, um Assistente Administrativo, duas Auxiliares Administrativas, três Estagiários Administrativos, dois Educadores Físicos, duas Auxiliares de Serviço Geral.

A Ambientação

Inicialmente, foi realizado pelos estudantes o reconhecimento do Campo, da Equipe e dos Usuários, o que proporcionou conhecer as estruturas físicas, a organização e funcionamento do serviço e sua rotina diária.

Nos primeiros dias os estudantes participaram presencialmente das atividades da

rotina diária com os profissionais da equipe para melhor ambientação e se aproximarem da realidade local, isto é, entendendo quais atividades locais estavam estabelecidas no serviço, passaram pelos diversos setores da Unidade como Sala de Atendimento de Enfermagem Clínico Geral, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Sala de Vacina, Sala de Agendamento de Exames, Administrativo, Acolhimento a Demanda Espontânea, Vacina e Teste do Pezinho,

Com o decorrer dos dias, já ambientalizados com a equipe e sua rotina de trabalho, os estudantes passaram a organizar-se, conforme instrução pela preceptora, nos serviços daquela Unidade referente à Saúde Materno Infantil, ou seja, conhecer, presenciar, observar, analisar as ações em Sala de Vacina, Teste do Pezinho, Controle Antropométrico Infantil, Pré Natal, Cadastro Gestante e Testes Rápidos Diagnósticos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C voltados as gestantes, retirada de pontos de cesariana.

E assim diariamente no final do dia os estudantes realizavam breve discussão do dia com a preceptora, intencionando relacionar as vivências daquele local a interprofissionalidade voltadas a Saúde Materna Infantil.

Levantamento dos Indicadores em Saúde

A partir das discussões nos Pequenos Grupos de orientação pelos Tutores, em Campo com preceptor e diante do cenário vivenciado, foram iniciados os primeiros levantamentos dos indicadores em Saúde referente aquela Unidade e principalmente relacionados à Saúde Materna Infantil.

A Unidade estava a um ano utilizando o serviço de Prontuário Eletrônico Esus, consequentemente, o momento ainda era de transição referente aos registros entre os profissionais daquela UBS. Sendo assim, muitos destes Indicadores, foram levantados exaustivamente, muitos, através do levantamento de prontuário por prontuário, e sempre compartilhando com os profissionais do serviço, os quais colaboraram para este levantamento, e assim aproximando-se mais da proposta da interprofissionalidade e sensibilização da saúde materno infantil.

Os indicadores referente a situação de saúde das gestantes daquela Unidades foram: número de gestantes cadastradas naquela unidade; número de gestantes residentes do território da própria unidade; número de gestantes de referência das estratégias de saúde da família; gestantes que realizaram o pré natal; número de consultas de pré natal realizadas; consultas de pré natal programadas e eventuais por cada gestante; número de gestantes encaminhadas ao pré natal de alto risco; quais os diagnósticos destas gestantes encaminhadas ao pré natal de alto risco.

Os indicadores relacionado a situação de saúde das crianças da Unidade de campo foram: número de crianças menores de 5 anos cadastradas naquela Unidade; número de crianças e RN que realizaram o Teste do Pezinho; número de Testes do Pezinho com resultados dentro dos valores de referência e anormalidades; consulta pediátrica eventual

e programada de puericultura das crianças menores de um ano; motivo e queixas das consultas pediátricas.

Discussão do Levantamento dos Indicadores

Estes indicadores foram tabulados e levados para apresentação nos pequenos grupos de orientação com as Tutoras, onde discutimos junto com o outro grupo relacionando as realidades próximas de saúde nestes territórios.

Frente à realidade encontrada, identificamos nos indicadores já levantados suas fragilidades e potencialidades e relacionamos a proposta Pet Interprofissionalidade em saúde relacionada à Saúde Materno Infantil e propomos algumas ações iniciais para apoiar a equipe de Saúde.

Planejamento de Ações e envolvimento com as equipes

As vivências em Campo, com os Indicadores de Saúde, e referências bibliográficas de apoio foi possível realizar planejamento inicial local como já em andamento Grupo Coletivos às Gestantes, com o Tema Gestação Saudável e um Grupo com Mães e Participação no evento em Apoio a Amamentação: “Mamaço” como “Atividade Extramuro”, realizada em um domingo a tarde no Parque Buracão da cidade.

Para os grupos realizados com as gestantes foi inicialmente feito um planejamento inserindo integrantes da equipe e com o apoio de uma integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fisioterapeuta, e a representante do Projeto Germinar da Secretaria Municipal da Saúde do Município.

As ações nos Grupos foram compartilhadas com as Auxiliares de Enfermagem que atuam na Obstetrícia da Unidade com a fisioterapeuta e nutricionista do NASF e a representante do Germinar e no Grupo com mães tivemos também a participação das Auxiliares de Enfermagem da Pediatria, Vacina e Teste do Pezinho e da Dentista.

As ações coletivas terão aspectos mais relevantes se compartilhados com os integrantes da Equipe para abordar da proposta do Pet sobre a interprofissionalidade.

Além das ações coletivas como medidas intervenção, outras propostas como a participação na Reunião de Equipe, para maior aproximação da Interprofissionalidade e explanação da proposta Pet e dos Indicadores de Saúde levantados, apoio nas Visitas Domiciliares como forma de Buscas Ativas de Casos críticos, Elaboração de Material Educativo referente a Saúde Materno Infantil e apoio em Capacitação as Profissionais que atuam diretamente com as gestantes e crianças como forma de fortalecer, potencializar, aumentar o vínculo profissional com usuários e equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades do Pet-Saúde, através desta proposta metodológica, propiciaram

uma maior integração entre os acadêmicos, os serviços de saúde e a comunidade, oportunizando a sua inserção precoce nos serviços de saúde da Atenção Básica, tornando-os profissionais mais bem capacitados para atuar em equipes multiprofissionais e prestar um atendimento integral e humanizado à comunidade.

O Pet-Saúde buscou reforçar a prática acadêmica, interligando a faculdade, em ações de ensino, pesquisa, serviço e extensão, mediante as necessidades da população, de maneira construtiva e em conjunto com a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

Assega et al. **A Interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 29-33, jan./jun. 2010. [Acesso 12 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/7027/5915>>

Faria et al. **Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil**. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. 67 [Acesso 11 de Outubro 2019]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>>.

Fonseca GS, Junqueira SR. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2014, p. 1152. [Acesso 12 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01151.pdf>>

França et al. **PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos**. Revista Saúde Debate. 2018, p. 287-288 [Acesso 12 de Outubro 2019]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0286.pdf>>

Painel de Monitoramento Mortalidade Materno Infantil 2015-2019. [Acesso em 12 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/?s=MSQyMDE0JDEkNyQzNSQzNTA0MDAKMyQxJDAkNDAwNiQwJDAkNSQyJDQwMDAwMSQw>>

Painel de Monitoramento Óbito Infantil e Fetal 2015-2019. [Acesso em 12 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/rna/?s=MSQyMDE5JDEkNyQzNSQzNTA0MDAKMSQxJDAkMzAwNiQwJDUKMiQzMDAwMDEkMA==>>>

Silva et al. **Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde**. Revista Interface. 2015 p. 975-976. [Acesso 12 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0975.pdf>>

Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. **Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde**. Revista Interface (Botucatu). 2016; 20(56):147-58. doi: 10.1590/1807-57622015.0395. [Acesso em 11 de Outubro 2019]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0147.pdf>>

CAPÍTULO 3

A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO PEDIÁTRICA POR PAIS E/OU RESPONSÁVEIS EM CRIANÇAS MATRICULADAS NA CRECHE NO MUNICÍPIO DE JANDAIA – GO

Data de aceite: 01/11/2021

Data da submissão: 28/07/2021

Dyenne Muryelly Pereira da Silva Amorim

Faculdade de Farmácia Unibras – Campus Rio Verde – GO, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3470-0174>

Manoel Aguiar Neto Filho

Faculdade de Farmácia Unibras – Campus Rio Verde – GO, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3545-8746>

Jacqueline da Silva Guimarães

Faculdade de Farmácia Unibras – Campus Rio Verde – GO, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0993-1114>

Luciana Arantes Dantas

Faculdade de Farmácia Unibras – Campus Rio Verde – GO, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8138-4824>

RESUMO: A automedicação infantil infelizmente é uma prática comum e de alto risco realizado entre os pais ou responsáveis por crianças, pois podem desencadear processos toxicológicos ao público infantil. Diante da importância deste cenário, este estudo cujo objetivo foi analisar os principais fármacos administrados, sobre o conhecimento, motivo e das justificativas dos pais ou responsáveis em relação à automedicação em crianças matriculadas na Creche Lar Sagrada Família no município de Jandaia – GO. A pesquisa realizada foi de âmbito bibliográfica e de campo,

com abordagem hipotética dedutiva. Para a realização da pesquisa, foram entrevistados de forma voluntária e aleatória, os responsáveis ou tutores pelas crianças matriculadas da creche em estudo, cuja faixa etária entre 0-5 anos. Participaram dessa pesquisa, 184 voluntários tutores que responderam ao questionário, com abordagem determinada pelos parâmetros éticos exigidos segundo a Resolução 466/2012 artigo V e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados mostraram que a maioria dos pais e responsáveis realizam a automedicação com a justificativa de aliviar o desconforto das crianças, e que buscam primeiramente as medicações que possuem em casa ou adquirem no comércio farmacêutico. Os medicamentos mais utilizados nessa prática são, os analgésicos e antipiréticos, sendo a maior causa, a febre. Conclui-se que há necessidade no desenvolvimento e implementação de estratégias educativas a respeito deste tema, buscando ligar a causa, efeito e solução, junto às famílias conscientizando e orientando sobre automedicação em crianças para evitar ou minimizar seu risco sobre processos os processos de intoxicação medicamentosa.

PALAVRAS - CHAVE: Infância. Medicamentos. Pediatria. Automedicação.

THE PRACTICE OF PEDIATRIC SELF-MEDICATION BY PARENTS AND/OR GUARDIANS IN CHILDREN ENROLLED IN DAYCARE IN THE CITY OF JANDAIA – GO

ABSTRACT: Child self-medication is unfortunately a common and high-risk practice carried out by parents or guardians of children,

as they can trigger toxicological processes in children. Given the importance of this scenario, this study whose objective was to analyze the main drugs administered, on the knowledge, motive and justifications of parents or guardians in relation to self-medication in children enrolled in Creche Lar Sagrada Familia in the municipality of Jandaia - GO. The research carried out was of bibliographic scope and field, with hypothetical deductive approach. To carry out the research, those responsible or guardians for the children enrolled in the daycare center under study, whose age range between 0-5 years old, were interviewed voluntarily and randomly. 184 volunteer tutors participated in this research, who answered the questionnaire, with an approach determined by the ethical parameters required according to Resolution 466/2012 article V and 510/2016 of the National Health Council. The results showed that most parents and guardians carry out self-medication with the justification of relieving the discomfort of children, and who first seek the medications they have at home or acquire in the pharmaceutical trade. The most used drugs in this practice are analgesics and antipyretics, the biggest cause being some feverish process. We conclude that there is a need in the development and implementation of educational strategies on this topic, seeking to link the cause, effect, and solution, together with families raising awareness and guiding self-medication in children to avoid or minimize their risk of drug poisoning processes.

KEYWORDS: Childhood. Medicines. Pediatrics. Self-medication.

1 | INTRODUÇÃO

A automedicação trata-se da utilização de fármacos sem prescrição, com intensão de aliviar os sintomas provenientes de algum processo patológico, bem como, tratar ou promover a manutenção da saúde. Muitas das vezes, na ânsia de aliviar os sintomas, os fármacos são utilizados de forma inadequada, e em consequência disso, pode desencadear diversos problemas relacionados ao uso indiscriminado e incorreto. São vários exemplos desse mau uso, como a utilização de antibióticos em quadros virais, dos fármacos sem procedência comprovada, da super ou sub dosagem, dos intervalos de administração e tempo de uso dos alopáticos (BELO & GOMES, 2017).

Os responsáveis ou tutores pelas crianças têm realizado a automedicação na tentativa de alívio de diversos sintomas, principalmente em casos de cefaleia, resfriado e da dor, recorrendo à famosa “farmacinha domiciliar”, que quase sempre contém analgésicos, antigripais e anti-inflamatórios (MOURA, 2014; BELO & GOMES, 2017).

Estas farmácias domiciliares são frequentemente depositadas em ambientes e recipientes inadequados, e em muitos dos casos comprometendo a estabilidade e segurança do formulado farmacêutico. Além disso, podem estimular o uso irracional, bem como, o aumento do risco de exposições toxicológicas, principalmente em crianças. Outro aspecto a ser destacada na autoadministração de fármacos em crianças, é a utilização abusiva de embalagens atraentes, medicamentos coloridos e adocicados, com sabor de frutas e formatos de bichinhos, com isso, colaborando com o aumento das taxas de intoxicação acidental (TELLES FILHOS & PEREIRA JUNIOR, 2013).

As crianças são as que mais sofrem com intoxicações medicamentosas pela prática da automedicação exercida pelos pais e/ou responsáveis, seja pela diferença corporal existente entre as crianças e os adultos, ou pelo erro na escolha do medicamento. O farmacêutico é o profissional mais habilitado para detectar tais costumes, e possui respaldo suficiente para tal situação, assim, a atenção farmacêutica contribuirá para se alcançar bons resultados na terapêutica (ESQUIVI et al., 2020).

Dados do sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas (SINITOX) mostram elevados números de casos de intoxicação em crianças com elevadas taxas reportadas a cada ano, em que, as crianças menores de cinco anos se destacam em um quantitativo de vítimas igual a 35% dos casos (BRASIL, 2020).

Diante dessa problemática, tornou-se relevante a avaliação desta prática tão comum na sociedade brasileira. Desta forma, este estudo buscou destacar os problemas e riscos relacionados à automedicação pediátrica e a importância dos cuidados farmacêuticos (MOURA, 2014; BELO & GOMES, 2017). O principal objetivo deste estudo foi analisar quais os fármacos mais utilizados na automedicação das crianças matriculadas na creche Lar Sagrada Família no município de Jandaia – GO, Brasil (JANDAIA, 2020). Além de detectar a frequência, motivos e justificativas desta prática que pode ocasionar o surgimento de inúmeros malefícios ou colocar em risco a saúde das crianças pelo princípio de intoxicação.

2 | MATERIAL E MÉTODOS:

A pesquisa foi realizada através do método bibliográfico de campo, com abordagem hipotética dedutiva. Para o levantamento bibliográfico, foram utilizados como referência artigos científicos publicados nas principais bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e Web of Science; bem como, livros e legislações pertinentes ao âmbito farmacêutico. O período de seleção dos estudos foi entre 2010-2020, e a pesquisa de campo foi realizada no mês de novembro de 2020 em uma creche no município de Jandaia – GO, Brasil.

A pesquisa de campo foi conduzida conforme padrões éticos exigidos, cuja submissão e aprovação do projeto foram conformes às normativas do Comitê de Ética em Pesquisa Humana (CEPH) da Universidade Rio Verde – UniRV com o seguinte registro: CAAE: 39019420.5.0000.5077. Os responsáveis e/ou familiares foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa no momento que adentraram ao espaço físico da creche para a realização da pré-matricula das crianças.

Foram analisados quesitos delineados em dados pessoais e ocupacionais, perfil socioeconômico, percepção de iniciativa da automedicação e principais classes medicamentosas acometidas. Para melhor abordagem, foram considerados os seguintes critérios na pesquisa:

***Critérios de inclusão:** aos cuidadores/familiares de crianças entre 0-5 anos. A

manifestação através do questionário sobre a prática de automedicação, e serem maiores de 18 anos de idade.

***Critérios de exclusão:** aos familiares que não cuidam diretamente das crianças e menores de 18 anos.

3 | RESULTADOS

Diante do total de crianças matriculadas na creche, somente 184 responsáveis concordaram em participar da pesquisa voluntária. Desse total, foi possível constatar que a faixa etária entre 4-5 anos possui o maior número de alunos matriculados (33%), seguido por alunos entre 2-3 anos (24%), 3-4 anos (20%), 1-2 anos (15%) e em menor quantidade de crianças na faixa etária entre 4-12 meses (8%) (Figura 1.A).

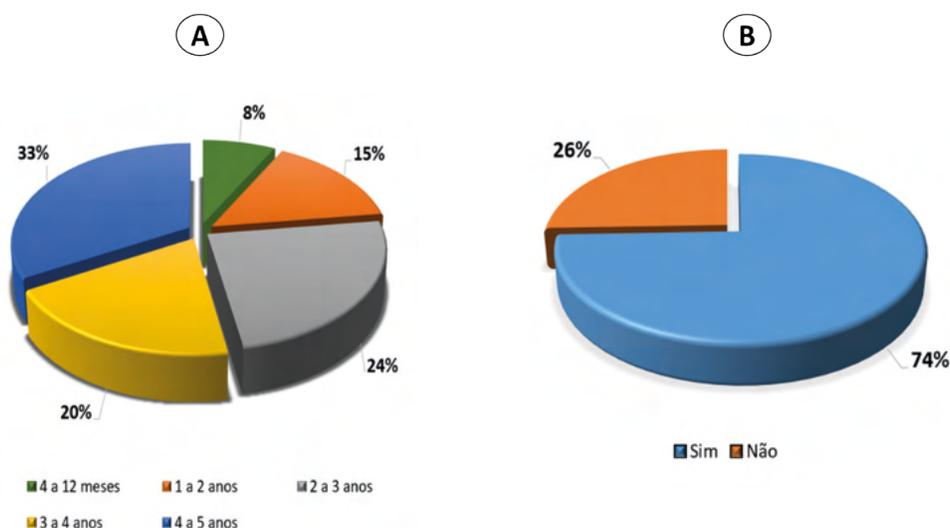


Figura 1. Faixa etária das crianças acompanhadas por seus responsáveis adultos (A). Relato dos responsáveis que possuem conhecimento sobre os riscos da automedicação (B). Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No momento em que os responsáveis foram questionados sobre o conhecimento dos riscos eminentes sobre a automedicação pediátrica, observou-se que 74% dos responsáveis são conscientes quanto ao risco proeminente do ato cometido (Figura 1.B). Quanto ao gênero dos responsáveis que acompanham as crianças observou-se uma peculiaridade, pois 54% dos responsáveis pelos alunos são do sexo masculino, enquanto apenas 46% são do sexo feminino (Figura 2.A).

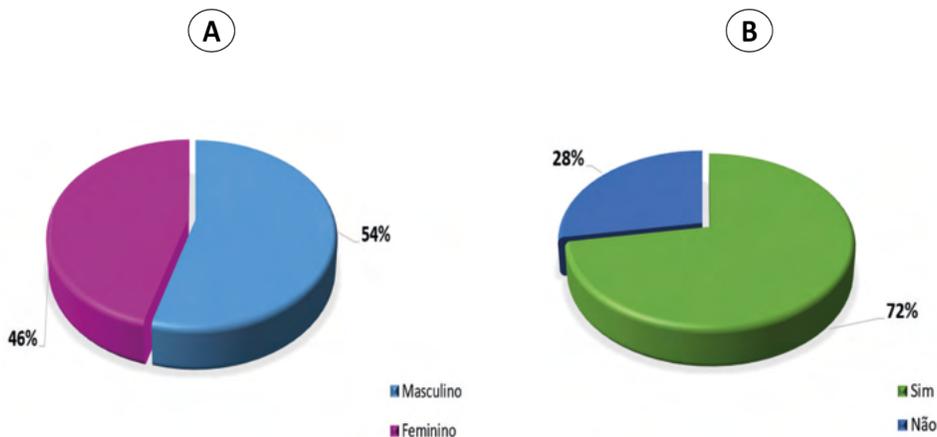


Figura 2. Gênero (sexo) dos responsáveis pelas crianças (A). Responsáveis que já realizaram a automedicação nas crianças (B). Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A maioria dos entrevistados alegam ainda que, esta prática da automedicação onde utilizam os remédios que já possuem em casa ou que, adquiriram em uma farmácia de referência. Um total de 72% dos responsáveis, afirmaram ter realizado em algum momento a automedicação em suas crianças (Figura 2.B).

Observando a frequência da prática da automedicação realizada pelos responsáveis, é possível afirmar que, há variações quanto a prática (Figura 3.A). Segundo os entrevistados, 4% frequentemente apresentaram realizar a automedicação, ou sempre utilizam. Os medicamentos mais utilizados em ordem de maior utilização segundo dados levantados foram: analgésicos (50%), antipiréticos (46%), antialérgicos (26%), anti-inflamatórios (19%), antibióticos (19%), antieméticos (14%), broncodilatadores (13%), dentre outros, conforme se observa na (Figura 3.B).

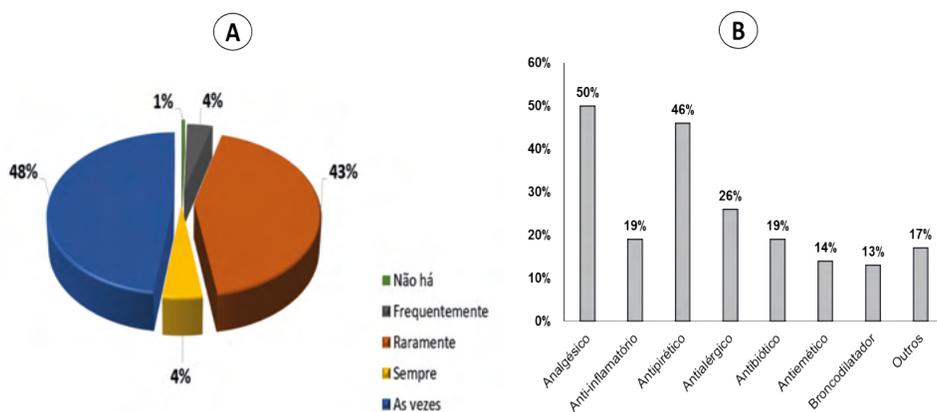


Figura 3. Frequência da prática da automedicação realizada pelos responsáveis das crianças (A). Classes medicamentosas mais utilizadas pelos responsáveis para a automedicação nas crianças (B). Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Avaliando sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica constatou-se que 38% utilizam antibióticos ou anti-inflamatórios sem a prescrição com receituário médico de controle interno, e 62% dos entrevistados não utilizam sem prescrição (Figura 4.A). As principais causas que levaram ao uso da automedicação pediátrica (Figura 4.B) pelos responsáveis nesta pesquisa foram: dor (0,4%), febre (37%), amigdalite (10,9%), diarreia (2,5%), gripe/resfriado (21,41%), tosse (11,62%) e ferimento (0,3%).

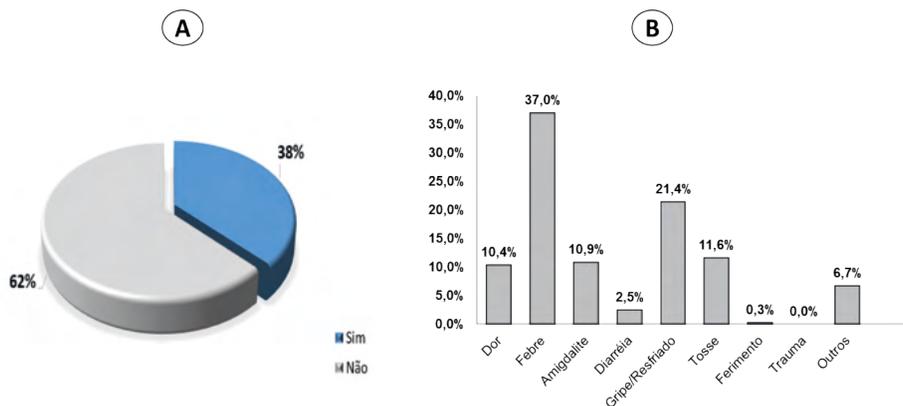


Figura 4. Utilização de antibiótico ou anti-inflamatório sem prescrição pelos responsáveis das crianças (A). Principais sintomas que levaram os responsáveis a automedicação das crianças (B). Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os entrevistados que realizam a automedicação relataram que, nenhum dos eventuais efeitos adversos foram observados a ponto de procurarem uma unidade de saúde mais próxima. A maioria dos indivíduos que fazem a automedicação são pessoas que tem outros filhos, pois estão acostumados na automedicação. Apenas 2% dos responsáveis, declararam terem ocorrido reações adversas (Figura 5.A). Avaliando o grau de escolaridade neste estudo, observou-se que a maioria possui apenas o ensino médio 37%, enquanto a minoria possui grau de instrução superior incompleta com 7% (Figura 5.B).

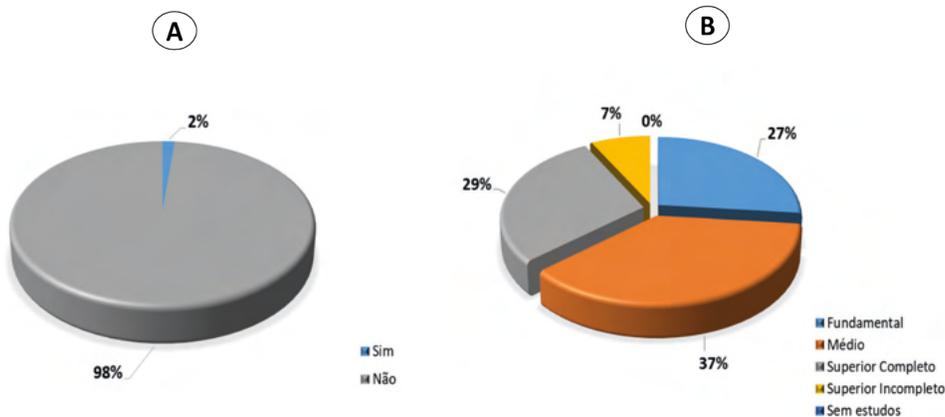


Figura 5. Reações adversas observadas após utilização do medicamento sem prescrição médica (A). Grau de escolaridade dos entrevistados (B). Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4 | DISCUSSÃO

Segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do interior do Estado de Minas Gerais (TELES FILHO & PEREIRA JÚNIOR, 2017), em seu estudo obtiveram maior número de crianças que estavam matriculadas na faixa entre 2-3 anos, como neste estudo. Em ambos os estudos, os tutores relataram que em algum momento as crianças são automedicadas, o que torna preocupante, pois independentemente da idade, esta prática da automedicação pode ser errônea.

Tanto no estudo de Beckhauser et al. (2010) quanto neste levantamento, cerca de 75% dos entrevistados, praticam a automedicação. A possível justificativa dessa prevalência seja devido à dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, que em situações de urgência, levam às pessoas a buscarem outros meios de acesso à medicação para o alívio dos sintomas infecciosos em que seus familiares foram acometidos.

Diferentemente do esperado, o alto índice de responsáveis serem do sexo masculino, não descarta a participação materna em relação aos cuidados parentais. Segundo dados de Urbano et al. (2010) as mães representam 65% das responsabilidades pela automedicação das crianças, pois a maioria dos cuidados são realizadas com frequência por elas. Da mesma forma, no estudo de Beckhauser et al. (2010) realizado no município de Tubarão-SC, os pesquisadores avaliaram sobre a automedicação em crianças, e observaram que a maioria dos responsáveis eram do sexo feminino com 82%, ainda, com 10% composto por avós e 8% eram cuidados pelos pais.

Resultado semelhante deste estudo foi observado por Cella & Almeida (2012) onde cerca de 75% dos responsáveis praticavam automedicação. Belo, & Gomes (2017) em seu estudo, apresentaram resultados similares, pois observaram que 64% dos entrevistados confirmaram em relato de caso, realizarem a automedicação em algum momento.

Silva et al. (2018) corroboram com a afirmação de que a automedicação ocorre quando a criança se queixa de algum sintoma patológico ou doloroso, e o responsável por sua vez decide buscar alívio desses sintomas. Os responsáveis utilizam o medicamento sem a consulta de um profissional de saúde ou por já terem utilizado a medicação anteriormente, recorrendo também pela indicação de amigos, familiares, ou ainda pela dificuldade de acesso à saúde pública.

Embora a maioria responda que às vezes realizam a automedicação ou raramente, nota-se que, a frequência existe, o que torna a automedicação infantil um problema sério e grave de saúde pública e ainda, altamente complexo, sendo a causa mais frequente de intoxicação registrada no Brasil (SILVA et al., 2018)

Em relação aos medicamentos utilizados, a maioria dos pais e responsáveis que automedicam as crianças utilizam os medicamentos que já possuem em casa. Em algum momento, eles levaram as crianças ao hospital ou posto de saúde quando apresentavam sintomas de alguma enfermidade, e quando os sintomas reapareceram nas crianças não faziam o retorno à unidade de pronto atendimento de saúde para novas orientações médicas. Com isso, seguindo com o mesmo tratamento, podendo estar cometendo o ato de negligência médica quanto aos cuidados de saúde.

Resultados encontrados (BELO & GOMES, 2017) descrevem que, os medicamentos mais utilizados são os analgésicos (paracetamol e ibuprofeno), seguidos de antitussígenos/mucolíticos, antieméticos e antidiarreicos, respectivamente. Em outro estudo (TELES FILHO & PEREIRA JÚNIOR, 2017) os resultados são similares, observando que 54% das automedicações foram utilizando a dipirona, seguido pelo paracetamol, ou seja, a maior frequência na utilização se deve aos analgésicos, seguidos por xaropes com 22%, antibióticos com 10%, dentre outros.

Cella e Almeida (2012) descrevem que os medicamentos mais utilizados em crianças na cidade de Florianópolis – SC, primeiramente são os antibióticos, seguidos pelos anti-inflamatórios e analgésicos, sendo o paracetamol e a dipirona os mais utilizados. Segundo Castilho, Nascimento e Grassi (2016) afirmam que há sim o uso abusivo de fármacos das classes dos antibióticos, analgésicos e antitérmicos.

Silva et al. (2018) ressaltam que, a automedicação gera riscos devido aos efeitos adversos, e o uso incorreto, pode ocasionar efeitos colaterais como por exemplo, o Paracetamol, classificado como uma droga segura, no entanto, apresenta hepatotoxicidade em dose-dependente, assim como os fitoterápicos.

Polungatti et al. (2014) acrescenta que o paracetamol e a dipirona são, analgésicos e antipiréticos para o uso pediátrico em dose recomendada, mas seu uso crônico e abusivo, pode levar a hepatotoxicidade pelo paracetamol e redução das células sanguíneas de defesa pela dipirona. Cella e Almeida (2012) ressaltam que, a automedicação pediátrica é uma das causas no elevado número de intoxicações pediátricas, e que se trata de um ato decorrente da irresponsabilidade dos pais, sendo as principais vítimas as crianças menores

de 1 ano.

Quanto a utilização de antibióticos ou anti-inflamatórios sem prescrição, uma justificativa plausível seria devida os responsáveis estarem acostumados com os sintomas e com os medicamentos, ou já possuem em casa, utilizando orientações anteriores, e em outros casos buscam orientação com farmacêutico, familiares e/ou amigos. Corroborando com as causas encontradas da automedicação pediátrica, os mesmos autores (BECKHAUSER, 2010; TELES FILHO; PEREIRA JUNIOR, 2017). observaram que na prática da automedicação pediátrica são devido à febre. Isso demonstra que a febre é a principal causa que levam a automedicação em crianças.

O nível de escolaridade da maioria dos responsáveis que praticam automedicação pode estar relacionado ao grau de compreensão das prescrições, bulas e pesquisa na internet sobre indicações, dando mais segurança para realizarem tal prática (LIMA et al. 2019). Por outro lado, Beckhauser et al. (2010) ressaltam que o grau de escolaridade dos responsáveis não possui interferência significativa no ato de automedicação pediátrica, sendo que independente do grau de instrução, ocorre a automedicação pediátrica.

De acordo com o estatuto da criança e do adolescente, para os efeitos da Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990: é considerada criança a pessoa possuir até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 2008). Nessa faixa etária, são pessoas dependentes de cuidados como higiene, alimentação e conseqüentemente na administração de medicamentos. Por isso, alertamos que a prática da automedicação é de inteira responsabilidade dos pais e responsáveis pelas crianças, sendo necessária a conscientização da grande maioria dos cuidadores, ressaltando o uso racional de medicamentos principalmente nessa faixa etária, incentivando-os a busca por profissionais de saúde credenciados.

Os resultados abordados neste estudo demonstram que o perfil dos responsáveis pelas crianças matriculadas na creche no município de Jandaia, Goiás, Brasil, manifestam atitudes similares dos demais cuidadores, e buscando solucionar a melhora nos sintomas apresentados pelas crianças, os responsáveis realizam a automedicação assumindo os riscos envolvidos e possíveis reações adversas. Apesar do índice de reações adversas descritas pelos entrevistados serem baixas, o hábito de realizar a automedicação em crianças, seja por costume, comodidade, ou por buscarem solucionar o desconforto das crianças, traz riscos à saúde.

Ressaltamos a necessidade de mais estudos detalhados sobre medicamentos destinados na pediatria, a fim de suprir a deficiência existente no investimento em pesquisa e inovação de formulações pediátricas, diminuindo os riscos de utilização errônea sobre a dose ou uma possível intoxicação. Esta abordagem demonstra a necessidade de se desenvolver junto às famílias, orientações para que seja evitada a automedicação minimizando assim o risco toxicológico. Sendo assim, faz-se necessário à implementação de estratégias educativas, com o objetivo de conscientizar os pais e/ou responsáveis, sobre os problemas oriundos da automedicação, garantindo assim, a segurança das crianças.

REFERÊNCIAS

BELO, N.; MAIO, P.; GOMES, S. **Automedicação em idade pediátrica**. *Nascer e Crescer*, v.26, n. 4, p. 234-239, 2017. <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/10489/10395>

BECKHAUSER, G. C.; SOUZA, J. M.; VALGAS, C.; PIOVEZAN, A. P.; GALATO, D. **Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis**. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000300002>

BRASIL – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), FIOCRUZ [acesso em: 02 dez 2020]. Disponível em: sinitox.icict.fiocruz.br.

BRASIL. (2008). Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF [acesso em: 20 mar. de 2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>

CASTILHO, G. B.; NASCIMENTO, R.; GRASSI, L. T. Os desafios da atenção farmacêutica na pediatria. *Revista Saberes da FAPAN*, v. 3, n. 1, p. 26-38, 2016. <https://fapan.edu.br/wp-content/uploads/sites/14/2018/04/ed4/4.pdf>

CELLA, E.; ALMEIDA, R. B. **Automedicação: enfoque pediátrico**. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 5, n. 1, p. 72-86, 2012. <https://www.semanticscholar.org/paper/Automedica%C3%A7%C3%A3o%3A-Enfoque-Pedi%C3%A1trico-Cella-Almeida/ac1641d56492e59f7786dc8c524114eef36256f4>

ESQUIVI, E.; CÉSAR, L. D. S.; MARION, É. F.; BRAGA, F. A. B.; JULIO, G. C. **Uso de Medicamentos na Pediatria: Riscos e cuidados farmacêuticos**. Portal da Educação – UNIRP, São José do Rio Preto, SP, 2020 [acesso em: 30 jun. 2020]. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/uso-de-medicamentos-na-pediatria-riscos-e-cuidados-farmaceuticos/27352>

FILHO, P. C. P. T.; JÚNIOR, A. C. P. **Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas**. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 291-297, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200013>

JANDAIA, **Prefeitura Municipal de Jandaia-GO**. Disponível em: <https://www.jandaia.go.gov.br/>

LIMA, M. F. P.; LIA, D. B. S.; OLIVEIRA, F. B.; OLIVEIRA, C. C.; MACÊDO, M. A.; PEREIRA, T. K. A. A prática da automedicação em criança por pais e responsáveis. *HOLOS*, v. 35, n. 5, p. 1-13, 2019. <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/5120/pdf>

MOURA, E. F. **Automedicação da dor pediátrica por responsáveis** [manuscrito]: um olhar do enfermeiro [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde 16 p. 2014.

PROLUNGATTI, C. N. O uso de fármacos analgésicos e anti-inflamatórios prévio ao atendimento em pronto socorro infantil. *Revista Dor*, v. 15, n. 2, p. 96-99, 2014. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140028>

SILVA, J. G.; GOMES, G. C.; COSTA, A. R.; JULIANO, L. F.; ARUDA, C. P.; CARVALHO, L. N. **A prática da automedicação em crianças por seus pais: atuação da enfermagem.** Revista de Enfermagem da UFPE On Line, v. 12, n. 6, p. 1570-1577, 2018. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230779/29184#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20a%20automedica%C3%A7%C3%A3o%20da%20crian%C3%A7a,uso%20ou%20minimizar%20seu%20risco.>

URBANO, A. Z. R.; ALMEIDA, A. C.; HENRIQUE, M. P.; SANTOS, V. G. **Automedicação infantil: o uso indiscriminado de medicamentos nas cidades de Santos e São Vicente.** Revista Ceciliana, v. 2, n. 2, p. 6-8, 2010. https://sites.unisanta.br/revistaceciliana/edicao_04/2-2010-6-8.pdf

ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 04/09/2021

Valéria Maria Carvalho Siqueira

Centro Universitário de Maringá
(UNICESUMAR).
Maringá – Paraná.

<https://orcid.org/0000-0001-9860-5275>

Daltro Moreira Iori

Centro Universitário de Maringá
(UNICESUMAR).
Maringá – Paraná.

<https://orcid.org/0000-0001-7154-4345>

Caroline Rodrigues de Almeida

Centro Universitário de Maringá
(UNICESUMAR).
Maringá – Paraná.

<https://orcid.org/0000-0001-9740-4623>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR).
Paranavaí – Paraná.

<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>

RESUMO: Objetivo: Analisar os fatores que influenciam o aleitamento materno. Metodologia: Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. O estudo teve 18 mães participantes frequentadoras de uma Unidade Básica de Saúde. Foi realizada uma entrevista individual utilizando um roteiro semiestruturado. Os dados obtidos foram analisados e interpretados por análise temática. O estudo seguiu todos os princípios

éticos da resolução 466/2012. Resultados: As mães entrevistadas demonstraram conhecimento a respeito dos benefícios da amamentação e a introdução da alimentação complementar. Apesar disso, relaram algumas dificuldades nesse processo, podendo acarretar prejuízos para o bebê. Conclusão: Essa pesquisa possibilitou conhecer o nível de informações das mães a respeito do aleitamento materno. Sabe-se que o leite materno é essencial para o crescimento e desenvolvimento infantil, porém é de pouco conhecimento das participantes as consequências que o desmame precoce pode trazer ao lactente.

PALAVRAS - CHAVE: Aleitamento materno; Desmame precoce; Atenção Primária à Saúde; Unidade Básica de Saúde.

BREASTFEEDING: FACTORS THAT INFLUENCE EARLY WEANING

ABSTRACT: Objective: To analyze the factors that influence breastfeeding. Methodology: Qualitative, exploratory and descriptive research. The study had 18 participating mothers attending a Basic Health Unit. An individual interview was conducted using a semi-structured script. The data obtained were analyzed and interpreted by thematic analysis. The study followed all ethical principles of resolution 466/2012. Results: The interviewed mothers demonstrated knowledge regarding the benefits of breastfeeding and the introduction of complementary feeding. Despite this, they reported some difficulties in this process, which could cause harm to the baby. Conclusion: This research made it possible to know the level

of information of mothers regarding breastfeeding. It is known that breast milk is essential for children's growth and development; however, the participants have little knowledge of the consequences that early weaning can bring to the infant.

KEYWORDS: Breast Feeding; Weaning; Primary Health Care; Health Centers.

1 | INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é a estratégia mais importante, dentro da saúde da criança, que reduz o número de mortes em menores de cinco anos. Além disso, garante imunização contra diversos agentes infecciosos e promove o crescimento e desenvolvimento infantil de forma saudável, pois o leite sofre alterações em sua composição que acompanham as demandas nutricionais do neonato, fornecendo, assim, uma alimentação completa até os seis meses de vida (SILVA et al, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizam que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de vida e após esse período ser usado como complemento por até dois anos ou mais. Dentre os benefícios que o leite oferece, é destacado a proteção contra mortes por diarreia e por infecções respiratórias. Outras vantagens incluem a diminuição do risco de alergias, hipertensão, colesterol alto, obesidade e diabetes infantil (BRASIL, 2015).

Apesar de todo o incentivo a respeito da amamentação, vários fatores contribuem para a interrupção dessa prática, o que leva ao desmame precoce. Sabe-se que a retirada do leite materno antes dos seis meses pode causar diversos prejuízos a saúde da criança, desde problemas na absorção de nutrientes, como dificuldades no desenvolvimento físico e psíquico, e aumento da suscetibilidade a certas doenças infantis (FREIRE et al, 2021).

O desmame precoce pode ser por escolha da mãe ou não e está associado tanto a fatores socioeconômicos e culturais, como emocionais e biológicos. A interrupção do AME tem maior frequência quando as mães retornam ao mercado de trabalho, sendo necessário a adaptação precoce a outros tipos de alimentos. Destacam-se também os problemas mamários, como fissuras, ingurgitamento e dor à sucção, além dos mitos populares como leite fraco ou insuficiente (REGO et al, 2019).

Sabendo das inúmeras consequências que o desmame precoce pode gerar na saúde da criança e que são inúmeros os fatores que podem estar associados a essa interrupção. Faz-se necessário compreender quais os conhecimentos e dúvidas acerca desse tema em mães inseridas no sistema público de saúde afim de propiciar o empoderamento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, do tipo exploratório e descritivo. Participaram da pesquisa 18 mães frequentadoras de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município no Norte do Estado do Paraná. A UBS conta com uma

organização semanal de consultas de pré-natal e puericultura realizadas pelo enfermeiro e médico, na qual são feitas orientações indispensáveis à saúde materno-infantil, incluindo a prática do aleitamento materno. Critérios de inclusão: acompanhamento de pré-natal e puericultura na UBS; ter pelo menos um filho menor que cinco anos. Critérios de exclusão: ter menos de 18 anos.

Os dados foram coletados através de um roteiro semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, constituído de questões referentes ao conhecimento sobre a prática do aleitamento materno. A entrevista foi realizada na UBS, em uma sala reservada com duração média de 6 minutos, enquanto as participantes aguardavam atendimento.

Os dados foram transcritos de forma íntegra, organizados e analisados por análise temática de conteúdo, que se estabelecem em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pesquisa seguiu todas os princípios da Resolução no 466/2012. Foi iniciada após autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), sob número 3.474.487/2019 (CAAE: 17151119.3.0000.5539).

Os participantes foram incluídos no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE). A fim de garantir o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra "E" de entrevistado, seguido de números, de acordo com a ordem de transcrição das entrevistas.

3 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 18 mulheres, com idades entre 20 e 39 anos (idade média de 29,1). No que se refere ao nível de escolaridade, duas possuem ensino fundamental incompleto, uma ensino fundamental completo, oito ensino médio, uma ensino superior incompleto, cinco superior completo e uma com especialização. A respeito da ocupação: oito possuem registro em carteira, quatro são autônomas, três domésticas, duas profissionais liberais e uma estudante. Em relação ao estado civil, cinco são solteiras, 12 casadas ou união estável e uma divorciada. Todas apresentam uma quantidade entre um a quatro filhos (média de 1,9 filhos).

De acordo com os conhecimentos em relação à amamentação, as mães ressaltam que essa prática possui vários benéficos, tais como imunização do neonato, nutrição e vínculo com a mãe, conforme exemplificado nas falas a seguir:

"Eu sei que é bom, pelo menos o máximo que a gente puder amamentar é melhor, ajuda a criança em todos os sentidos, como no contato com a mãe, e protegendo de algumas doenças, já que o leite tem anticorpos." E1

"Acho que ajuda na imunidade da criança para vida toda, o contato entre mãe e filho também aumenta." E3

"Eu amamento há 6 meses exclusivo e meu bebê está bem, ele ganha peso

e o desenvolvimento é maravilhoso. Minha outra filha, mais velha, eu não amamenteei, infelizmente, porque nasceu prematura, e acredito que por não mamar teve uns problemas respiratórios.” E7

“Para mim só teve benefício, menos no início que machuca, rachou o bico. Eu acho que ela ganhou muita saúde com o leite, se desenvolveu e cresceu. Ela está mamando até hoje e eu pretendo amamentar até 1 ano e meio, que foi o que a pediatra pediu.” E8

O leite materno é a principal fonte de alimento para o recém-nascido. São inúmeros os benefícios que o leite proporciona, pois seus nutrientes são necessários tanto para o desenvolvimento físico dos lactentes quanto para proteção da saúde contra infecções, diarreia, doenças respiratórias, alergias, obesidade, entre outras. Somado a isso, a criança diminui a possibilidade de adoecimento, reduzindo as internações hospitalares e as taxas de mortalidade infantil (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

Um estudo realizado durante 30 anos no Sul do Brasil, concluiu que se o leite materno fosse prolongado por mais 12 meses teria uma maior repercussão no desenvolvimento cognitivo da criança. Essa informação refere-se ao fato de que os ácidos graxos de cadeia longa, presentes no leite materno, são essenciais para a síntese de membranas celulares, incluindo o sistema nervoso central. Dessa forma, o leite também contribui a longo prazo melhorando o desenvolvimento cerebral e, como consequência, melhor capacidade intelectual e maior nível educacional na idade adulta (ALMADA; FERNANDES, 2018).

De acordo com as normas preconizadas pela OMS, o AME consiste em ofertar apenas o leite materno para os lactentes, sendo permitida somente a ingestão de medicamentos e/ou complexo vitamínico quando necessários. Também favorece melhorias para a puérpera, como a involução mais rápida do útero, diminui os riscos de hemorragia uterina pós-parto, câncer de mama e colo de útero, facilita a perda de peso, é um processo para o estabelecimento de vínculo entre mãe e filho, além de ser uma opção mais econômica de alimentação para o bebê (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Apesar das vantagens que a amamentação proporciona para mãe-filho, há diversos fatores que contribuem para a interrupção processo. Nas entrevistas, destacam que amamentar não traz malefícios, contudo os problemas mamários são um dos aspectos negativos, bem como a falta de apoio e orientação para as mães.

“Tive bastante dificuldade, na verdade meu seio machucou e saía sangue, ficou rígido e eu tive que ir para hospital para as enfermeiras me ajudarem, mesmo assim eu consegui ir até o 6º mês exclusivo.” E3

“O pior foi o ferimento no seio, rachou o bico, mas mesmo assim continuei amamentando.” E8

“Eu não vejo pontos negativos, o aleitamento materno é vida, acho que falta ainda um suporte para as mães que estão começando a amamentar, eu tive dificuldade no início e precisei de uma enfermeira pra me ajudar. Esse suporte deveria ser melhor nos hospitais, pois acredito que muitas mães deixam de amamentar por conta dessa dificuldade, e se fossem orientadas desde o

começo poderiam amamentar com mais tranquilidade e não desistir.” E11

“[...] Para mãe a adaptação não é fácil, mas não vejo como ponto negativo”
E15

As dificuldades encontradas ao amamentar são facilitadores do desmame precoce. Um dos motivos mais presente do desmame precoce é o retorno da mãe ao trabalho, que faz com que os seios sejam menos estimulados pela sucção e como consequência há baixa produção de leite. As fissuras e rachaduras na aréola são comuns logo nos primeiros dias de amamentação. Na mastite, há mais produção de leite que o necessário, isso dificulta a sucção e causa desconforto e dor nas mamas (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

No Brasil há diversos programas de incentivo ao AME direcionados aos profissionais de saúde com o intuito de promover, apoiar e proteger essa prática. Sabe-se que quando uma mãe tem suporte de profissionais comprometidos, algumas vezes é possível reverter o aleitamento materno não exclusivo. Dessa forma, o profissional precisa estar preparado para fornecer ensinamento e aconselhamento a mãe em relação a amamentação (OLIVEIRA et al, 2017).

A maioria das entrevistadas relataram que nunca receberam, por parte de profissionais da saúde, familiares ou amigos, orientações para não amamentar, porém as que informaram ter recebido essas instruções, não compreenderam o motivo e não foram esclarecidas por tal posicionamento.

“Na verdade, minha irmã teve bastante dificuldade pra amamentar, então esse foi meu objetivo tentar amamentar ele por mais tempo do que minha sobrinha.” E3

Não, sempre fui orientada a amamentar até os 6 meses.” E17

“Sim, dar a fórmula pra ele dormir melhor e eu poder dormir, mas eu ignorei.”
E12

“Sim, porque me falaram que meu filho está mamando muito e meu leite não sustenta.” E14

Apesar das estratégias de promoção ao AME, a questão cultural ainda é um problema para desmistificar as crenças que influenciam de forma negativa a lactação. No que se refere ao mito do LM ser fraco, as mães associam a aparência aguada como sendo insuficiente para alimentar seu filho. Somado a isso, a influência de familiares e vizinhos que são desprovidos de informações pode levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite (FERREIRA; GOMES; FRACOLLI, 2018).

Cabe destacar que a sociedade influencia as mulheres a desmamar logo após o primeiro ano de vida. Essa pressão está relacionada ao mito de que a amamentação prolongada pode trazer prejuízos a criança sob a óptica psicológica e que ela se torna muito dependente da mãe, levando a possíveis alterações de personalidade (CRUZ et al, 2017).

De acordo com o MS, o LM até os dois anos de vida satisfaz as necessidades

fisiológicas, imunológicas e psicológicas das crianças, além de fortalecer o vínculo entre a família. As maioria das **mães entrevistadas** informaram que amamentaram exclusivamente até os seis meses de vida do bebê, porém as que tiveram que iniciar a alimentação complementar precocemente afirmaram que o motivo foi a volta ao trabalho e não tinham como continuar com o leite materno.

“Amamentar exclusivo só até esse mês porque vou ter que voltar a trabalhar e ele não pega mamadeira. Vou ter que introduzir alimento, mas pretendo amamentar até os 2 anos.” E1

“O primeiro filho introduzi alimento no segundo mês porque fui trabalhar (...), mas o segundo eu dei meu leite até os 6 meses e depois eu comecei a dar frutas.” E2

“Meus 3 filhos foram exclusivos até 6 meses. O primeiro até 2 anos, os 2º até 10 meses e esse tem 1 ano de 2 meses e ainda tá mamando.” E6

“Comecei com alimentos com 5 meses, só para experimentar [...]” E12

“[...] Ainda não introduzi o alimento, vou dar apenas com 6 meses e não sou adepto a papinha não tenho essa ideia.” E13

Sabe-se que a recomendação para o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementada por dois anos ou mais até que o desmame seja feito de forma natural pela criança e pela mãe (BRASIL, 2015).

Devido ao crescimento da mulher no mercado de trabalho, a prática de amamentar exclusivamente tem sido reduzida em torno de dois meses. O período de licença maternidade remunerada no Brasil é de quatro a seis meses, isso implica na descontinuidade da amamentação, no início da alimentação complementar antes do tempo e no afastamento precoce entre mãe e filho (CAPUCHO et al, 2017).

A nutrição adequada após os seis meses de vida tem como função complementar nutrientes que são necessários para o desenvolvimento saudável. A maioria das mães mostraram ter conhecimento prévio a respeito da introdução alimentar de forma saudável.

“Eu já tenho experiência da minha primeira filha. Graças a Deus está sendo ótimo de novo porque ele tem interesse nos alimentos, (...) já iniciei essa parte de oferecer para ele pegar com mão (...)” E7

“Já introduzi com 4 meses a fórmula, mas agora consegui sair do serviço e vou continuar dando peito, dei a fórmula por causa mesmo do serviço.” E10

“Não tem necessidade de dá outro alimento, eu tenho muito leite, antes dele nascer eu estimulava a mama a produzir leite, então não tive dificuldade [...].” E13

“Introduzi alimento com 6 meses e o leite na mamadeira com 10 meses quando ele foi para creche e eu tive que trabalhar, mas se eu tivesse em casa seria apenas no peito (...)” E16

“Nos mais velhos eu introduzi alimento depois dos 6 meses e fórmula só depois dos 9 meses depois que foram para creche. Como sou magrinha meu leite acabou secando rápido, voltei a trabalhar e esse filho eu comecei

O leite materno é uma das primeiras experiências de alimento do recém-nascido. Sabe-se que após o 6º mês de vida é essencial a introdução de novos alimentos para complementar as necessidades nutricionais da criança. O MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) elaboram um guia com orientações sobre alimentação saudável para crianças de acordo com cada faixa etária, alergias e histórico de doenças (NUNES; GUBERT; BORTOLINI, 2019).

Normalmente, a criança por volta dos seis meses já tem desenvolvido os reflexos de deglutição e começa a aparecer os primeiros dentes, que facilita a mastigação. A alimentação complementar deve ser diversificada para que a criança desenvolva mais ainda o paladar, contendo quantidades suficientes de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais (BRASIL, 2015).

Em relação aos impactos causados de curto a longo prazo nas crianças não amamentadas, quase todas as mães relataram não ter conhecimento sobre o assunto.

“Sei que fica mais vulnerável a doenças e no desenvolvimento da criança.” E2

“Não sei certinho, se dizem que é bom a gente faz, mas não sei se faz mal não amamentar, os meus eu amamentei, não precisei saber quais os problemas.” E4

“Tem bastante doenças principalmente diabetes, o leite tem suas propriedades, já escutei falar que o leite é fraco, mas a gente aprende quando sai da maternidade que o leite não é fraco.” E10

“Acho que ele vai ficar gripado muito fácil, porque é a doença que mais tem no ar, tenho muito medo de ele ficar gripado muito facilmente.” E13

“Acho que a imunidade não deve ser a mesma coisa se eu parar de amamentar e a questão de obesidade, não sei o que tem nessas fórmulas aí a gente só consegue ver as consequências lá pra frente.” E15

“Eu acho que pode ficar mais magrinho, meu filho mais velho mamou pouco e é bem magro então pode ser também, mas não tenho uma noção muito não do que pode causar.” E17

Mesmo com todos os informativos a respeito dos benéficos do aleitamento materno, ainda há muitos casos de bebês não amamentados ou que são desmamados precocemente. As consequências presentes não se limitam apenas aos lactentes, porém, há um aumento no número de internações dessas crianças quando comparadas a crianças da mesma idade que foram amamentadas exclusivamente (SANTOS; SANTOS; SIQUEIRA, 2017).

A proteção do leite materno é devidamente comprovada. A falta da amamentação aumenta os riscos de mortalidade por doenças infecciosas, diarreia e infecções respiratórias presentes nos primeiros dois anos de vida. Além disso, episódios de otite, alergias e bronquite são recorrentes durante a infância. Existe também os problemas apresentados a longo prazo, como o aumento do risco de hipertensão, dislipidemias, diabetes e obesidade (BRASIL, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Este estudo, propõe gerar um olhar integrador onde instiga voltarmos nossas atenções para compreender, pelas falas das próprias mães usuárias dos serviços de saúde, as dúvidas e os conhecimentos sobre o aleitamento materno, os quais são pontos de grande impacto para a saúde pública brasileira.

Os conhecimentos maternos em relação à eficácia do leite materno e as necessidades nutricionais da criança são fatos relevantes que influenciam diretamente na descontinuidade do AME. Foi relatado pelas mães a falta de informações recebidas pelos profissionais de saúde.

Compreende-se que este estudo, em torno dos conhecimentos maternos em relação ao aleitamento materno na saúde infantil, tem por efeito gerar um pensamento crítico e debates sobre a importância do empoderamento dos pacientes para esse cuidado e sua influência na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jessica de Souza; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; RITO, Rosane Valéria Viana Fonseca. **Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p.1077-1088, abr. 2018.

ALMADA, JNA; FERNANDES, LAF. **Reflexo do desmame precoce na saúde das crianças no município de valparaíso de goiás.** *Rev Inic Cient Ext.* 2018; 1(2): 73-81.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 184 p, 2015.

CAPUCHO, Lorena Bassi et al. **Fatores que interferem na amamentação exclusiva.** *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*, v. 19, n. 1, p.108-113, jan./mar. 2017.

CRUZ, Nayara Mendes et al. **Vivência das mães na transição para o desmame natural.** *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 242, n. 3, p.19-24, jul./set. 2017.

FERREIRA, M. G. C.; GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A. **Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família.** *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 16, n. 55, p.36-41, jan./mar. 2018.

FREIRE, Ediane Alves de Lima et al. **Fatores associados ao desmame precoce no contexto brasileiro: uma revisão da literatura.** *Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba*, v. 4, n. 1, p. 1343-1355, jan. 2021.

LIMA, Ariana Passos Cavalcante; NASCIMENTO, Davi da Silva; MARTINS, Maísa Mônica Flores. **A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa.** *J. Health Biol Sci*, v. 6, n. 2, p.189-196, set. 2018.

NUNES, Bruna dos Santos; GUBERT, Muriel Bauermann; BORTOLIN, Gisele Ane. **As recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar são conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros?** *Demetra*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1-25, nov. 2019.

OLIVEIRA, Fernanda Kelly Fraga et al. **Dificuldades e estratégias para o aleitamento materno prolongado sob a visão do enfermeiro.** *International Nursing Congress*, p.1-4, maio 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6084/2057>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

REGO, Fabrícia Silva *et al.* **Desmame precoce: fatores associados e percepção das nutrízes.** *Revista Recien*, São Paulo, v. 9, n. 28, p. 74-82, nov. 2019.

SANTOS, A. P. R. dos; SANTOS, G. A. dos; SIQUEIRA, S. M. C. **Ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.** *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, Cachoeira, Ba, v. 1, n. 1, p.56-65, jul. 2011.

SILVA, Amanda Silvana Fernandes *et al.* **Prevenção de intercorrências mamárias para evitar o desmame precoce.** *Revista Nbc*, Belo Horizonte, v. 10, n. 20, p. 12-21, dez. 2020.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DIAGNOSTICO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO RETARDADO (RCIU)

Data de aceite: 01/11/2021

Thaís Campos Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga-MG

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga-MG

Rayra Vitória Lopes Coimbra

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Maria Eduarda Pinto

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Tayná Tifany Pereira Sabino

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes

Faculdade Única de Ipatinga
Nova Era - MG

Maria Gabriela Lourenço

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Isabela Ramos Simão

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Karem Cristina Santos Silva

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Polyana Torres Lanza

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Letícia Talma Mendes

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Tatiana Mendes de Ávila Silva

Faculdade Única de Ipatinga
Coronel Fabriciano - MG

RESUMO: A Restrição do Crescimento Intrauterino (RCIU) é definida como uma incapacidade do feto em obter o potencial de peso máximo de crescimento. O RCIU constitui-se como uma das significativas causas de morbidade e mortalidade neonatal, se associando a fatores de risco como condições fetais, placentárias e maternas. Foram envolvidas no artigo as disciplinas de Saúde da Mulher, Fisiologia, Semiologia e Sociotécnica 1 e 2, Genética, Interpretação de exames, Anatomia, Enfermagem Clínica e Saúde da Criança e do Adolescente. A revisão bibliográfica tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica acerca da Assistência de Enfermagem às gestantes com diagnóstico de RCIU, destacando informações quanto aos seus principais fatores de risco, a importância da realização do pré-natal para a prevenção eficiente e diagnóstico precoce, ressaltando a importância da atuação da equipe de enfermagem na assistência as gestantes que são diagnosticadas com RCIU. Observou-se que a partir de uma boa qualidade da assistência prestada no pré-natal é possível minimizar e evitar impactos maiores e irreversíveis do crescimento

retardado, a partir da identificação dos fatores de risco durante a gravidez. Por não haver um tratamento específico para a restrição do crescimento fetal, é necessária a avaliação e manutenção contínua para o bem-estar da gestante e do feto. Por fim, a enfermagem desenvolve um papel fundamental por meio da elaboração de um plano de cuidados eficiente, identificando precocemente agravos ou possíveis complicações e implementação de ações voltadas à redução dos riscos de mortalidade tanto neonatal quanto materna, com base em uma assistência humanizada.

PALAVRAS - CHAVE: Restrição do crescimento intrauterino retardado, mortalidade, pré-natal, assistência de enfermagem.

NURSING ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN WITH DELAYED INTRAUTERINE GROWTH DIAGNOSIS (RCIU)

ABSTRACT: Intrauterine Growth Restriction (IUGR) is defined as an inability of the fetus to achieve maximum growth weight potential. IUGR is one of the significant causes of neonatal morbidity and mortality, being associated with risk factors such as fetal, placental and maternal conditions. The subjects of Women's Health, Physiology, Semiology and Semitechnics 1 and 2, Genetics, Exam Interpretation, Anatomy, Clinical Nursing and Child and Adolescent Health were involved in the article. The bibliographic review aims to present a bibliographic review about Nursing Care for pregnant women diagnosed with IUGR, highlighting information about their main risk factors, the importance of performing prenatal care for efficient prevention and early diagnosis, highlighting the importance of the performance of the nursing team in assisting pregnant women who are diagnosed with IUGR. It was observed that based on a good quality of prenatal care, it is possible to minimize and avoid greater and irreversible impacts of delayed growth, based on the identification of risk factors during pregnancy. As there is no specific treatment for fetal growth restriction, continuous assessment and maintenance is necessary for the well-being of the pregnant woman and the fetus. Finally, nursing plays a fundamental role through the development of an efficient care plan, early identification of diseases or possible complications and implementation of actions aimed at reducing the risks of both neonatal and maternal mortality, based on humanized care.

KEYWORDS: Restriction of delayed intrauterine growth, mortality, prenatal care, nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A restrição do Crescimento Interino (RCIU) é determinada como a incapacidade do feto em alcançar o potencial máximo de crescimento. Essa restrição afeta de 5 a 10% das gestações e está relacionada ao maior risco de morte fetal, morte neonatal e morbidade perinatal, além de efeitos secundários e doenças no adulto (ANTONELLY *et al*, 2018).

O diagnóstico da RCIU é dado de acordo com o peso do feto, quando o feto possui um percentil abaixo de 10 para a idade gestacional possui uma restrição do crescimento. Essa precisão da idade gestacional é obtida através da ultrassonografia obstétrica do primeiro trimestre (PRADO; SILVA; MENEZES, 2016).

Esse percentil de crescimento varia fisiologicamente de acordo com as

características da gestante, ou seja, seu peso, altura, origem étnica, paridade, condição nutricional e também outros tipos de fatores como diabetes, hipertensão, drogas dentre outras patologias (INFANTE; AVENDANO, 2015).

O diagnóstico no pré-natal é fundamental para o tratamento, pois os fetos que não foram identificados com a RCIU no período do pré-natal possuem um risco quatro vezes maior de ter problemas adversos quando comparados aos que diagnosticaram no período da gestação (PEREIRA *et al*, 2014).

A restrição de crescimento intrauterino pode ser classificada como RCIU grave, RCIU precoce e RCIU tardia, divididas assim de acordo com o grau de gravidade e idade de início da restrição. E suas causas apontam para fatores maternos, fetais e placentários (INFANTE; AVENDANO, 2015).

É importante a sistematização do cuidado para que ocorra uma assistência de enfermagem de qualidade, de acordo com os cuidados complexos que são necessários nos centros obstétricos. Usar abordagem calma e tranquila, oferecer apoio psicológico amenizando a ansiedade caracterizada pela preocupação dentre outros (PRADO; SILVA; MENEZES, 2016).

O acompanhamento do pré-natal é uma das atividades da enfermagem que tem como objetivo acompanhar a gestação, atendendo as suas necessidades e o desenvolvimento morfológico do feto desde o início da gravidez. Possui finalidade de identificação das doenças maternas que pode interferir na normalidade do feto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fetal e a detecção precoce dos fatores de risco que levam as complicações da gestação (BARATA, 2014).

Assim objetivou-se apresentar uma revisão bibliográfica acerca da Assistência de Enfermagem às gestantes com diagnóstico de RCIU. Analisar o que é a RCIU abordar as suas causas e fatores de risco, compreender o processo de diagnóstico e como ele acontece dentro do pré-natal de risco habitual, o tratamento e a assistência de enfermagem que deve ser realizado.

Por ser um assunto pouco discutido e de grande relevância, espera-se que o artigo atraia a atenção para o tema com o intuito de demonstrar a importância da assistência de enfermagem desde o diagnóstico ao tratamento de qualidade.

Portanto, diante de todas as informações prestadas será possível identificar as causas e fatores de risco que levam a essa restrição, compreender como acontece a assistência de enfermagem durante o pré-natal em gestantes e sua importância para a prevenção e diagnóstico precoce da RCIU.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem sistemática sobre a restrição do crescimento intrauterino (RCIU). A pesquisa bibliográfica feita para este trabalho baseou-se

em artigos científicos divulgados através das plataformas Scielo (ScientificElectronic Library Online), Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), MultiMed, PubMed, Google Acadêmico.

As buscas das publicações ocorreram com objetivo de identificar de forma explícita o conteúdo por meio das seguintes palavras-chaves: Assistência da enfermagem em casos de RCIU, o que é restrição do crescimento intrauterino, causas e fatores relacionados à RCIU, a importância da prevenção e do pré-natal, diagnóstico e tratamento da RCIU.

Foram selecionados 35 artigos nas bases de dados, entre os anos 2012 e 2021, onde 29 artigos foram incluídos, uma vez que apresentavam informações em acordo com o tema proposto.

3 I RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO (RCIU)

A RCIU é definida por fetos com percentil abaixo de 10 estimado pela ultrassonografia e são denominados pequenos para a idade gestacional. A RCIU pode ocorrer por condições maternas, fetais e placentárias, podendo aumentar o risco de morte fetal intrauterino, além de aumentar a morbidade e mortalidade de neonatos (GOMES, 2019).

O peso é um fator preditivo da mortalidade e morbidade perinatal, recém-nascido com peso baixo possui 20 vezes mais risco de morte. Esse baixo peso ao nascer pode ser causado pelo retardo do crescimento intrauterino, prematuridade ou pela junção de ambos (ALVES *et al*, 2015).

Essa definição inclui fetos saudáveis que mesmo com o percentil 10 não possui dano patológico, estes não podem participar da classificação da RCIU. É recomendado que houvesse uma classificação de acordo com os parâmetros como medidas seriadas da biometria fetal, curva padrão para idade gestacional e a detecção do comprimento cabeça adequada para suspeitas de RCIU (JÉSUS *et al*, 2014).

A restrição do crescimento intrauterino pode ser classificada em RCIU grave, tardia e precoces divididas de acordo com o grau de gravidade e início da restrição. A RCIU grave é o feto que possui o peso ultrassonográfico abaixo do percentil 3, com níveis de morbimortalidade maior. A RCIU precoce se inicia antes da 32ª semana de gestação que pode ter relação com agravamentos de prematuridade, pré-eclâmpsia e complicações de nível placentário. Já a CIUR tardia é a mais comumente encontrada, se inicia a partir da 32ª semana de gestação, e está correlacionada com agravos placentários porém em menor escala que a CIUR precoce (INFANTE; AVENDANO, 2015).

Os feto com estimativa de peso abaixo do percentil 10 e acima do percentil 3 sem alteração no Dopple com morfologia normal e sorologia negativa são considerados PIG normal, porém aqueles com alterações na morfologia e sorologia positiva já e considerado um PIG com características para RCIU (CORDEIRO *et al*, 2020).

Existem dois tipos de RCIU que se diferenciam em Tipo 1 onde o conceito

apresenta-se simétrico, por causas internas e externas, é constituído por aproximadamente 15% dos casos de RCIU e possui taxas de mortalidade elevadas, acontece precocemente na gestação causando hiperplasia celular. O Tipo 2 o conceito apresenta-se assimétrico, o seu período cefálico e normal, porém a circunferência abdominal é abaixo do esperado (percentil 10), o que define a RCIU nesse caso é a intervenção tardia, esse tipo corresponde a 75% dos casos, caso típico de insuficiência de nutrição placentária (FELTRIN, 2016).

Uma porta de entrada para a identificação de restrição de crescimento intrauterino é o pré-natal, onde é realizado pelo enfermeiro uma assistência de qualidade para a gestante. No pré-natal é onde se realiza as etapas dos processos de enfermagem como levantamento de dados, diagnósticos, prescrição, implementação e evolução. O enfermeiro exerce como prática a anamnese, exame físico geral e específico (COSTA *et al*, 2014).

No acompanhamento do pré-natal as avaliações físicas podem indicar a RCIU, medir a altura uterina pode identificar o tamanho do feto, na ultrassonografia podemos identificar o peso estimado do feto que pode estar abaixo do esperado. Uma forma simples de verificar o tamanho do feto é medir do fundo do útero até a pube, e o ultrassom além de avaliar o tamanho da cabeça, abdômen e fêmur, pode avaliar também a quantidade de líquido amniótico (FETALMED, 2018).

Na consulta de enfermagem no pré-natal, pacientes identificadas com risco habitual devem ter suas consultas intercaladas ao médico, e em toda consulta deve ser avaliado o grau de risco gestacional, como exames físicos, histórico do paciente (se é fumante, alcoólatra, diabético, hipertenso, desnutrido, etc.). Ao identificar que a gestante pertence ao grupo de alto risco, o enfermeiro deve encaminhá-la ao atendimento médico, e se o atendimento tiver uma demora significativa o profissional de enfermagem deve encaminhá-lo diretamente ao serviço de referência (CASTRO *et al*, 2020).

3.1 Causas e Fatores de Risco Relacionado à RCIU

Podemos dividir as causas e fatores de risco da restrição do crescimento intrauterino em fatores maternos, fatores fetais e fatores placentários (INFANTE; AVENDANO, 2015).

| | |
|----------------------|---|
| FATORES FETAIS | Genéticos: A presença da anormalidade no cromossomo (normalmente inclui a trissomia 18 ou 13) pode desenvolver restrição de crescimento intrauterino. Gestação múltipla: o processo de nutrição diminui por fatores ambientais por se tratar de gestações múltiplas. |
| FATORES PLACENTARIOS | Lesões macroscópicas e histológicas: falta nutricional e de oxigenação comprometem o RCIU. |

| | |
|---------------------|---|
| FATORES MATERNOS | <p>Redução do fluxo sanguíneo para o útero: causado pelo desenvolvimento defeituoso, pela obstrução e pelo rompimento dos vasos uteroplacentários.</p> <p>Ingestão calórica diminuída: mulheres com baixo peso, ou que não conseguem absorver nutrientes tendem ao quadro de RCIU.</p> <p>Hipoxemia: pouco oxigênio para os tecidos, doenças como pulmonares, anemia severa, cardíaca, estão associados a restrição do crescimento fetal.</p> <p>Doenças hematológicas e imunológicas: doenças hematológicas causam trombose da placenta, e doenças autoimunes causam inflamação da placenta, que podem gerar subnutrição fetal e hipóxia.</p> <p>Uso de drogas e tabagismo: os usos de drogas podem causar por um efeito tóxico direto ou indireto a restrição de crescimento intrauterino.</p> <p>Toxinas: medicamentos podem causar a restrição do crescimento.</p> <p>Tecnologias de reprodução assistida: as tecnologias de reprodução aumentam o risco de baixo peso fetal.</p> |
|---------------------|---|

Tabela 2 - Fatores de risco relacionado à RCIU

Fonte: Revista chilena de obstetrícia e ginecologia (2015, pg. 04).

Entre as causas mais comuns de RCIU estão déficit no transporte de nutrientes e oxigênio para o feto, condições socioeconômicas maternas e culturas precárias, doença vascular crônica, condições nutricionais maternas, acesso ao pré-natal, tabagismo, aborto de repetição, pré-eclâmpsia, síndromes genéticas e infecções (SILVEIRA INACIO *et al*, 2020).

3.2 Importância do Pré Natal

O pré-natal é definido como um conjunto de ações preventivas, promotoras de saúde, diagnóstica e curativa que visam garantir uma qualidade de assistência e bom resultado da gestação, parto e do desenvolvimento do feto (LEAL *et al*, 2020).

A assistência no pré-natal e no parto é fundamental para a redução da mortalidade e complicações durante a gestação. Entretanto existe uma baixa qualidade e garantia do serviço em algumas regiões que acaba implicando na saúde do feto e da mãe (ALVES *et al*, 2015).

O pré-natal é importante para o diagnóstico da RCIU, pois existe uma limitação de tratamento para essa restrição assim se faz necessário um acompanhamento e identificação precoce. Os fetos que não foram diagnosticados no período do pré-natal apresentavam um quadro de risco quatro vezes maior de intercorrências adversas quando comparados aos que foram diagnosticados durante a gestação (PEREIRA *et al*, 2014).

A OMS recomenda que seja feita no pré-natal no mínimo 6 consultas na gestação e que sempre sejam iniciadas no primeiro trimestre. A frequência do pré-natal possibilita um acompanhamento do crescimento intrauterino além de diminuir as taxas de morbimortalidade (ALVES *et al*, 2015).

Pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil o acompanhamento

do pré-natal é regulamentado e o enfermeiro possui autoridade para prestar assistência em uma das práticas de grande importância dentro da atenção básica. É um momento em que o enfermeiro avalia todo o estado de saúde da gestante, compreendendo todas as mudanças vivenciadas em todos os contextos social, emocional e fisiológico (BARATA, 2014).

As consultas devem ser acompanhadas da realização de testes de diagnóstico laboratorial de exames de rotina, checagem de vacinas, oferecer suplemento e vitaminas, além de tratamentos medicamentosos para intercorrências identificadas. Importante que todos os procedimentos sejam registrados na caderneta para uma referência e contrarreferência no momento do parto (LEAL *et al*, 2020).

A avaliação de risco deve ser feita em todas as consultas do pré-natal, ou seja, de maneira contínua. A RCIU deve ser manejada pela Atenção Primária em Saúde encaminhada para a consulta da própria unidade, sem necessidade de intervenção de outros profissionais (JUSTINO *et al*, 2020).

Alterações fetais como a restrição do crescimento intrauterino indica uma necessidade maior e urgente de encaminhamento para o pré-natal de alto risco. O encaminhamento deve conter todas as informações como idade gestacional, resultado de ecografia obstétrica e presença de comorbidades maternas (REGULASUS, 2019).

3.3 Diagnóstico e Tratamento

O enfermeiro exerce uma função primordial na identificação de anormalidades gestacional, essa identificação é feita a partir de exames obstétricos específicos como ausculta dos batimentos cardíacos fetais e a identificação da posição fetal. Esse rastreamento tem como finalidade evitar ou intervir precocemente nos danos gestacionais (BARATA, 2014).

Para que o crescimento uterino seja considerado dentro da normalidade, é necessário que o percentil seja 90 que é o limite considerado superior e já na RCIU o percentil 10 é considerado como limite inferior. Para que esses limites sejam examinados deve realizar a avaliação da São varias as maneiras de se identificar a RCIU, pode ser identificada por exames de ultrassonografia, a partir de avaliação de histórico obstetrícia, medida da altura uterina e pode ser realizada uma avaliação de dopplerfluxometria. O fluxo de Doppler é um procedimento que utiliza ondas sonoras para avaliar a quantidade e a velocidade do fluxo sanguíneo dentro dos vasos, no cordão umbilical e nos vasos cerebrais do bebê (CASTELLO *et al*, 2015).

A medida de fundo uterino possui 88% de precisão, avalia a altura do fundo uterino. Essa medida é importante, pois avalia as mudanças de desenvolvimento e o sofrimento fetal, sendo confiável após a 28ª semana da gestação. A quantidade de movimentos fetais também deve ser levada em conta, orientar sobre a percepção dos movimentos (MISODOR, 2020).

Testes que marcam alterações crônicas pode ser utilizados para realizar a avaliação do RCIU precoce. Esses testes estão inclusos o exame de Doppler das artérias umbilical, uterinas e cérebro médio que geralmente estão gradativamente alteradas. É possível identificar por meio do Doppler o aumento da pulsatilidade nas artérias uterinas. Com a continuidade dessa alteração o feto irá gastar mais energia na circulação placentária e acaba adequando a diminuição da taxa de crescimento (INFANTE; AVENDANO, 2015).

A finalidade desses procedimentos é identificar e diagnosticar corretamente, rastreando doenças advindas da gestação, acompanhando o crescimento e averiguar o tamanho do fundo uterino (CASTELLO *et al*, 2015).

Em casos de RCIU o estágio inicial é a compensação, durante o qual o Doppler não consegue detectar alterações cardiovasculares. Conforme o processo se deteriora, uma série de mudanças ocorrerá que pode ser detectada clinicamente. A medição do fluxo da artéria cerebral média é de grande valor para identificar e prever resultados perinatais insatisfatórios em casos de RCIU de início tardio. O risco de cesariana de emergência é 6 vezes maior no caso de um IP alterado em comparação à um IP normal (INFANTE; AVENDANO, 2015).

No diagnóstico clínico a altura uterina e a impressão clínica do tamanho fetal é o método mais comum por ser de baixo custo, possuir disponibilidade e ser um rastreamento simples. O ultrassom capaz de mostrar a melhor estimativa do tamanho do feto dado pela circunferência abdominal e pelo cálculo do peso fetal (DIAZ; QUINONES; VARGAS; COPPOLA, 2014).

A ultrassonografia determina corretamente a idade gestacional e sua margem de erro é de aproximadamente 3 a 4 dias. A determinação da relação do comprimento do fêmur e da circunferência abdominal, medida do volume de líquido amniótico e avaliação da prematuridade placentária são importantes na identificação do RCIU (MISODOR, 2020).

Para calcular o peso fetal deve seguir a fórmula de Hadlock que são utilizadas as medidas da circunferência abdominal, da cabeça e o comprimento do fêmur. É realizada a comparação dos pesos obtidos no ultrassom e as curvas de Hadlock e a partir disso é atribuído o percentil de cada medida (VALENTI *et al*, 2017).

Em comparação à fetos com peso suficiente durante a gravidez, as alterações da infusão placentária no início precoce da RCIU são mais óbvias no terceiro trimestre. Consequentemente, as alterações contínuas da artéria uterina no estágio final da gravidez têm um impacto negativo no desfecho da gravidez (INFANTE; AVENDANO, 2015).

Devido às possibilidades de tratamento intrauterino ser limitadas, o exercício obstétrico almeja o parto de um feto a tempo de evitar lesão por hipóxia e morte intrauterina. Em alguns casos o manejo será feito de acordo com as condições maternas visto que a RCIU está relacionada a fatores maternos (PEREIRA *et al*, 2014).

A antecipação do parto acontece quando a RCIU está confirmada e o há risco de morte intrauterina, a idade gestacional ultrapassou 32^o semanas e o feto está acima

de 1000g, quando não existem anomalias congênitas fetais e o risco de extração não ultrapassa o fetal (MISODOR, 2020).

Devido a RCIU os recém-nascidos com baixo peso ao nascer e pequenos para idade gestacional, possuem um risco 20 vezes maior de morte do que os recém-nascidos adequados para idade gestacional. Como não é possível tratar o RCIU, é imprescindível que o diagnóstico seja feito precocemente para que sejam detectados possíveis danos e complicações (FERNANDES *et al*, 2020);

3.4 Assistência de Enfermagem

A enfermagem possui um papel fundamental nas consultas da gestante, ela que orienta sobre a importância do acompanhamento no pré-natal. São realizadas sempre ações eficazes para que a gestante se sinta acolhida de forma ética e responsável, assegurando assim uma assistência de qualidade (DIAS *et al*, 2018).

Como o tratamento do RCIU não é possível é importante à realização precoce do diagnóstico. A consulta de enfermagem tem papel fundamental nesse processo com o objetivo de identificar agravos que acarretam complicações, diante disso se faz eficaz a elaboração de planos de cuidados e a implementação de planos de ações a fim de reduzir os riscos de mortalidade materna e neonatal (FERNANDES *et al*, 2020).

Por meio das ações desenvolvidas pelo enfermeiro é possível identificar intercorrências na gestação precocemente, e a partir disso acolher, monitorar e prestar uma assistência adequada e eficaz a essas gestantes que possuem gestação de alto risco (DIAS *et al*, 2018).

Uma consulta de pré-natal deve seguir um roteiro que é básico, realizar o atendimento levando em conta os aspectos sociais, antecedentes da gestante, epidemiológicos, ginecológicos, sexuais e obstétricos sempre com dados sobre a gestação atual. A solicitação de exames deve ser feita e o acompanhamento da gestante deve ser realizado de maneira integral (DIAS *et al*, 2018).

Os fatores importantes para tomada de decisão é a presença de oligodrâmnia, defeito congênito, idade gestacional, patologia materna, vitalidade e maturidade fetal. O acompanhamento dessa gestante será feito por uma equipe interdisciplinar e por especialista se necessário. Deve ser realizadas consultas individuais e em grupos até o momento do parto com as solicitações de exames que deverão ser realizados na própria unidade de saúde (FIOCRUZ, 2019).

É necessária e imprescindível a utilização de uma abordagem calma e tranquila, inserir a mulher grávida ao grupo de pessoas que obtiveram sucesso perante a condição da RCIU, além de oferecer apoio psicológico, estar aberto a ouvir e dialogar com a paciente a fim de tranquilizá-la e oferecer apoio (PRADO; SILVA, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto trabalho, foi possível ressaltar sobre a importância do pré-natal para um diagnóstico precoce e a realização de um manejo adequado. A restrição do Crescimento Interino que é a incapacidade do feto em alcançar o potencial máximo de crescimento possui causas e fatores que devem ser levados em conta a fim de evitar complicações maiores na gravidez e minimizar o risco de mortalidade materna e neonatal.

O enfermeiro possui um papel muito importante na assistência do pré-natal, pois é ele que acompanha todo o processo das consultas e rastreamento adequado de alterações durante a gravidez. O exame físico realizado com qualidade pelo enfermeiro pode identificar precocemente a restrição do crescimento intrauterino.

Essas identificações de alterações são feitas por exames obstétricos específicos, esses exames são importantes, pois a partir de uma suspeita como ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a identificação da posição fetal na ultrassonografia e o exame de Doppler podem classificar a RCIU como grave, precoce ou tardia.

É necessária melhor avaliação do enfermeiro na realização do exame físico obstétrico, tendo em vista que, por meio dele, será possível a identificação de alterações que possam ser trabalhadas de forma preventiva durante toda a gravidez, minimizando agravos a mãe e o filho.

Contudo, com base no referencial teórico adotado no estudo, foi possível notar que identificar e compreender em tempo hábil alguns fatores ligados a RCIU como fatores fetais, fatores placentários e fatores maternos **é de extrema importância**. A partir deles, é possível a criação de estratégias prévias que podem contribuir para redução das mortalidades materna e infantil, e prevenir sequelas irreversíveis. Para determinação da causa, a história clínica e exame físico devem ser realizados de forma detalhada, associados a ultrassonografia e exames laboratoriais. Entretanto, mesmo utilizando essa propedêutica, nem sempre é possível definir a causa.

Portanto, ao entender todo o processo de definição, causas, fatores, diagnóstico é possível identificar a importância da assistência de enfermagem no diagnóstico e na identificação precoce da RCIU, na realização e elaboração de planos de cuidados que se embasam no monitoramento contínuo e a importância de **hábitos saudáveis para** que ocorra uma gestação tranquila.

Outro parâmetro de extrema importância da RCIU é a ultrassonografia, pois além de identificá-lo, também pode monitorar a taxa de crescimento do feto e avaliar sua vitalidade. Por meio de dados biométricos, podemos não apenas detectar o crescimento intrauterino insuficiente, mas também suspeitar do seu tipo.

A realização deste estudo foi possível perceber o quanto **é fundamental** os conhecimentos acerca do assunto proposto, o profissionalismo e dedicação que deve ser colocado em prática pelos enfermeiros e toda equipe multidisciplinar garantindo uma

qualidade de assistência à todas as gestantes de alto risco. Todos os objetivos desta revisão bibliográfica foram atingidos, destacando-se a importância da consulta objetiva e assistência da enfermagem de qualidade para identificar possíveis agravos que podem levar ao RCIU e complicações a saúde da gestante e do feto.

REFERÊNCIAS

PEREIRA, Dailson D. S; MAGALHÃES, Alessandra L. C; JESUS, Nilson R; TRAJANO, Alexandre J. B. **Restrição de crescimento intrauterino**. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014;13(3):32-39. Acesso em: 08 de abril, 2021.

ANTONELLI, Jaqueline D. da S; NASCIMENTO, Camila S; MASCARENHAS, Carlos H; PEDROSO, Mariana A; MENICUCCI, Fernanda M; ZANOTTO, Lumena G. M. **As consequências da restrição decrescimento intrauterino na estrutura e fluxosanguíneo cerebral: uma revisão da literatura**. Revista Femina®. 2018; 46 (6): 352-359 Acesso em: 08 de abril, 2021.

INFANTE, Laura M. P; AVENDAÑO, Mónica A. B. **Restrição do crescimento intrauterino: uma abordagem para diagnóstico, acompanhamento e manejo**. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.6 Santiago Dez. 2015. Acesso em: 08 de abril, 2021.

MCCOWAN, Lesley M; FIGUERAS, Francesc; ANDERSON, Ngaire. **Diretrizes nacionais baseadas em evidências para o manejo de suspeita de restrição de crescimento fetal: comparação, consenso e controvérsia**. Publimed, fevereiro de 2018. Acesso em: 09 de abril, 2021.

INACIO, Quenya A, S; JUNIOR, Edward A; NARDOZZA, Luciano M. M; PETRINI, Caetano G; CAMPOS, Victor P; PEIXOTO, Alberto B. **Resultados perinatais de fetos com restrição de crescimento precoce, restrição de crescimento tardio, pequeno para a idade gestacional e adequada para a idade gestacional**. Revista Brasileira de ginecologia e obstetria, 03 de fevereiro de 2020. Acesso em: 9 de abril, 2021.

FERNANDES, Isadora R; SILVA, Lorena T; VIEIRA, Tatielle E. S; OLIVEIRA, Danielle da S; ROCHA, Renata L. P; HOFFMANN, Anatórcia M. **Aplicação do processo de enfermagem em um recém-nascido com baixo peso ao nascer**. Revista eletrônica evidencia % enfermagem; 27/ 10/ 2020. Acesso em: 9 de abril, 2021.

DIAZ, Lucia; QUINONES, Patricia; VARGAS, Diego; COPPOLA, Francisco. **Recém-nascidos jovens para a idade gestacional: sensibilidade do diagnóstico e seu resultado**. Horiz. Med. vol.14 no.2 Lima abr./jun. 2014. Acesso em: 17 de maio, 2021.

Liran Hirsch, MD; Nir Melamed, MD, MSc . **Fetal growth velocity and body proportion in the assessment of growth**. American journal of obstetricsgynecology 01 de fevereiro de 2018.

PRADO, Beatriz S; SILVA, Iza K. A. Pré-Eclampsia e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU): estudo de caso. Anais 2016: 18ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes. "A prática interdisciplinar alimentando a Ciência". 24 a 28 de outubro de 2016. ISSN: 1807-2518.

BERNACCHI, Claudia Fidelis. **O papel do Doppler da artéria cerebral média nos fetos com Crescimento Restrito Tardio**. Rev. Femina 2016; 44 (4): 224-232 Acesso em: 17 de maio, 2021.

CASTELLO, Carla M; BRAGATO, Nathalia; MARTINS, Iago; SANTOS, Tatyane V; BORGES, Naida C. **Ultrassonografia doppler colorido e doppler espectral para o estudo de pequenos fluxos.** ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.11 n.22; p. 2015.

VALENTI, Eduardo A; ÁVILA, Nicolás; AMENABAR, Sofía Amenabar; ZANUTTINI, Edgar; CRESPO, Horacio. **Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017:RCIU (Restricción del Crecimiento Intrauterino)**”. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2017.

GOMES, Julianna V. ACOG: **Saiba como manejar o crescimento intrauterino restrito. Portal Pubmed 18 março 2019.** JÉBUS, Nilson R; MAGALHÃES, Alessandra L. C; PEREIRA, Dailson D. S; TRAJANO, Alexandre J. B. **Restrição de crescimento intrauterino.** MARTINS, Diana R. S. **Restrição de Crescimento Intrauterino: Estado Da Arte Na Previsão e Prevenção.** Centro Hospitalar do Porto, 2015.

LEAL, Maria do C; PEREIRA, Ana P. E; VIELLAS, Elaine F; DOMINGUES, Rosa M. S. M; GAMA, Silvana G. N. **Assistência pré-natal na rede pública do Brasil.** Rev. Saúde Pública 54 20 Jan 2020.

BARATA, Julyana C. C. **A importância da percepção dos enfermeiros quanto à identificação precoce dos fatores de risco para as complicações gestacionais.** J ManagPrim Health Care 2014; 5(2):213-218. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/218/221>. Acesso em: 17 de maio, 2021.

Camila Caroline de Amorim Paival , Djacyr Magna Cabral Freirell. **Efetividade de Curso de Capacitação em Medida da Altura Uterina para enfermeiros e graduandos de Enfermagem.** Revista brasileira de enfermagem. Outubro de 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/09.pdf>. Acesso em: 19 de maio, 2021.

FREIRE, Djacyr M. C; CECATTI, José G; PAIVA, Cláudio S. M. A altura uterina é capaz de diagnosticar os desvios do volume de líquido amniótico?. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.35 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2013. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000200002. Acesso em 10 de maio, 2021.

Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU). FETALMED, 2018. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/restricao-de-crescimento-intra-uterino-rciu/> Acesso em: 19 de maio, 2021.

COSTA, Danyella Augusto Rosendo da Silva; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; LIMA, Layane Figueiredo Cavalcanti; MENDONÇA, Ana Elza de Oliveira; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. **Importância Do Exame Físico Da Gestante Na Consulta do Enfermeiro.** Revenferm UFPE on line., Recife, 8(6):1502-9, jun., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9838/10039> Acesso em: 19 de maio, 2021.

MARTINS, Ana C. M; FURASTÉ, Elisa E; OLIVEIRA, Elise B; ARLINDO, Ellen M; RECH, Milena R. A; KATZ, Natan; SILVA, Rodolfo S; ROMAN, Rudi. **Protocolos de encaminhamento para Obstetricia (Pré-Natal de Alto Risco).** RegulaSUS, TelessaúdeRS-UFRGS 2019, Porto Alegre RS. Acesso em: 21 de maio, 2021.

MISODOR. Crescimento intra-uterino retardado. 10 08 2006, REVISADO EM 28 12 2020. Disponível em: <https://www.misodor.com.br/CIUR.php>. Acesso em: 20 de maio, 2021.

FIOCRUZ. **Realizar consulta de pré-natal de alto risco. Fiocruz IFF/RJ, 2019. Disponível em:** <https://portal.fiocruz.br/servico/realizar-consulta-de-pre-natal-de-alto-risco-fiocruz-iff-rj> . Acesso em: 20 de maio, 2021.

LUCENA, Aline F; FEITOSA, Francisco E. L; VELA, Henry W; PAIVA, Jordana P. **Protocolo clinico, restrição do crescimento intrauterino.** EBSEH, 2020.. Acesso em: 21 de maio, 2020.

CAPÍTULO 6

AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA DETECÇÃO PRECOCE E EVOLUÇÃO DE CÂNCER: REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 01/11/2021

Isabel Cristina Borges de Menezes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2764599930685746>

Yuri Borges Bitu de Freitas

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1656337426176041>

Joaquim Ferreira Fernandes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1267148641359214>

Laura Feitoza Barbosa

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/9080184497805092>

Andressa Morgado Parreira

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0988499169563355>

Ilvair Antônio Freitas Guimarães Júnior

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4493733520463058>

Cid de Lana Leão

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6069313473212203>

Alaor Cabral de Melo Neto

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6257018520838308>

João Pedro Carrijo Cunha Câmara

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3093164206933218>

Mariana de Oliveira Andrade

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0703185912487269>

Júlia Raquel Silva do Ó

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7262092512967602>

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4256300529988960>

RESUMO: INTRODUÇÃO: As consequências da pandemia no rastreamento, detecção precoce e evolução do câncer é um importante problema para os próximos anos, tendo em vista o direcionamento do sistema de saúde para o combate à pandemia e a necessidade de isolamento social, que culminou no adiamento de atendimentos eletivos, devido à exposição dos pacientes e dos profissionais de saúde à COVID-19. OBJETIVOS: Este estudo objetivou realizar uma revisão acerca da influência da pandemia no rastreio e evolução dos diversos

tipos de câncer. **METODOLOGIA:** Revisão sistemática da literatura com artigos selecionados nas bases de dados: PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, IBICS e MedLine), com os descritores: “*early detection of cancer AND (social isolation OR coronavirus infections OR 2019 novel coronavirus pandemic)*”, “*early detection of cancer AND COVID-19*”. Foram identificados 169 artigos e, após a sistematização, incluídos na análise qualitativa, 31 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os estudos concordaram que durante a pandemia houve queda significativa do número de paciente em busca de exames ou consultas médicas eletivas, além da diminuição na quantidade de pacientes em tratamento oncológico, no volume de cirurgias para câncer, na admissão por diagnósticos relacionados ao câncer, rastreamento e acompanhamento da evolução do câncer. Foi observado que os pacientes oncológicos têm evitado procurar o serviço médico e estão, por vezes, em abandono de tratamento, e que há uma queda de novos diagnósticos, o que pode culminar em diagnósticos tardios e, portanto, pior prognóstico. **CONCLUSÃO:** Pode-se prever uma “epidemia” de cânceres, nos próximos anos, devido ao atraso dos diagnósticos, e faz-se necessário, com urgência, o estabelecimento de alternativas e protocolos de rastreio, diagnóstico e manejo dessas doenças, para que os danos causados pela pandemia sejam minimizados.

PALAVRAS-CHAVE: SARS-CoV-2; Câncer; Diagnóstico precoce; Rastreamento; COVID-19.

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** The consequences of the pandemic in the screening, early detection and evolution of cancer is an important problem for the coming years, given the direction of the health system to fight the pandemic and the need for social isolation, which culminated in the postponement of elective care, due to the exposure of patients and health professionals to COVID-19. **OBJECTIVES:** This study aims to carry out a review of the influence of the pandemic on the screening and evolution of different types of cancer. **METHODOLOGY:** Systematic literature review with selected articles in the databases: PubMed and Virtual Health Library (Lilacs, IBICS and MedLine), with the descriptors: “*early detection of AND cancer (social isolation OR coronavirus infections OR coronavirus pandemic 2019)* ”, “*Early detection of cancer AND COVID-19* ”. 169 articles were identified and, after systematization, 31 articles were included in the qualitative analysis. **RESULTS AND DISCUSSION:** The studies agreed that during the pandemic there was a decrease in the number of patients seeking exams or elective medical appointments, in addition to a decrease in the number of patients undergoing cancer treatment, in the volume of cancer surgeries, in admission for diagnoses related to the cancer, tracking and monitoring the evolution of cancer. It was observed that cancer patients have avoided seeking medical care and are sometimes abandoning treatment, and that there is a decrease in new diagnoses, which can lead to late diagnoses and, therefore, a worse prognosis. **CONCLUSION:** An “epidemic” of cancers can be predicted in the coming years, due to the delay in diagnoses, and it is urgently necessary to establish alternatives and protocols for screening, diagnosis and management of these diseases, so that the damage caused by the pandemic is minimized.

KEYWORDS: SARS-CoV-2; Cancer; Early diagnosis; Tracing; COVID-19.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia, de 2019 e 2020, causada pelo vírus SARS-CoV-2, tem gerado importantes consequências econômicas, sociais, políticas e culturais, em todo o mundo. Devido à alta transmissibilidade e gravidade da doença, os sistemas de saúde pública e privada ficaram sobrecarregados, havendo a necessidade de realocação de recursos e profissionais, na tentativa de impedir o avanço e os agravos da doença (MAZZONE *et al.*, 2020). Com toda a atenção e os recursos direcionados ao combate da COVID-19, o rastreamento e tratamento das demais enfermidades, em especial os cânceres, foram comprometidos. Além disso, foi necessário que os médicos e centros de saúde avaliassem o risco entre a exposição dos pacientes e dos profissionais de saúde à COVID-19 e os riscos ao adiarem os atendimentos eletivos. Dessa forma, as consequências da pandemia no rastreamento, detecção precoce e evolução do câncer pode se mostrar um grande problema nos próximos anos, prejudicando o prognóstico da doença (FREER *et al.*, 2021; LONDON *et al.*, 2020).

O rastreamento e o diagnóstico de câncer colorretal (CCR), na Itália, é realizado de forma sequencial, a cada dois anos, em pacientes com idades entre 50 e 69 anos, por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes. Após o rastreamento, com base nos achados da colonoscopia, o paciente é encaminhado à cirurgia ou de volta ao rastreamento. Durante a pandemia, houve redução de 46,6% nos casos de CCR (BLANCO *et al.*, 2020; FERRARA *et al.*, 2021). Nos EUA, não há programas para o rastreamento do CCR, sendo necessária uma consulta ao médico para a realização da colonoscopia e, devido à pandemia, houve redução de 86% dessa investigação. Na Inglaterra, em abril de 2020, houve redução de 92% no número de colonoscopias (GORIN *et al.*, 2021; SHAUKAT *et al.*, 2020).

No Brasil, o rastreamento de câncer de mama, preconizado pelo Ministério da Saúde, baseia-se na realização da mamografia. Dessa forma, como método de rastreamento, o Ministério da Saúde recomenda que a mamografia seja realizada a cada dois anos, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade. Além disso, é fortemente recomendado que as mulheres tenham atenção aos sinais e sintomas que podem alertar quanto ao câncer de mama, principalmente, a presença de nódulos mamários e descarga papilar sanguinolenta unilateral, a fim de realizar a detecção precoce da doença (SANTOS *et al.*, 2016). Neste contexto, se baseando no atual cenário pandêmico, estudos mostraram que, nos EUA, a realização de exames de imagem, para câncer de mama, sofreu interrupções e adiamentos (FREER *et al.*, 2021), ocasionando redução de 58% no número de mamografias, em março de 2020, enquanto, em abril de 2020, a queda foi de 99%, reduzindo drasticamente o rastreamento e detecção do câncer de mama, em mulheres assintomáticas (SONG *et al.*, 2021). Na Holanda, o número de mamografias, entre as mulheres elegíveis ao programa de rastreamento (50 a 74 anos), sofreu leve queda durante a pandemia, já entre aquelas inelegíveis (<50 e >74 anos), a redução foi significativa (DINMOHAMED *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o diagnóstico e o rastreamento de câncer do colo de útero, no Brasil, são realizados pelo exame citopatológico, o exame de Papanicolau, que deve ser oferecido às mulheres, com idade entre 25 e 64 anos, e que já tiveram atividade sexual. A detecção precoce do câncer e, em alguns casos, a prevenção da doença, por meio de rastreamento, são a melhor modalidade de método eficaz para diagnosticar, tratar e curar o câncer. Entretanto, na situação de pandemia da COVID-19, os dados revelaram que as consultas de triagem para câncer de colo do útero, em março de 2020, diminuíram em 86 a 94%, em comparação com os volumes médios em anos anteriores e tempos comparáveis.

2 | OBJETIVOS

Avaliar as consequências da pandemia, por SARS-CoV-2, no rastreamento, diagnóstico e evolução dos diversos tipos de cânceres, na população mundial de forma geral.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. O problema da pesquisa foi determinado pela estratégia PICO, com a elaboração do seguinte questionamento: “Em pacientes com câncer, a pandemia do novo coronavírus influenciou de que forma no rastreio e na evolução da doença?”.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram selecionados todos os artigos escritos nos idiomas inglês, português e espanhol, completos, indexados, que estavam relacionados às consequências da pandemia, no rastreio e na evolução do câncer, independentemente da idade e do gênero, e que foram publicados entre março de 2020 e março de 2021. Foram excluídos os artigos duplicados e aqueles que divergiam do objetivo do estudo.

Foi realizada estratégia de busca nas bases de dados: PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, IBICS e MedLine), com os descritores: “*early detection of cancer AND (social isolation OR coronavirus infections OR 2019 novel coronavirus pandemic)*”, “*early detection of cancer AND COVID-19*”. A última busca foi realizada em março de 2021.

Foram identificados 169 artigos. Destes, 71 foram excluídos por estarem duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos, 73 foram excluídos por não atenderem o objetivo deste estudo. Finalmente, foram incluídos, na análise qualitativa, 25 artigos que fizeram parte desta revisão sistemática.

4 | RESULTADOS

Diante dos dados levantados, ficou evidente que a pandemia da COVID-19 trouxe consequências negativas para o diagnóstico, tratamento e evolução dos cânceres em geral, mesmo com a heterogeneidade terapêutica desse acometimento. Os estudos revisados entravam em consenso, em relação à vigência da pandemia, pois evidenciaram queda

significativa do número de paciente em busca de exames ou consultas médicas eletivas, ocasionando, dessa maneira, diminuição no diagnóstico precoce, rastreamento, tratamento e acompanhamento da evolução dos mais variados tipos de câncer. No Reino Unido, ao comparar o mês de abril de 2019 com o de 2020, observou-se queda de 64% da incidência de câncer. Já nos EUA, comparando o mesmo período, a queda correspondeu a 74% (LONDON et al., 2020).

Um estudo demonstrou diminuição percentual, em relação a procura por exames e a realização dos tratamentos de câncer, principalmente, após março de 2020, mês em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou pandemia global. No entanto, em locais em que houve estabilização do número de contágios, os aspectos voltados para o diagnóstico, evolução e tratamento, começaram a se normalizar, mas, mesmo assim, ainda apresenta percentuais baixos. Nos EUA, em abril de 2020, em comparação com fevereiro do mesmo ano, ocorreu queda de, respectivamente, 90%, 87%, 83%, 60% e 39%, nos exames de colonoscopia, mamografia, exame de Papanicolau, teste de PSA e tomografias, enquanto as admissões em ambulatórios diminuíram mais de 50% (YEKEDÜZ et al., 2020).

Em relação ao câncer de mama, a pandemia não somente dificultou o acesso ao diagnóstico, rastreamento e tratamento, como também levou ao aumento no número de mortes. Nos EUA, em julho de 2020, registrou aumento de 85% nos casos em comparação com o ano anterior (PATT et al., 2020). Quanto aos exames padrão para detecção do câncer de mama, o Serviço Nacional de Saúde (NHS), que é o sistema de saúde pública britânico, registrou queda de 89,2%, em maio de 2020, quando comparado com maio de 2019 (VOSE et al., 2020), enquanto, nos EUA, houve queda progressiva entre os meses de março e abril, quando registrou a maior queda, de 99%, nas mamografias de rastreio de câncer de mama (SONG et al, 2021). Em relação ao aumento de mortes, por câncer de mama, em até 5 anos, a partir do diagnóstico, durante a pandemia, o Reino Unido registrou aumento de 7,9 a 9,5%, no período de março a maio de 2020, em relação a ano anterior (VOSE et al., 2020).

Na avaliação dos cânceres de próstata e colorretal, houve preocupantes baixas em suas taxas de diagnóstico, rastreamento e tratamento durante a pandemia. No pico da pandemia, nos Estados Unidos, no mês de abril, foi registrada queda de 75% e 74%, respectivamente, nos exames para câncer de próstata e de cólon, em relação ao ano de 2019 (PATT et al., 2020). No Reino Unido, os exames de câncer colorretal caíram 84,5%, até maio de 2020 (VOSE et al., 2020); vale ressaltar que os britânicos também perceberam que os novos diagnósticos de acesso rápido caíram em torno de 3 a 4%, o que pode ter acarretado a retirada de pacientes de alto risco da rede de rastreamento, durante esse tempo (LIYANAGE et al., 2020). Já nas regiões Norte e Central, da Itália, constatou-se redução de 46,6% nos diagnósticos de câncer colorretal e queda de 45% no diagnóstico de câncer de próstata, no ano de 2020, em comparação com 2019 e 2018 (FERRARA et al., 2021).

Sobre os resultados do câncer de pulmão, houve, também, considerável queda no percentual de diagnóstico, tratamento e monitoramento, além de apresentar aumento no número e percentual de mortes, durante a pandemia do SARS-CoV-2. Essa neoplasia foi uma das mais impactadas por conta de sua apresentação sintomática semelhante à da COVID-19 e por seu tratamento, algumas vezes, depender de equipamentos também utilizados no tratamento do coronavírus (LEONG et al., 2020). Nos EUA, houve redução de 56% dos diagnósticos de câncer de pulmão, em abril de 2020, mês do pico da pandemia no país (PATT et al., 2020). Já no Reino Unido, o NHS registrou queda de 46,8% nos diagnósticos desse câncer no mesmo período (VOSE et al., 2020). Vale ressaltar que o NHS também constatou aumento de 4,8 a 5,3% nas mortes, por câncer de pulmão, no mês de abril de 2020, em relação a abril de 2019 (VOSE et al., 2020). Além disso, antes da pandemia, o câncer de pulmão era o principal causador de mortes, por tumores malignos, no mundo, posto que continuou sendo dele, visto que, antes da pandemia, a mortalidade correspondia a 11,6% dos óbitos e agora representa 18,4% dos óbitos, por tumores malignos (LEONG et al., 2020).

O câncer de colo de útero teve, principalmente, seu diagnóstico comprometido devido à mudança de hábitos advinda da pandemia. O exame de Papanicolau, que é o principal exame preventivo do câncer de colo de útero, teve sua execução reduzida. Sendo assim, nos Estados Unidos, ao sul da Califórnia, entre as mulheres de 21 a 29 anos, a taxa de rastreamento da citologia cervical, por mês, teve redução de 78%, enquanto, na faixa etária de 30 a 65 anos, essa redução foi de 82% (MILLER et al., 2020), dificultando assim o diagnóstico e rastreio do câncer de colo de útero.

Estudos do câncer de endométrio concluíram redução de 41% dos seus diagnósticos, na Califórnia, no período do mês de abril de 2020, comparado com 2019 (SUH-BURGMMANN et al., 2020); o câncer de bexiga teve redução de diagnóstico de 43,6% (FERRARA et al., 2021), no Norte e centro da Itália, em 2020, se comparado com os dois anos anteriores; os diagnósticos de melanoma tiveram redução de 61,7%, em abril 2020, segundo dados do NHS (PATT et al., 2020). Isso prova que a situação pandêmica afeta, negativamente, o rastreio, a descoberta e a terapêutica nos mais diversos locais e para os mais variados tipos de câncer. Além do aumento da mortalidade, por câncer, devido à dificuldade de identificação de novos pacientes, houve atraso ou paralização do acesso aos cuidados e jornadas terapêuticas (PATT et al., 2020), levando, por exemplo, ao aumento de 1,5 a 16,6% nas mortes, por câncer colorretal, no Reino Unido (VOSE et al., 2020). Por fim, diante dos fatores supracitados, percebeu-se que os cânceres, em geral, tiveram seu diagnóstico, rastreamento e tratamento prejudicado pela pandemia da COVID-19.

5 | DISCUSSÃO

Os sistemas de saúde, em meio à pandemia da COVID-19, estão sob enorme pressão e a prática clínica padrão foi interrompida, em todo o mundo, de forma que os cuidados paliativos e de apoio para o câncer, como, por exemplo, o de mama, foram afetados, negativamente, sendo esses aspectos reforçados e confirmados em estudos, no Reino Unido e nos Estados Unidos (SHAUKAT *et al.*, 2020). Sendo assim, a manutenção de altos padrões de atendimento, aos pacientes oncológicos, configura-se como grande desafio, durante a pandemia. Além de lidar com a escassez de profissionais da saúde, equipamentos de proteção e leitos, os pacientes e especialistas em câncer enfrentam consequências não conhecidas no que tange a modificações nos tratamentos-padrão implementadas durante a pandemia, buscando mitigar os riscos e as consequências da infecção pelo vírus.

Em relação aos cânceres de próstata e colorretal (CCR), os Estados Unidos, no mês de abril de 2020, registrou uma queda de 75% e 74%, respectivamente, em suas taxas de diagnóstico, rastreamento e tratamento (BLANCO *et al.*, 2020). De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o CCR é a terceira maior causa de câncer, sendo o terceiro tumor maligno mais frequente, em homens, e o segundo, em mulheres. Em relação à mortalidade, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, o CCR é a quarta causa de morte por câncer, em homens, e a terceira causa em mulheres. Já o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum, entre homens, no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em ambos os sexos, em valores absolutos, é considerado o segundo tipo de câncer mais comum, atrás do câncer de pulmão.

O CCR, como o câncer de mama, tem cura se detectado em estágios precoces da doença. Inicialmente, a maioria desses cânceres são assintomáticos, retardando o diagnóstico e o tratamento. Por isso, o rastreio, em pessoas maiores de 50 anos, tem grande importância na detecção e remoção de lesões precursoras ou até na detecção do câncer, numa fase precoce. Sendo que quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, melhor será a sobrevivência (DINMOHAMED *et al.*, 2020).

Sobre o câncer de pulmão, também houve considerável queda no percentual de diagnóstico, tratamento e monitoramento, além de apresentar aumento no número e percentual de mortes, durante a pandemia do SARS-CoV-2 (LEONG *et al.*, 2020). Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) demonstram que o câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos do mundo; apresenta um aumento de 2% ao ano, na sua incidência mundial, e soma, anualmente, cerca de 1,2 milhões de casos novos (INCA, 2016).

Nos últimos anos, foi realizado um estudo com tomografias computadorizadas de baixa dose, em pessoas com maior risco de contrair câncer de pulmão. Essas tomografias

permitted diagnostic abnormal areas in the lungs, which could be cancer. This study showed that the use of imaging of tomographies, in screening, in people with higher risk of developing lung cancer, saved more lives in comparison to chest radiographs. For the people in the risk group, the realization of annual imaging exams, with computerized tomographies of low dose, before the start of symptoms, reduced the risk of death, for lung cancer (LEONG *et al.*, 2020).

In general, in the comparison of volume parameters of patients, before and after the COVID-19 pandemic, in oncology centers, a significant decrease was observed in the number of patients in search of exams and elective medical consultations. Since this decrease was also noted in the number of patients in oncological treatment, in the volume of surgeries for cancer, in admission for diagnostics related to cancer, screening and follow-up of cancer evolution. In this way, it was observed that oncology patients have avoided seeking medical service and are, at times, in abandonment of treatment, being able to evolve with a poor prognosis of the disease. It is perceived, also, that we are in a decrease of new diagnostics, since patients, also, have abandoned screening, which can culminate in late diagnostics and already with a worse prognosis, being able to observe an increase in mortality, in the coming years.

6 | CONCLUSÃO

It is evident, therefore, the enormous impact caused by the COVID-19 pandemic, in the course of various cancers, both currently, due to the increase in the number of deaths compared to previous years, and in the future, taking into account the sharp decrease in the number of screening and diagnosis of the disease, preventing early diagnosis and the establishment of measures that improve the prognosis of individuals. It is of extreme importance that the alarming rates observed, in various studies, in different countries, be emphasized and problematized, in the general community and health professionals. In this way, it can be expected an “epidemic” of cancers, in the coming years, due to the delay in diagnostics, and it is necessary, with urgency, the establishment of alternatives and screening, diagnostic and management protocols of these diseases, so that the damage caused by the pandemic be minimized.

REFERÊNCIAS

MAZZONE, P. J. *et al.* Management of Lung Nodules and Lung Cancer Screening During the COVID-19 Pandemic: CHEST Expert Panel Report. **Chest**, v. 158, n. 1, p. 406–415, 2020.

FREER, P. E. The Impact of the COVID - 19 Pandemic on Breast Imaging. **Radiol Clin N Am** 59, v. 59, n. January, p. 1–11, 2021.

LONDON, J. W. *et al.* Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. **JCO Clinical Cancer Informatics**, n. 4, p. 657–665, 2020.

BLANCO, Giovanna del Vecchio *et al.* The impact of COVID-19 pandemic in the colorectal cancer prevention. **International Journal Of Colorectal Disease**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 1951-1954, 4 jun. 2020. Springer Science and Business Media LLC.

GORIN, Sherri N. Sheinfeld *et al.* The future of cancer screening after COVID-19 may be at home. **Cancer**, [S.L.], v. 127, n. 4, p. 498-503, 10 nov. 2020. Wiley.

JONES, Daniel *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. **The Lancet Oncology**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 748-750, jun. 2020. Elsevier BV.

PATT, Debra *et al.* Impact of COVID-19 on Cancer Care: how the pandemic is delaying cancer diagnosis and treatment for american seniors. **Jco Clinical Cancer Informatics**, [S.L.], n. 4, p. 1059-1071, nov. 2020. American Society of Clinical Oncology (ASCO).

AL-MAWERI, Sadeq Ali *et al.* Impact of COVID-19 on the early detection of oral cancer: a special emphasis on high risk populations. **Oral Oncology**, [S.L.], v. 106, p. 104760, jul. 2020. Elsevier BV.

DINMOHAMED, Avinash *et al.* The impact of the temporary suspension of national cancer screening programmes due to the COVID-19 epidemic on the diagnosis of breast and colorectal cancer in the Netherlands. **J Hematol Oncol.**, [S. I.], p. 147, 4 nov. 2020.

M. VOSE, Julie. Delay in Cancer Screening and Diagnosis During the COVID-19 Pandemic: What Is the Cost?. **ONCOLOGY**, [s. I.], v. 34, ed. 9, 22 set. 2020.

PENG, Sze-Min *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on a population-based breast cancer screening program. **Cancer**, ACS Journals, v. 126, ed. 24, p. 5202-5205, 15 dez. 2020.

SUH-BURGMANN, Elizabeth J. *et al.* Endometrial Cancer Detection During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 136, n. 4, p. 842-843, 20 jul. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

CARETHERS, John M. *et al.* Disparities in Cancer Prevention in the COVID-19 Era. **Cancer Prevention Research**, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 893-896, 17 set. 2020. American Association for Cancer Research (AACR).

SHAUKAT, Aasma *et al.* Colorectal cancer screening in the USA in the wake of COVID-19. **The Lancet Gastroenterology & Hepatology**, [S.L.], v. 5, n. 8, p. 726-727, ago. 2020. Elsevier BV.

YEKEDÜZ, Emre *et al.* A clinical dilemma amid COVID-19 pandemic: missed or encountered diagnosis of cancer?. **Future Oncology**, [S.L.], v. 16, n. 25, p. 1879-1881, set. 2020. Future Medicine Ltd.

MINUCCI A. *et al.*, BRCA testing delay during the COVID-19 pandemic: How to act?. **Mol Biol Rep**, v. 48, n. 1, p. 983-987, 2021.

LIYANAGE, A. S. D. *et al.* Stage migration of colorectal cancer during COVID-19 pandemic. **Journal of British Surgery**, v. 107, n. 11, p. e477-e477, 2020.

TSAI, Hwei-Yi et al. Effects of the COVID-19 pandemic on breast cancer screening in Taiwan. **The Breast**, v. 54, p. 52-55, 2020.

TAN, Ker-Kan; LAU, Jerrald. Cessation of cancer screening: An unseen cost of the COVID-19 pandemic?. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 46, n. 11, p. 2154-2155, 2020.

MORRIS, E. J. A. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. **The lancet. Gastroenterology & hepatology**, v. 6, n. 3, p. 199–208, mar. 2021.

SONG, H. *et al.* Disruptions in preventive care: Mammograms during the COVID-19 pandemic. **Health Services Research**, v. 56, n. 1, p. 95–101, 2021.

FERRARA, G. *et al.* Cancer diagnostic delay in northern and central Italy during the 2020 lockdown due to the coronavirus disease 2019 pandemic: Assessment of the magnitude of the problem and proposals for corrective actions. **American Journal of Clinical Pathology**, v. 155, n. 1, p. 64–68, 2021.

LEONG, Tracy L.. Delayed access to lung cancer screening and treatment during the COVID -19 pandemic: are we headed for a lung cancer pandemic?. **Respirology**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 145-146, 15 dez. 2020.

MILLER, M. J. *et al.* Impact of COVID-19 on Cervical Cancer Screening Rates Among Women Aged 21–65 Years in a Large Integrated Health Care System — Southern California, January 1–September 30, 2019, and January 1–September 30, 2020. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 70, n. 4, p. 109–113, 2021.

MANTELLINI, P. *et al.* Ritardi maturati dai programmi di screening oncologici ai tempi del COVID-19 in Italia, velocità della ripartenza e stima dei possibili ritardi diagnostici. **Epidemiologia e prevenzione**, v. 44, n. 56, p. 344–352, 2020.

CAPÍTULO 7

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Data de aceite: 01/11/2021

Martha Sabrina Barbosa Barreto

Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7843527868309022>

Ana Cecília Andrade Santana

Graduada em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2465275728211978>

Camila Andrade dos Santos

Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-8068518X>

Carolina Matos dos Santos

Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/464509057755485>

Maria Morgana Contreira Costa

Graduada em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9620602727729984>

Natália dos Santos Souza

Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-2714-0607>

Verônica Maciel Reis

Graduada em Fisioterapia, Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8363-9234>

Lidiane Carine Lima Santos Barreto

Docente no Centro Universitário Estácio de Sergipe, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4143445009945518>

RESUMO: Introdução: A qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças com necessidades especiais passam a ficar ameaçada devido à alta demanda de cuidados dessas crianças. É notável que a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores possa levar a um declínio na saúde dos mesmos e com isso comprometer a qualidade de vida, e isso reflete negativamente no bem-estar dos filhos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças especiais. Através da análise dos fatores físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambientes que influenciam na qualidade de vida dos cuidadores de crianças. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal. Foi aplicado o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da saúde (OMS), WHOQOL-BREF, foi realizado com 20 pais e cuidadores do Centro de Equoterapia da cidade de Lagarto/Se. **Resultados:** Do total de 20 pais de crianças portadora necessidades especiais, 70% dele avaliaram sua qualidade de vida geral como “regular”, 7% como “boa” e 23% como “necessita melhorar”. Com relação à qualidade de vida, o domínio psicológico obteve o escore mais alto, enquanto o domínio ambiental obteve o escore mais baixo. **Conclusão:** Com o resultado final dos dados obtidos foi identificado que os

pais e cuidadores participantes apresentaram qualidade de vida geral “regular”, apesar de cada cuidador ter suas características únicas.

PALAVRAS - CHAVE: Qualidade de vida, Cuidadores, Crianças com Necessidades Especiais.

ABSTRACT: Introduction: The quality of life of parents and caregivers of children with special needs becomes threatened due to the high demand for care for these children. It is noteworthy that the burden experienced by caregivers can lead to a decline in their health and thus compromise their quality of life, and this negatively reflects on the well-being of their children. **Objective:** To assess the quality of life of parents and caregivers of special children. Through the analysis of physical, psychological, social relationships and environmental factors that influence the quality of life of caregivers of children. **Method:** This is a cross-sectional observational study. The quality of life questionnaire of the World Health Organization (WHO), WHOQOL-BREF, was applied to 20 parents and caregivers of the Riding Therapy Center in the city of Lagarto/Se. Results: From a total of 20 parents of children with special needs, 70% of them rated their general quality of life as “fair”, 7% as “good” and 23% as “needs to improve”. Regarding quality of life, the psychological domain had the highest score, while the environmental domain had the lowest score. **Conclusion:** With the final result of the data obtained, it was identified that participating parents and caregivers had “regular” general quality of life, despite each caregiver having its unique characteristics.

KEYWORDS: Quality of life, Caregivers, Children with Special Needs.

1 | INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma criança especial na família provoca mudanças e adaptações, por conta da série de desafios e demandas de cuidados que essa criança necessita. Com isso, a qualidade de vida dos pais e cuidadores é alterada de forma repetitiva. A qualidade de vida é definida com a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A introdução do conceito qualidade de vida é importante para medidas de desfecho em saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Sabe-se que o cuidador sofre com uma sobrecarga, sendo assim sua saúde psicológica e física pode ser fortemente influenciado pelo comportamento da criança, pela demanda de cuidado, pela falta de apoio dos próprios familiares, questões financeiras, ter que diariamente lutar com o preconceito que ainda existe com essas crianças. Tudo gera um stress tanto psicológico, como físico. É notável que essa sobrecarga vivenciada pelos cuidadores pode levar um declínio na sua saúde e com isso comprometer sua qualidade de vida, isso reflete negativamente no bem-estar dos filhos (SOUZA; CASTELLI, et al., 2018)

O instrumento de coleta de dados foi a versão abreviada e em português da WHOQOL-BREF (ANEXO), com duração de aplicação de cerca de 30 minutos e é constituído de 26 perguntas (sendo número 1 e 2 sobre qualidade de vida geral), as respostas seguem uma Escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação menor a qualidade de vida),

o instrumento tem 24 facetas as quais compõe 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para ser realizado deve-se informar que circule a opção que mais seja apropriada, tomando referência as duas últimas semanas. (FLECK, XAVIER, CHACHAMOVICH, VIEIRA, et al.,2000).

Há vários fatores que interferem nessa qualidade de vida e uma delas que acarreta mais prejuízo no fator psicológico é a falta de apoio a esses cuidadores e orientação de qual o melhor caminho ou forma de cuidar dessas crianças. (BARBOSA; FERNANDES, 2009). É notório que quando essas crianças tem um atendimento adequado, suporte apropriado e cuidados específicos elas conseguem ter uma melhor independência e assim minimiza a sobrecarga dos seus respectivos cuidadores, pois vale ressaltar que as alterações na qualidade de vida dos pais estão diretamente relacionadas a diferentes fatores como: a aceitação da deficiência do filho, a forma como os pais recebem a notícia, a dificuldade de acesso a informações e alterações das rotinas de vida diária, isso gerando um grande processo de estresse na vida de pais/cuidadores. A partir disso sugere-se que o profissional de saúde comece a traçar estratégias para reverter esse quadro de sobrecarga, e proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pais/cuidadores, para que esse declínio na qualidade de vida não interfira na evolução dos tratamentos dos seus filhos (MAGAZONI, et al., 2015).

Portanto, a motivação de realizar esta pesquisa partiu da observação da necessidade de um olhar mais humanizado dos profissionais de saúde para a qualidade de vida desses pais, e não somente incluir o seu tratamento com a criança com necessidades especiais e esquecer do seu principal aliado para uma evolução satisfatória que é o pai/cuidador dessa criança, pois o reconhecimento do mesmos são essenciais para a área da saúde. Foi observado uma escassez de pesquisas sobre qualidade de vida desses pais/ cuidadores. Diante deste contexto, o objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida de pais/ cuidadores de crianças especiais. Investigando os fatores físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambientes que influenciam na qualidade de vida dos cuidadores de crianças.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças especiais.

2.2 Objetivos Específicos

Investigar os quatro domínios físicos: fatores físicos (desconfortos, energia, atividades de vida diária, sono, capacidade de trabalho, medicamentos), Psicológicos (sentimentos, auto-estima, espiritualidade, concentração, aparência), Relações sociais (apoio, relações sexuais, relações pessoais), e meio ambiente (segurança, transporte, situação financeira, lazer, cuidados com a saúde, ambiente em que vive).

3 | MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo observacional transversal.

3.2 Amostra

O cenário deste estudo foi o Centro de Equoterapia situado no Parque de Exposição Paulo Nicolau Almeida, localizado na Av. Brasília, s/n- Centro, Lagarto – Se, Cep 49400- 000. A pesquisa foi realizada com pais e cuidadores de crianças com necessidades especiais.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi incluído na pesquisa pais e cuidadores que tinham filhos com algum tipo de necessidade especial comprovada. Foram excluídos aqueles pais e cuidadores que não tenham a comprovação por laudo médico que seus filhos possuem necessidades especiais e que não fosse praticante do Centro de Equoterapia.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o WHOQOL-BREF que é um questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da saúde (OMS), de fácil aplicabilidade e pode ser utilizado por diferentes profissionais da saúde, constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações Sociais e meio ambiente. Deve ser respondida numa escala de cinco pontos e as respostas se referem a situações de duas semanas anteriores a entrevista. Os resultados são fornecidos em escores brutos que são convertidos em um escore de 0 a 100, sendo que quanto maior este, melhor a qualidade de vida (FLECK, XAVIER, CHACHAMOVICH, VIEIRA, et al.,2000).

Sendo assim, com os valores obtém-se uma média geral que será, (necessita melhorar quando o resultado for 1 até 2,9), regular (3 até 3,9), boa (4 até 4,9) e muito boa (5). A WHOQOL BREF foi escolhida por ser um instrumento de rápida e prática aplicação e por possuir questões que se encaixam no perfil de pais e cuidadores (FLECK, XAVIER, CHACHAMOVICH, VIEIRA, et al.,2000).

3.5 Análise de Dados

Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana e porcentagens) e apresentados em números absolutos e percentuais, sob a forma de quadros e tabelas.

3.6 Aspectos Éticos

Esse estudo seguiu as normas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as informações a serem colhidas foram utilizadas apenas pelo grupo de pesquisa para fins exclusivamente científicos. Foi entregue ao pais/cuidadores das crianças um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para que seja devidamente lido e assinado por eles, concordando em termos legais com a pesquisa que será realizada, deixando-a ciente de que a participação deles é voluntária e que essa pesquisa possibilitará uma avaliação de como está sua qualidade de vida para busca de melhorias, e assim possibilitando conhecimento a comunidade científica através de embasamento científico. Esse projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa (CEP) Do Centro Universitário Estácio de Sergipe com o número de CAAE 237714119.6.0000.8097, e número do parecer: 3.699.500.

4 | RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 20 pais e cuidadores de crianças portadoras de necessidades especiais que responderam ao Questionário de Qualidade de Vida, WHOQOL – Bref. O tratamento dos dados obtidos na aplicação do questionário resultou nos índices de satisfação frente aos quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Com base nos índices de satisfação, foi realizada uma análise descritiva da distribuição.

Do total de 20 pais de crianças portadora necessidades especiais, 70% deles avaliaram sua qualidade de vida geral como “regular”, 7% como “boa” e 23% como “necessita melhorar”. Com relação à qualidade de vida, o domínio psicológico obteve o escore mais alto, enquanto o domínio ambiental obteve o escore mais baixo, conforme descrito na Gráfico 1.

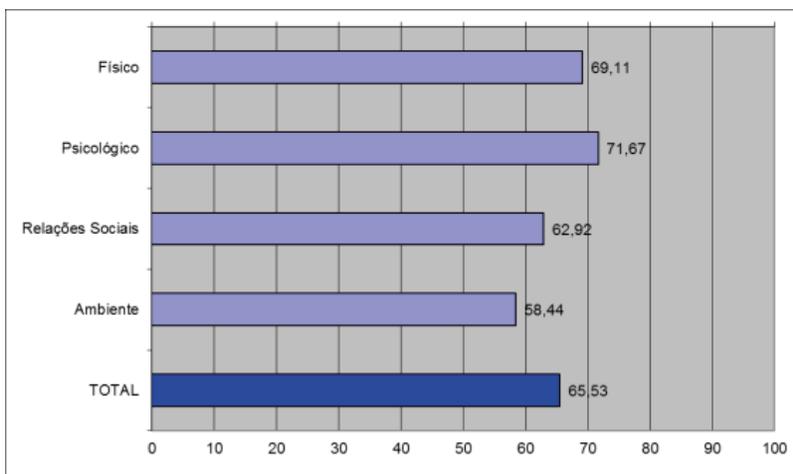


Gráfico 1: Análise geral dos domínios do WHOQOL – bref.

A análise de cada domínio envolve questionamentos específicos. No domínio Físico (domínio I), os indivíduos mostraram-se satisfeitos com sua capacidade de locomoção (76,25), não estavam muito satisfeitos com seu desempenho para o trabalho (63,75), muito satisfeitos na realização de atividades do cotidiano (66,25), não muito satisfeitos com sua energia no dia a dia (80,00) e não muito satisfeitos com relação ao sono e repouso (62,50). A maioria dos entrevistados relatou a necessidade constante de medicamentos e a presença de dor e desconforto, gerando escores de insatisfação (45,00 e 55,00, respectivamente), conforme gráfico 2.

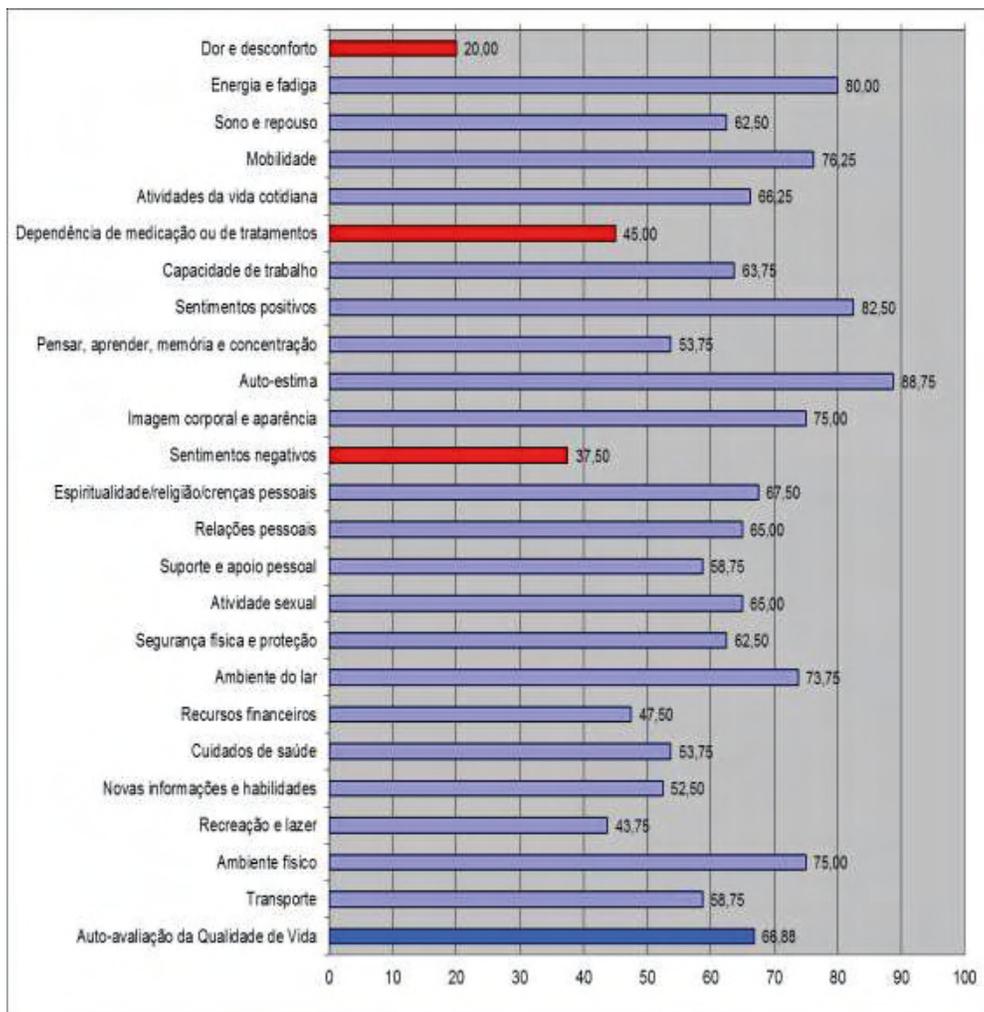


Gráfico 2: Representação dos escores por domínio.

Quanto aos aspectos psicológicos (domínio II), os indivíduos se mostraram

satisfeitos consigo mesmo (87,75) razoavelmente satisfeitos aceitando sua aparência física (75,00), bem como suas crenças e religião (67,50) e com sua capacidade de aprendizado, memória e concentração (53,75). Mostram-se muito satisfeitos com seus sentimentos e pensamentos positivos (82,50), porém referem sentimentos negativos com periodicidade (37,50), gerando um escore insatisfatório, demonstrado na gráfico 2.

Nas relações sociais (domínio III), mostraram-se razoavelmente satisfeitos com o vínculo com amigos, colegas, parentes e conhecidos (65,00), com a vida sexual (65,00) e com o apoio que recebem de seus amigos (58,75) (Gráfico 2).

O domínio IV envolve aspectos relacionados com o ambiente físico e acesso a serviços. Quando questionados quanto ao ambiente em que convivem, considerando o clima, barulho, poluição, atrativos e condições do lugar em que moram, considerou-se razoavelmente satisfatório (75,00). Aos acessos à informação (52,50), aos serviços de saúde (53,75) e transporte (58,75), também se considerou razoavelmente satisfatório e não muito satisfeitos com a segurança (62,50) e com os recursos financeiros de que dispõem para satisfazer suas necessidades (47,50). Demonstraram-se insatisfeitos com as poucas oportunidades de lazer (43,75) (gráfico 2). Nas questões 1 e 2, em que o indivíduo faz a auto avaliação sua QV, obteve-se escore de satisfação razoável (66,88).

5 | DISCUSSÃO

O termo “qualidade de vida” tem vários significados e diz respeito à maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu cotidiano. O que incluem a avaliação da qualidade de vida está relacionado aos aspectos culturais, históricos, de classes sociais, ao conjunto de condições materiais e não materiais, diferenças por faixas etárias e condições de saúde das pessoas ou comunidade (CARVALHO et. al; 2010).

Diante dos dados coletados sobre esse estudo, os cuidadores, quando perguntados como avaliavam sua qualidade de vida, a maior porcentagem (70%) entre eles classificaram sua qualidade de vida como regular, onde o domínio psicológico obteve o escore mais alto, enquanto o domínio ambiental obteve o escore mais baixo. De acordo com Reis; Silva; et al., (2017) crianças com necessidades especiais precisam de auxílio no seu dia-a-dia para realizar diversas tarefas, assim ameaçando a qualidade de vida de seus cuidadores pela necessidade de cuidados frequentes.

Nos dias de hoje, a busca pela qualidade de vida desses cuidadores vem crescendo, pois sabemos que é de extrema importância um bom avanço na evolução de crianças com necessidades especiais uma vez que sabemos que a baixa na qualidade de vida desses cuidadores traz também prejuízos ao bem-estar da criança cuidada. O domicílio se torna um local de extremo estresse, além de enfrentamento de problemas pessoais e jornada excessiva de trabalho (SOUZA; CASTELLI; et al., 2018).

Foi observado no presente estudo que a relação financeira teve um escore baixo

onde os pais encontram-se insatisfeitos com ela. Minayo et al. (2000) apontam que a baixa renda e o desemprego refletem de uma forma negativa nas condições de moradia, no acesso a serviços básicos, na infraestrutura e no lazer das famílias que se encontram nesta situação, influenciando diretamente de forma negativa na qualidade de vida desses pais e cuidadores.

Outro ponto a ser destacado nesse estudo é que os pais e cuidadores relataram a necessidade constante de medicamentos e a presença de dor e desconforto, gerando escore de insatisfação (45,00 e 55,00, respectivamente). De acordo com Gonçalves (2006) ser cuidador exige exposição constante a riscos de adoecimento, principalmente aqueles que são cuidadores únicos assumem total responsabilidade, e com isso estão sempre sobrecarregados, isso gerando uma carga muito grande para esses cuidadores.

Apesar de ser encontrado um escore razoável desses pais, ainda é fato que a presença de uma criança com necessidades especiais traz um prejuízo a qualidade de vida dos mesmos.

Segundo a literatura a qualidade de vida desses pais e cuidadores é afetada ao ponto de fazer com que eles passem a ocupar uma posição inferior àquela que eles desfrutavam anteriormente na sociedade. Os pais e cuidadores são as pessoas principais pela total responsabilidade nos cuidados prestados à criança cuidada, isso trazendo um estresse e sobrecarga a essas pessoas (BARBOSA e FERNANDES, 2009).

Os principais causadores de estresses para esses pais são a pouca aceitação, a severidade dos casos, dificuldades aos serviços especiais que necessitam, fatores econômicos, ausência de suporte social e a falta de suporte informal. Souza e Castelli, (2018) fala que a sobrecarga física e psicológica sobre os pais e cuidadores de crianças com necessidades especiais podem levar a falta de cuidado com a saúde isso diminuindo ainda mais sua qualidade vida, pois para que os pais e cuidadores consigam cuidar e conduzir seus filhos com necessidades especiais, antes de tudo eles devem saber se conduzir e se cuidar.

Sobre o domínio de relações sociais encontramos um escore onde se mostraram razoavelmente satisfeitos com o vínculo com amigos, colegas, parentes e conhecidos (65,00). Já os autores Ramires; Barreiro e Peluso (2016) relatam que os pais de crianças com necessidades especiais na maioria das vezes não podem ampliar sua rede de amigos, pela falta de tempo, pelo motivo dele estar sobrecarregado com os cuidados da criança, isso lhe gerando uma indisposição para se dedicar as relações e atividades especiais.

Tendo em vista que a qualidade de vida desses pais e cuidadores são de uma importância notória, surge à necessidade de criação de políticas públicas de saúde voltada para a capacitação, para que dê mais embasamento a esses pais e cuidadores de como eles podem conciliar o cuidado das crianças sem esquecer de si próprio e assim diminuindo a sobrecarga gerada com esses cuidados exclusivos, logo melhorando a qualidade de vida desses pais e cuidadores e sobretudo prevenindo agravos no ato de cuidar das crianças

com necessidades especiais (CÂMARA e MARTINS, 2016).

No domínio de ambiente físico obteve-se um escore baixo sobre o lazer onde os pais/cuidadores demonstraram-se insatisfeitos com as poucas oportunidades de lazer (43.75). Segundo Barbosa e Fernandes (2009) os pais e cuidadores apresentam dificuldade de encontrar lazer disponível para os portadores de necessidades especiais, e isso acaba intensificando mais ainda os níveis de estresse dos cuidadores e interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

Portanto os pais e cuidadores de crianças especiais também necessitam de cuidados e suporte para ter um cuidar satisfatório, pois a baixa qualidade de vida interfere diretamente no bem-estar das crianças cuidadas (BARBOSA e FERNANDES, 2009). Diante disso é necessário se ter uma avaliação da qualidade de vida desses cuidadores para saber com esta seu bem-estar físico, psicológico, social e econômico. Já que a qualidade de vida desses pais e cuidadores passaram de uma abordagem mais centrada na saúde para um conceito abrangente, em que as condições e estilo de vida passam a serem aspectos importantes (SOUZA e CASTELLI, 2018).

6 | CONCLUSÃO

Com o resultado final dos dados obtidos, foi identificado no presente estudo que esses pais/cuidadores apresentaram qualidade de vida geral “regular”, apesar de cada cuidador ter suas características únicas e particularidades. O domínio psicológico foi o melhor avaliado, os fatores físicos também mostraram-se satisfeitos quase igualando-se com o domínio psicológico, enquanto o domínio ambiente e relações sociais estão mais comprometidos devendo assim estar atento para a influência que isso pode causar. Este estudo alerta- nos sobre o olhar que o profissional de saúde deve ter também com as famílias de cada criança especial, para a melhora da sua qualidade de vida cada família deve estar bem informada, acompanhada e protegida, sendo assim o foco não deverá ser somente na criança em si, mas também em quem a acompanha.

Dada a importância sobre esse assunto tornam-se necessários novos estudos para uma investigação mais aprofundada e um acompanhamento maior dessas famílias.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.R.P; FERNANDES, F.D.M. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. **Rev. Soc Bras Fonoaudiologia**, 2009.

BUZATTO, Leandro Loureiro; BERESIN, Ruth. Qualidade de vida dos pais de crianças portadoras da síndrome de Down. **Einstein**. 2008; 6(2):175-81.

CÂMARA, F.S; MARTINS, W.L.L.; et al.. Perfil do Cuidador de Pessoas com Deficiência. **R bras ci Saúde**. 20(4):269-276, 2016.

FLECK M. Louzada S; XAVIER M; CHACHAMOVICH E; VIEIRA G; SANTOS L; Pinzon V.

Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica**, 2000.

GONÇALVES K.C, STREIT I.A, MEDEIROS P.A, SANTOS P.M, MAZO G.Z. Comparação entre percepção da qualidade de vida e o nível de aptidão física de idosos praticantes de atividades aquáticas.

Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 12, nº 39, jan/mar 2014.

MAGAZONI. Valéria Sachi; CARDOSO FILHO, Geraldo Magela; et al,. Qualidade de Vida dos Cuidadores de Crianças Portadoras de Paralisia Cerebral em Tratamento Fisioterapêutico. **Clínica Escola Unitri**, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

RAMIRES, C.M.N; BARREIRO, F.C.A.B; PELUSO, E.T.P. Fatores relacionados à qualidade de vida de pais de crianças com deficiência auditiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

RONCADA, Cristian; SOLDERA, Karina; et al,. Avaliação da qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças asmáticas. **Rev Paul Pediatria**. 2018;36(4):451-456.

SOUZA, J.M.G; CASTELLI, G.M; et al,. **Qualidade de Vida de cuidadores de praticantes de equoterapia no Distrito Federal**. v. 42, n. 118, p. 736-743, Rio de Janeiro, jul-set 2018.

CAPÍTULO 8

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS E CUIDADORES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 10/09/2021

Beatriz Rodrigues de Souza Melo

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. UFSCar. São Carlos, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0033841575062011>

Maria Angélica Andreotti Diniz

Gerontóloga. Doutoranda em Enfermagem Fundamental. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8507049568896292>

Karolina Helena Neri

Gerontóloga. Universidade Federal de São Carlos. UFSCar. São Carlos, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/7461078538801358>

Gustavo Carrijo Barbosa

Fisioterapeuta. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR. São Carlos, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/3469213150358215>

Aline Russomano de Gouvêa

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Três Lagoas, MS, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/3983698431772013>

Aline Cristina Martins Gratão

Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Gerontologia e Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. UFSCar. São Carlos, SP, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/7873339343111119>

RESUMO: Objetivo: avaliar as condições de saúde de idosos e cuidadores formais em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Método: estudo de caráter quantitativo, epidemiológico, descritivo e transversal, com 37 idosos e 15 cuidadores formais, aplicando-se instrumento de caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde, Escala de Katz e Lawton, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, uma questão específica de sobrecarga da Escala de Zarit e o Self Reporting Questionnaire (SRQ) para o cuidador. Para análise dos dados utilizou-se o SPSS 20.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 21522513.8.0000.5504. Resultados: quanto à funcionalidade, revelaram-se idosos totalmente dependentes, tanto para ABVDs (51,4%), para AIVDs (62,2%) e 100% apresentaram déficit cognitivo (MEEM = 6,6). Os cuidadores, mulheres (86,7%), casados (46,7%), revelaram má qualidade de sono, sentimento de tensão e cansaço. Conclusão: há idosos com importante comprometimento físico e cognitivo e cuidadores cansados o que direciona o planejamento de ações para melhor a assistência a esses idosos e cuidadores.

PALAVRAS - CHAVE: Idoso; Cuidadores;

THE HEALTH CONDITIONS OF ELDERLY INDIVIDUALS AND CAREGIVERS IN A LONG-TERM CARE FACILITY

ABSTRACT: Objective: to assess the health statuses of elderly individuals and formal caregivers from an Long-Term Care Facility. Method: study with quantitative approach, epidemiologic, descriptive and cross-sectional study with 37 elderly people and 15 formal caregivers, applying the questionnaire about address demographic, social and health characteristics: the Katz and Lawton Scale, the Mini-Mental State Exam, Geriatric Depression Scale, and one specific question from the Zarit Caregiver Burden Interview was asked of caregivers along with the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). SPSS 20.0 was used for data analysis. The project was approved by the Institutional Review Board, CAAE 21522513.8.0000.5504. Results: in regard to functionality, totally dependent individuals were found both for performing BADLs (51.4%) and IADLs (62.2%), while 100% presented cognitive deficits (MEMS = 6.6). Most caregivers were women (86.7%), married (46.7%), and reported poor sleep, tension and tiredness. Conclusion: data reveal elderly individuals with significant physical and cognitive impairment and fatigued caregivers, which indicates the need to plan actions to better assist both elderly individuals and caregivers.

KEYWORDS: Aged; Caregiver; Homes for the Aged.

1 | INTRODUÇÃO

O número de sexagenários ou com idade superior a sessenta anos, passou de 14,8 milhões, em 1999, para, aproximadamente 20,6 milhões (11% da população em 2009). Entre os mais velhos, o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto, em 2010, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros (IBGE, 2010).

A partir desse panorama, compreende-se a alteração do perfil epidemiológico da população em que ocorre alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, condições características de uma população envelhecida, o que pode culminar com a perda da capacidade funcional nos idosos tornando-os dependentes de outros para a prestação dos cuidados diários (GRATÃO *et al.*, 2013).

A grande preocupação que se faz relacionada ao envelhecimento é em alcançá-lo sem que o indivíduo apresente uma ou mais doenças que limitem sua vida diária e o torne dependente de outras pessoas. Sabe-se que, no geral, mesmo enfrentando uma ou mais afecções no decorrer dos anos vividos, amajoria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sozinhos, ou seja, manter sua independência e autonomia. Porém, muitas vezes, ocorre a necessidade do papel do cuidador, o qual inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido físico ou mentalmente, a desempenhar as tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado (CALDAS, 2002).

Define-se cuidador, aquele que é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, oferecer a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano (LUZARDO *et al.*, 2004).

Existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal, este pode ser um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado a pessoas dependentes e aquele pode ser definido como um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, ambos atuando conforme as necessidades específicas do cliente (GRATÃO *et al.*, 2013).

O nível de instrução interfere no processo do cuidar e a falta de preparo dos cuidadores é de difícil solução em curto prazo, sendo necessário conhecer o perfil destes indivíduos, pois vivenciam problemas distintos, que estão relacionados às condições sócio-econômico-culturais, para que seja prestada uma assistência mais direcionada, adequando as condutas à realidade de cada um e adaptando as orientações a cada tipo de cuidador e paciente (LUZARDO *et al.*, 2004).

A sobrecarga de atividades gerada sobre os cuidadores pode acarretar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, cansaço, má qualidade de sono, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso (MARQUES *et al.*, 2006). Em alguns casos, a sobrecarga se dá pelo fato do cuidador se sentir responsável e assumir todas as tarefas, mesmo que não lhe caiba fazê-las (GRATÃO *et al.*, 2013). Tanto o enfermeiro como o gerontólogo tem papel fundamental para realizar o diagnóstico de saúde dessa população, por meio de instrumentos consistentes e propor estratégias de atenção, frente às políticas de saúde para a pessoa idosa.

A realização desta pesquisa contribui para nortear a prática baseada em evidências científicas, com fornecimento de subsídios para o aprimoramento das competências de enfermeiros e gerontólogos que lidam diariamente com a população de idosos e cuidadores, consolidando o conhecimento científico na área da gerontologia com objetivo de avaliar as condições de saúde de idosos e cuidadores formais em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

2 | MÉTODO

Pesquisa de caráter quantitativo, epidemiológico, descritivo e transversal, para verificação dos dados sociodemográficos, de saúde, funcionalidade, função cognitiva dos idosos com 60 anos ou mais residentes em uma ILPI do município de São Carlos/SP e para avaliação do perfil sociodemográfico, estado de saúde, sentimento de sobrecarga e desconforto emocional dos cuidadores formais trabalhadores nessa mesma instituição.

No arrolamento foram identificados 38 idosos e 15 cuidadores. Houve perda de um idoso por óbito, totalizando em 37 idosos entrevistados.

Os examinadores foram compostos pelo coordenador e estudantes do curso de graduação em Gerontologia devidamente treinados pelo pesquisador para aplicação dos instrumentos de avaliação. Os idosos foram avaliados quanto a aspectos pessoais, funcionais, emocionais, cognitivos e de saúde. O desempenho cognitivo por meio do instrumento MEEM (Mineexame do Estado Mental), o desempenho funcional com a avaliação das Atividades da Vida Diária (AVDs) do idoso, para quantificar de forma objetiva a necessidade de ajuda ou de dependência de cuidado, utilizando as Escalas de Katz e de Lawton, aspectos emocionais por meio de escala de depressão geriátrica e os de saúde por meio de avaliação física, presença de doenças e hábitos de vida. Os instrumentos a serem utilizados estão a seguir descritos:

Instrumento de Informações Pessoais e Perfil Sociodemográfico que avalia informações pessoais (idade, sexo, estado civil, local de nascimento, com quem reside e se há cuidador); perfil social (escolaridade, renda do idoso e família), estilo de vida e problema de saúde

Mini Exame do Estado Mental-MEEM: validado (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) e modificado (BRUCKI *et al.*, 2003) no Brasil. O MEEM é um teste de rastreio cognitivo amplamente utilizado e possui escore que varia de 0 a 30 pontos. Será utilizada a nota 7 considerando os diferentes níveis de escolaridade, então, 17 pontos para analfabeto; 22 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade; 24 pontos para 5 a 8 anos e 26 pontos para os que tem 9 anos ou mais de escolaridade.

A Escala de Katz mede a independência no desempenho de seis funções relacionadas ao autocuidado, classificando o idoso como independente ou dependente (BRASIL, 2006). Essa escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação. Seu resultado é dado por letras que representam o número de atividades que o indivíduo é capaz de realizar sozinho, sendo: A para nenhuma perda, B para uma perda até G que indica perda nas seis atividades básicas de vida diária, que indica dependência total pelo cuidador (BRASIL, 2006).

A Escala de Lawton avalia o desempenho funcional do idoso em termos de atividades instrumentais que possibilitam que o mesmo mantenha uma vida independente. Assim, essa escala avalia as atividades instrumentais da vida diária. Sua pontuação vai até 21, que caracteriza o indivíduo independente e números abaixo deve ser relacionada à dependência (SANTANA *et al.*, 2005)

Escala de Depressão Geriátrica é um questionário composto por 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) e considera como o idoso tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica é uma ferramenta de avaliação rápida que identifica a possibilidade de depressão em idosos. Para fazer o cálculo deve-se considerar para cada resposta afirmativa um ponto. Uma pontuação entre zero e cinco o idoso não tem

depressão, é considerada normal, entre seis e 10 é considerada possibilidade de depressão leve e entre 11 e 15 o idoso pode apresentar depressão severa. (BRASIL, 2006; BARRETO *et al.*, 2008).

O cuidador foi avaliado quanto aos aspectos demográficos e quanto a presença de sobrecarga, desconforto emocional por meio de uma questão da Escala de Sobrecarga de Zarit e o SRQ (Self Reporting Questionaire).

A Escala de Sobrecarga de Zarit, traduzida e validada para a cultura brasileira, (MARI *et al.*, 1986) com 22 itens, tem por objetivo avaliar o impacto percebido do cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. Porém para este estudo, foi aplicada apenas a última questão da escala que diz o quanto o cuidador se sente sobrecarregado. Já que esta escala foi validada para cuidadores familiares e neste estudo os cuidadores representam uma amostra de cuidadores formais.

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) validado no Brasil (MARI *et al.*, 1986) tem como objetivo a detecção de desconforto emocional na população geral. As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança). Quanto maior a frequência de respostas sim, maior o nível de estresse emocional.

A análise dos dados foi realizada no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0, de forma descritiva, univariada (tabelas de frequência) e bivariada (tabelas de contingência para variáveis qualitativas). Além disso, foi calculada a correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. Em todos os testes, o nível de significância utilizado foi $\alpha = 0,05$. No entanto, é preciso ressaltar que os valores de p foram interpretados supondo que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes.

Com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde N.466 de 12/12/2012 e N.251 de 07/08/97 o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e foi aprovado sob o número CAAE 21522513.8.0000.5504. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para o idoso e para o cuidador, foram assinados em duas vias, conforme as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Características sociodemográficas e de saúde do idoso

O estudo foi realizado com 37 idosos moradores de uma ILPI no município de São

Carlos - SP. Destaca-se que, grande parte (43,2%) se encontra na faixa etária de 70 a 79 anos de idade (idade mínima de 52 e máxima de 95 anos), do sexo masculino (54,1%). A média de idade foi 74,4 anos (+9,8), sendo as mulheres com média de idade superior a dos homens (78,1 anos para 71,2 anos). Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por solteiros (67,6%), observando 80% entre os homens e 52,9% entre as mulheres.

A incidência de doenças concluiu a HAS como a primeira (32,4%), seguida pelo Diabetes Mellitus (18,9%). Vale ressaltar que foi bastante incidente o item “outras” (78,4%), representado, principalmente, por transtornos psiquiátricos e sequelas de AVE (21,6%), seguido por Doença de Alzheimer (16,2%).

Sobre hábitos de vida do idoso relacionado ao sexo, a maioria (66,7%) referiu não fumar, representado por homens (57,9%) e mulheres (76,5%). No item “prática de atividade física”, a maioria não realiza (66,7%).

Quanto ao desempenho nas atividades de vida diária, revela-se, a maioria por ser totalmente dependente, tanto para ABVDs (51,4%), quanto para AIVDs (62,2%). Além disso, a média no desempenho cognitivo, segundo MEEM, foi de 6,6, sendo para as mulheres um pior desempenho (6,0) comparado aos homens (7,2). Observam-se na Tabela 1 os dados de escolaridade, desempenho nas ABVDs e MEEM relacionados às variáveis categóricas do desempenho nas AIVDS dos 37 idosos entrevistados. Houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) para as médias de ABVDs e MEEM. Nota-se média maior no desempenho das ABVDs e MEEM para idosos com dependência parcial, o que revela a hipótese de que idosos com pior desempenho nas AIVDS são os que estão mais comprometidos nas ABVDs e no desempenho cognitivo.

| Avaliação do idoso | Escolaridade | ABVD | MEEM |
|----------------------------|--------------|-----------|------------|
| <i>AIVDs</i> | Média(DP) | Média(DP) | Média(DP) |
| <i>Dependência parcial</i> | 1,44(1,6) | 3,72(2,2) | 12,28(6,6) |
| <i>Dependência Total</i> | 1,05(1,8) | 1,05(1,3) | 1,26(3,9) |
| Test t (p-valor) | 0,501 | <0,001 | <0,001 |

Tabela 1. Distribuição da média, desvio padrão da escolaridade, desempenho nas ABVDs e cognitivo, relacionados às variáveis categóricas das AIVDs. São Carlos, 2014.

Na Tabela 2, respeitou-se os escores apresentados por Brucki et al. (2003) para avaliação do desempenho cognitivo dos idosos, considerando os diferentes níveis de escolaridade, então, 17 pontos para analfabeto; 22 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade; 24 pontos para 5 a 8 anos e 26 pontos para os que tem 9 anos ou mais anos de escolaridade. De acordo com a média total encontrada para o MEEM (6,2 pontos), 100% dos idosos apresentam déficit cognitivo. Encontrou-se média baixa (4,43 pontos) para idosos analfabetos, e para os que frequentaram a escola até 4 anos, encontrou-se uma média

superior (10,2 pontos), o que revelou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) quando relacionados as variáveis categóricas da escolaridade com as médias do MEEM. Vale ressaltar que, nessa população estudada, o número máximo de anos estudados foi de 4 anos. A correlação segundo coeficiente de Pearson, encontrada entre a escolaridade em anos completos e o escore bruto do MEEM foi moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,403$, $p < 0,001$), demonstrando que a diminuição do tempo da educação formal foi um fator que influenciou o desempenho dos idosos no teste do MEEM.

| Escolaridade | Média MEEM (DP) | Escore MEEM Brucki et al.(2003) | Test t (p-valor) |
|---------------------------|-----------------|---------------------------------|------------------|
| Analfabetos | 4,43(6,08) | 20 | <0,001 |
| 1 a 4 anos | 10,21(8,9) | 25 | <0,001 |
| <i>Deficit cognitivo?</i> | - | 100% | |

$r = 0,403$, $p < 0,001$

Tabela 2. Distribuição das médias do MEEM, segundo grau de escolaridade dos idosos residentes na ILPI Cantinho Fraternal e os pontos de corte do MEEM, segundo Brucki et al. (2003). São Carlos, 2014.

3.2 Características sócio demográficas e de saúde dos cuidadores

Foram entrevistados 15 cuidadores formais, representados pela equipe de enfermagem, por um fisioterapeuta e uma assistente social, 13 (86,7%) deles eram do sexo feminino e 02 (13,3%) do sexo masculino. A idade média dos cuidadores foi de 36,7 ($\pm 8,5$), sendo que as cuidadoras mulheres correspondiam aquelas com a média de idade superior (37,5; $\pm 8,7$) comparados aos cuidadores homens (31; $\pm 4,2$).

No item “ter companheiro” foram inseridos aqueles cuidadores casados e amasiados, ou seja, que tinham e moravam com um companheiro. Os enquadrados na resposta “sem companheiro”, foram considerados os solteiros, viúvos, separados e divorciados que não tinham companheiro e/ou não moravam com o companheiro. A maioria das cuidadoras referiu ter companheiro (61,5%) e entre os homens cuidadores, 100% respondeu não ter companheira. Dados estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Referente à escolaridade 100% dos cuidadores estudaram mais de nove anos, representados pela média de 13,7($\pm 2,9$), sendo os homens com média superior (15; $\pm 2,8$) quando comparados às cuidadoras mulheres (13,4; $\pm 4,1$). Dados, também estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Além disso, o relato da remuneração e de horas diárias trabalhadas durante a semana do cuidador trouxe uma importante diferença entre homens e mulheres, em que os homens relataram melhores salários (R\$ 1.600,00) do que as mulheres (R\$1.269,90) e uma média de carga horária diária de trabalho inferior (5,5h) do que a das cuidadoras mulheres (7,5h).

Quanto ao suporte social que os cuidadores utilizam para minimizar o fardo do trabalho,

apena a religiosidade foi citada pela maioria das cuidadoras (76,9%), em contrapartida os homens não citaram nenhuma forma de apoio ou suporte social. Quanto aos aspectos relacionados à saúde dos cuidadores foram elencadas as doenças auto referidas, HAS foi relatada por uma cuidadora apenas e problemas na coluna foi relatada por um cuidador do sexo masculino e 5 (38,5%) do sexo feminino, e as demais doenças (dislipidemia, Diabetes, cardiopatia, osteoporose, artrite/artrose, outras) não foram relatadas.

O desconforto emocional foi avaliado pelo SRQ 20, descrito na Tabela 3. Os dados revelam que a questão “dormir mal” foi a mais relatada positivamente (53,3%), seguida das questões “sentir-se tenso(a), nervoso(a) ou preocupado(a)” (40%) e “sentir-se cansado(a)” (40%). Ressalva-se que um cuidador relatou “ter tido idéia de acabar com a própria vida” o que torna evidente a atenção psicológica urgente a esse indivíduo.

| Questões Escala Desconforto Emocional | Não (0) n(%) | Sim (1) n(%) |
|---|-----------------|-----------------|
| Tem dores de cabeça freqüentes? | 12(80) | 3(20) |
| Tem falta de apetite? | 12(80) | 3(20) |
| Dorme mal? | <u>7(46,7)</u> | <u>8(53,3)</u> |
| Assusta-se com facilidade? | 12(80) | 3(20) |
| Tem tremores nas mãos? | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | <u>9(60)</u> | <u>6(40)</u> |
| Tem má digestão? | 12(80) | 3(20) |
| Tem dificuldade de pensar com clareza? | 12(80) | 3(20) |
| Tem se sentido triste ultimamente? | 12(80) | 3(20) |
| Tem chorado mais do que de costume? | 11(73,3) | 4(26,7) |
| Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas AVDs? | 12(80) | 3(20) |
| Tem dificuldades para tomar decisões? | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Tem dificuldades no serviço (trabalho é penoso, causa sofrimento) | 10(66,7) | 5(33,3) |
| É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | 14(93,3) | 1(6,7) |
| Tem perdido o interesse pelas coisas? | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 14(93,3) | 1(6,7) |
| Tem tido a idéia de acabar com a vida? | 14(93,3) | 1(6,7) |
| Sente-se cansado(a) o tempo todo? | <u>9(60)</u> | <u>6(40)</u> |
| Tem sensações desagradáveis no estômago? | 11(73,3) | 4(26,7) |
| Você se cansa com facilidade? | 11(73,3) | 4(26,7) |

Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)/ (Hardin, Arango, Baltazar, 1980; tradução para o português: Mari e Willians, 1986).

Tabela 3. Distribuição das respostas do SRQ 20 respondido pelos cuidadores da ILPI Cantinho Fraterno. São Carlos, 2014.

A sobrecarga dos cuidadores foi avaliada pela última questão da *Burden Interview Scale*, “Quanto o Sr (a Sra) se sente sobrecarregado”. A escala tem quatro níveis de respostas: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4), sendo que nessa última questão as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). Quanto maior o número da resposta maior a pontuação para a sobrecarga. Nesse contexto, os cuidadores entrevistados, relataram, com maior frequência, sentir-se “um pouco sobrecarregado” (40%) e “moderadamente” (26,7%).

A Tabela 4 mostra a distribuição de resposta “sim” e “não” para as atividades que os cuidadores exercem relativas às AVDs dos idosos. Pode-se notar que apenas a atividade física é pouco estimulada no contexto da ILPI, apenas 33,3% dos cuidadores exercem com o idoso essa atividade. As demais atividades, principalmente no que se refere às ABVDs (higiene, eliminações, alimentação, medicação, sono/repouso) apenas dois cuidadores referiram não exercerem essas atividades para o idoso, possivelmente, por terem na amostra dois profissionais que não eram da equipe de enfermagem, representados por um fisioterapeuta e por uma assistente social.

| Atividades que os cuidadores exercem | Sim (%) | Não (%) |
|---|----------------|----------------|
| Higiene corporal | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Higiene oral | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Eliminações | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Cuidado com a pele | 14(93,3) | 1(6,7) |
| Alimentação | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Medicação | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Sono/repouso | 13(86,7) | 2(13,3) |
| Atividade física | 5(33,3) | 10(66,7) |
| Lazer | 12(80) | 3(20) |

Tabela 4: Distribuição das respostas dos cuidadores segundo as atividades que exercem relativas às AVDs do idoso. São Carlos, 2014.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Características sociodemográficas e de saúde do idoso

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres, uma vez que as mulheres apresentam maior longevidade quando comparadas aos homens. Encontraram-se, neste estudo, as mulheres mais longevas do que os homens (54,1%), o que vai ao encontro com a maioria das pesquisas nacionais (CASTRO, 2012; BRUCKI *et al.*, 2003) O fato de as mulheres viverem mais do que os homens pode ser decorrente de

uma situação de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo, sendo que, desde 1950 as mulheres apresentam maior esperança de vida ao nascer, representando seis anos de vida mais do que os homens (BRUCKI *et al.*, 2013)

Outro dado importante revela a relação forte entre o sexo, o estado civil dos idosos e a modalidade de atendimento. A maioria dos moradores da instituição era do sexo masculino e declarou-se ser solteiro.

O predomínio de homens idosos foi encontrado em três estudos que avaliaram idosos institucionalizados. Um deles, pesquisou os níveis de capacidade funcional de idosos, os profissionais responsáveis por prestar os cuidados e o perfil de uma ILPI de Ribeirão Preto(SP), e o outro, realizado em Caldas Novas (GO), foram avaliados o perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados, ambos trouxeram o quantitativo de idosos do sexo masculino semelhante a este estudo (CASTRO, 2012; PELEGRIN, *et al.*, 2018; ROCHA, *et al.*, 2013). Dados contraditórios foram encontrados em outros estudos, que encontraram maior proporção de mulheres residentes em ILPIs (CONVERSO, *et al.*, 2007; CAMARANO, *et al.*, 2010).

Quanto ao estado civil dos idosos, a alta porcentagem de indivíduos solteiros pode indicar a marginalização que existe para com o idoso sem família, além de o próprio idoso preferir, muitas vezes, o isolamento da sociedade, pois acredita ser um incômodo para a família, e algumas vezes por esta considerar o idoso com um incômodo (PELEGRIN, *et al.*, 2018)

Em geral, famílias brasileiras optam por internar seu idoso em instituições asilares, quando têm esgotado a capacidade familiar de oferecer-lhes os cuidados necessários (CREUTZBERG, *et al.*, 2007). E também há a procura destes estabelecimentos pelos próprios idosos que os vêem como última alternativa, ingressando por “vontade própria”, influenciados por situações como, falecimento do cônjuge, fator econômico, rejeição familiar, necessidade de cuidados em um local que não precisem dispor de muito recurso financeiro e de um local onde haja companhia, acolhida e uma estrutura que lhes proporcione tranqüilidade e segurança (FALEIROS, *et al.*, 2009).

Em relação as características de saúde dos idosos, resultados relevantes também foram levantados. Das doenças mais recorrentes, pode perceber uma grande tendência às doenças crônicas, entre elas a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que muitas vezes poderiam ter sido evitadas com um acompanhamento medico mais preventivo e pautado na preservação da saúde desses indivíduos. Ao comparar com outro estudo, as doenças crônicas diagnosticadas foram semelhantes, diferenciando-se apenas as osteoartrite, demência vascular, insuficiência cardíaca congestiva e depressão (PELEGRIN, *et al.*, 2018).

Quanto à escolaridade, a maior parte dos idosos foi representada por analfabetos (62,2 %), o que revelou uma forte relação entre a escolaridade e a cognição desses indivíduos, uma vez que quanto menos escolarizados, pior era o desempenho nos testes

de rastreio, como MEEM e o teste do relógio. A escolaridade tem sido apontada como um fator de risco direto para a taxa de declínio cognitivo medido pelo MEEM. Encontrou-se média baixa no MEEM (4,43 pontos) para idosos analfabetos, e para os que frequentaram a escola até 4 anos, encontrou-se uma média superior (10,2 pontos).

Segundo o estudo de Ana Beatriz Fonseca, realizado pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o não acesso à educação no início da vida deve ser visto como um fator que pode vir a acarretar problemas de saúde ao longo da vida. Ela afirma que a escolaridade contribui para reserva cognitiva e prevenção de demência em idosos (BEZERRA, *et al.*, 2012).

Considerando o contexto social de fragilidade dos mesmos, tais características eram esperadas, porém é importante salientar que o estímulo à educação de qualidade para pessoas de todas idades, pode ser um fator preditivo para a preservação da capacidade cognitiva.

Outro estudo encontrou que, escolaridade foi um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade de cuidador, enquanto que o maior nível educacional foi associado a um melhor status funcional e menor risco para incapacidade cognitiva entre idosos (GRATÃO *et al.*, 2013).

Essa realidade apontada pelos dados, discutidos acima, aponta a necessidade de políticas públicas que protejam e fortaleçam as práticas educacionais, não pensando apenas no desenvolvimento educacional básico mas, também, na relação existente entre a qualidade da educação básica, principalmente nos anos iniciais de escolarização, e a preservação das reservas cognitivas na velhice. No que diz respeito à capacidade funcional dos idosos, a maioria era dependente tanto para as ABVDs quanto para as AIVDS. Encontrou-se uma relação direta entre pior desempenho nas AVDs, e maior comprometimento cognitivo de acordo com o teste aplicados (MEEM).

A atividade funcional compreende a habilidade de a pessoa desempenhar tarefas no dia-a-dia, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais. Essas atividades revelam a capacidade de a pessoa cuidar de si mesma, executar seus papéis e suas tarefas básicas e sociais. A perda do funcionamento adaptativo em muitos idosos institucionalizados não é unicamente o resultado de um declínio ou de mudanças biológicas negativas, mas, sim, consequência de um ambiente que estabelece e decide a ocasião para o comportamento deficitário e que reforça o comportamento ineficaz e de dependência (LOPES *et al.*, 2007).

O fator capacidade funcional do idoso comprometida pode estar diretamente relacionada ao fato de a maioria dos idosos entrevistados não praticar atividades físicas. A literatura demonstra que a prática de atividades dessa natureza pode ajudar na preservação das condições físicas e cognitivas, e desacelerar processos de fragilização e demências (ROCHA *et al.*, 2013). Seria necessário então repensar as atividades que já são oferecidas, e tentar propor mudanças que fomentassem uma maior adesão por parte dos idosos. É necessário averiguar a possibilidade de envolver os próprios cuidadores em tais atividades,

e se isso não ocasionaria sobrecarga a eles, e se eles não o fazem pelo mesmo motivo (GRATÃO *et al.*, 2013). Faz-se necessário entender como a instituição se estrutura para atender tais demandas e em quais setores precisam de suporte teórico e metodológico para fomentar suas ações em saúde (ROSA *et al.*, 2011).

4.2 Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores

Em relação aos cuidadores, os dados revelam que a maioria dos cuidadores era representada pelas mulheres, uma vez que apenas dois eram do sexo masculino, concordando com vasta literatura nacional, e como isso retroalimenta o conceito da feminização do cuidado (CASTRO, 2012; BRASIL, 2006). Entender os motivos que levam uma mulher a se vincular a trabalhos dessa natureza e como ela se relaciona com ele, é fundamental para propor ações direcionadas e levando em consideração as especificidades de gênero. A maioria delas relatou ter um companheiro, ao contrário dos homens que em sua totalidade responderam não terem companheira. Especulação ampla sobre a sexualidade e a afetividade desses últimos poderia ser feita, no entanto essas questões não foram contempladas na pesquisa, o que compromete qualquer argumento nesse sentido (GRATÃO *et al.*, 2013).

Todos os cuidadores entrevistados relataram ter cursado mais de nove anos de ensino e terem cursos e capacitações em relação ao cuidado do idoso, isso demonstra a preocupação da instituição em contratar profissionais qualificados e oferecer um serviço pautado no que as legislações para ILPI's pregam, o que revela uma característica bastante positiva, no entanto, é necessário alertar sobre a necessidade de educação permanente dessa equipe e de uma gestão participativa e multidisciplinar, que incentive o diálogo e faça com que esses profissionais sejam de fato considerados como parte fundamental dos processos terapêuticos (ROSA *et al.*, 2011).

Outro fator a ser destacado é a relação entre gênero e remuneração, amplamente discutida em diversos locais de trabalho, e que mais uma vez se mostra uma tendência a remunerar melhor homens do que mulheres para desempenhar o mesmo serviço. Existe uma necessidade eminente de se investigar a que fatores tal questão é atribuída e como trabalhar essas questões no âmbito da gestão, e lutar pelos direitos dessa mulher que se dedica com igual intensidade e qualidade, ao cuidado (BATISTA *et al.*, 2011).

Ainda em relação ao gênero feminino, nos chama a atenção o fato delas referenciarem o apoio religioso em suas vidas, enquanto os homens não o fazem. Entender melhor como essas mulheres se relacionam com o mundo através de sua fé e de espiritualidade, também é fundamental para entender quais os motivos que as fazem aderir a essa modalidade de trabalho, e pensar em futuras práticas de grupo que levem em conta tais considerações sobre suas características pessoais (LOPES *et al.*, 2007).

Os cuidadores apresentam comprometimentos de saúde e lesões diretamente ligadas ao seu processo de trabalho, como hipertensão e problemas na coluna, o que

reporta a necessidade de se acompanhar o andamento desses casos, no sentido de se preservar a saúde funcional desse cuidador, através de praticas de ginastica laboral e a adaptação da carga de trabalho as suas caracateristicas de saúde. Contanto que a equipe se integre e busque soluções para isso, é um foco de atenção que tem um grande potencial para ser explorado, uma vez que a instituição já dispõe de profissionais de saúde e lazer, equipamentos e espaços para isso.

O estudo contribuiu, também, para o conhecimento sobre sintomas de sobrecarga experienciados pelos cuidadores de idosos que trabalham na ILPI, revelando o relato dos cuidadores entrevistados, com maior frequência, sentir-se “um pouco sobrecarregado” (40%) e “moderadamente” (26,7%). Os instrumentos utilizados para a avaliação da sobrecarga revelaram-se importantes para a população avaliada, porém, atenção maior deve ser dada à leitura e interpretação das questões da escala de sobrecarga, quando aplicada a cuidadores formais, já que o escolhido só foi possível utilizar a última questão referente ao grau de sobrecarga.

De maneira complementar à investigação sobre o sentimento de sobrecarga, neste estudo foi utilizada a escala SRQ, em que se avaliaram problemas físicos e psicológicos que caracterizam o desconforto emocional do cuidador, com intuito de melhor compreender a fadiga vivenciada pelo cuidador. Encontrou-se que 26,7% dos cuidadores foram diagnosticados com desconforto emocional, respeitando o ponto de corte 7/8, além do fato de relatarem, mais frequentemente, má qualidade de sono, sentimento de tensão e cansaço. Esse relato nos mostra as especificidades do processo de trabalho em escalas de trabalho e também ao estresse ao que são submetidos esses cuidadores. Alguns sentimentos como preocupação e tensão são comuns nos cuidadores, e muitos aspectos podem estar envolvidos a esses sentimentos como gravidade da doença do paciente, convivência diária e ininterrupta associada à prestação de cuidados e à dependência do mesmo, o que também poderá repercutir na qualidade de sono dos mesmos (GRATÃO *et al.*, 2013; (LOUREIRO *et al.*, 2013; MARQUES *et al.*, 2006).

Faz-se necessário identificar algumas limitações, principalmente no que se refere a inclusão de profissionais como a gestora do serviço (assistente social) e o fisioterapeuta no estudo, por uma escolha deles próprios, por se sentirem na responsabilidade de cuidador. Essa escolha pode ter comprometido a homogeneidade das respostas, uma vez que eles apresentam uma realidade diferente das dos demais cuidadores entrevistados, e os instrumentos aplicados não contemplavam a realidade que eles vivem na esfera do cuidado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização de idosos fragilizados traz consigo a necessidade emergente de se repensar e adaptar os serviços das instituições de longa permanência para idosos,

no sentido de torna-la melhor para os usuários, e facilitar também a dinâmica de trabalho de cuidadores e demais profissionais da saúde.

A realidade observada demonstrou urgências em ações voltadas para o lazer do idoso institucionalizado e de se considerar as suas especificidades e características no processo terapêutico, e também de se fomentar um ambiente de trabalho ao cuidador que não venha a prejudicar a sua saúde funcional ao longo do tempo. O estudo de forma geral pretendeu identificar o perfil de saúde desses idosos e de seus cuidadores, mas a execução do trabalho acabou por se desenrolar também como uma mapa para rastrear focos de atenção e de intervenção para melhorar de maneira homogênea a qualidade do serviço.

É necessário o conhecimento por meio de informações obtidas de instrumentos validados para que se possa implementar e avaliar ações que garantam melhor assistência a esses idosos e cuidadores, considerando que os mesmos merecem atenção especial sob o aspecto emocional e psicológico.

REFERÊNCIAS

Barreto J, Leuschner A, Santos F, Sobral M. Escala de depressão geriátrica. In: Guerreiro M, Garcia C, Mendonça A. Escalas e testes na demência. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência. 2ª Edição. Lisboa, Portugal:GEECD, 2008. p. 65-8.

Batista AS, Araújo AB. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Rev soc estado [Internet]. 2011 [cited 2014 June 29];26(1):175–95.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro Psiquiatr [Internet]. 1994 [cited 2014 Mar 21];52(1):01–7.

Bezerra AB, Coutinho ES, Barca ML, Engedal K, Engelhardt E, Laks J. School attainment in childhood is an independent risk factor of dementia in late life: results from a Brazilian sample. Int Psychogeriatr [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 21];24(1):55–61.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 01]. Brasília (DF): MS.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuro Psiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2014 May 8];61(3B):777–81.

Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo, MCS, Coimbra Júnior CEA. Antropologia, saúde e envelhecimento. [Internet]. 2002 [cited 2014 Feb 13]; 20(1): 51-71.

Camarano AA, KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev bras estud popul [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 18];27(1):232-5.

Castro SD. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de caldas novas. Rev eletrônica saúde ciênc. [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 13];2(1):78-102.

Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 13];56(4):267–72.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 13];15(6):1144-9.

Faleiros VP, Morano T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 July 18];8(2):319-38.

Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 13];47(1):137-44.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2010: resultado do universo [Internet]. 2011 [cited 2014 June 19]. Rio de Janeiro (RJ).

Lopes FL, Tier CG, Lunardi Filho W, Santos SSC. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 17];6(1):59-67.

Loureiro LSN, et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 18];47(5):1133–40.

Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scienti Health Sci*. [Internet]. 2004 [cited 2014 Feb 13];26(1):135-45.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 1986 [cited 2014 Apr 21];148(1):23–6.

Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 13];14(3):364–71.

Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RM, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 18];15(4):182–8.

Rocha L, Souza E, Rozendo C. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 18];15(3):722-30.

Rosa PV, Glock L, Berlezi EM, Rossato DD, Rosa LHT. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2011 [cited 2014 May 04];8(1): 38-47.

Santana RS, Santos I, Caldas CP. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2014 Feb 12];58(1):44-8.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2002 [cited 2014 Mar 13];24(1):12–7.

CAPÍTULO 9

DIABETES MELLITUS E SUA RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 11/10/2021

Júlia de Oliveira Sacchi

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Isabela Jabra da Silva

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

João Pedro Mirandola Hervatin

Aluno do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Júlia Bettarello dos Santos

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Laís Ribeiro Braga

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Gabriela Carballo Menezes Mendonça

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Murilo Gasparotto Peres

Aluno do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Rafael Augusto do Nascimento

Aluno do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Beatriz Pizzi de Santi

Aluna do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN Franca- SP

Domitila Natividade Figueiredo Lopes

Enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL (1981), Mestrado em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN (2012). Docente do Curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN, Franca-SP

RESUMO: O Diabetes Mellitus é considerado uma doença crônica não transmissível que afeta muitos idosos na atualidade. Os maus hábitos ao longo da vida associados com o processo de envelhecimento, são fatores influentes no processo saúde-doença desses indivíduos. A introdução de uma rotina saudável com determinados cuidados se torna importante nesta faixa etária para controle da doença e busca de um bem-estar individual, evitando, dessa forma, consequências seriamente danosas tanto para o desempenho físico quanto para o desempenho funcional do indivíduo que já se encontra em período de senescência. Dessa forma, este relato tem por função trazer à tona o diálogo a respeito da doença, associando a história clínica de uma paciente idosa de 66 anos, portadora da enfermidade, possibilitando correlacionar

o quadro atual dela com a bagagem teórica apresentada, gerando uma reflexão para identificação de possíveis fatores predisponentes e elaboração de práticas que promovam uma melhor qualidade de vida levando à elaboração da prevenção contra agravos e a promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: diabetes; idoso; saúde-doença; cuidados.

DIABETES MELLITUS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ELDERLY LIFESTYLE

ABSTRACT: Diabetes Mellitus is considered a chronic non-infectious disease that affects many older adults nowadays. The bad habits throughout life associated with the aging process, are influential factors in the health-disease process of these individuals. The introduction of a healthy routine with certain care becomes important in this age group for disease control and search for individual well-being, avoiding, this way, seriously harmful consequences both for physical and functional performance of the individual who is already in a period of senescence. Therefore, this report is intended to bring out the dialogue about the disease, associating the clinical history of a 66-year-old patient, disease carrier, making it enable to correlate her current situation with the theoretical baggage presented, creating a reflection to identify possible predisposing factors and development of practices that promote a better quality of life leading to the disease prevention and health promotion.

KEYWORDS: diabetes; older adults; health-disease; care.

1 | INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia, pode ser entendido como uma doença que tem por característica a elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Esta alteração pode ocorrer tanto por defeitos na ação, como na secreção da insulina, a qual é responsável por promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela seja aproveitada para diversas atividades celulares. (SBEM, 2018)

De acordo com os dados epidemiológicos, tem-se verificado atualmente que esta doença tem apresentado um destaque entre as doenças crônicas não transmissíveis, devido sua expansão e acentuada morbimortalidade. A idade mais acometida se dá entre os 20 e 79 anos de idade, sendo que a prevalência encontrada para a população idosa acima de 65 anos ou mais foi de 22,1%. (Priscila, M A, et al. 2016)

Sendo assim, o diálogo acerca deste assunto se torna de extrema importância, à medida que esta enfermidade está relacionada tanto com um maior risco de morte prematura, quanto maior associação com outras comorbidades e principalmente com grandes síndromes geriátricas. (Priscila, M A, et al. 2016)

O DM tipo 1, ainda que possa envolver todas as idades, é o tipo diagnosticado frequentemente na infância e na adolescência, sendo que a causa principal para ele se dá por uma disfunção autoimune, causada pela destruição das células beta. Já o termo tipo 2

é utilizado para designar uma deficiência relativa à insulina, obtendo maior ocorrência entre as faixas etárias mais elevadas. (Lopes, R M F, 2013)

A prevalência de reconhecidos fatores de risco como, idade acima de 45 anos, sedentarismo, sobrepeso (IMC > 25), hipertensão (> 140x90 mmHg), triglicérides elevados e maus hábitos de vida podem explicar este cenário, o qual está diretamente atrelado às mudanças corporais ocorridas com o processo de envelhecimento. (Saúde M, 2006)

Alguns autores defendem como teoria do envelhecimento o estresse oxidativo que pode ocorrer ao longo dos anos, associado a um acúmulo de lesões celulares decorrentes de espécies reativas do oxigênio e nitrogênio derivados do metabolismo mitocondrial. Com o avançar da idade os radicais livres vão sendo acumulados propiciando o encurtamento de telômeros. Estes telômeros encurtados estão associados a um maior risco de aterosclerose, câncer de mama, diabetes e hipertensão arterial. (Silva, W J M, Ferrari CKB, 2011)

Todos os pacientes que apresentam fatores de risco requerem uma investigação diagnóstica laboratorial e/ou teste de tolerância à glicose. O teste para glicemia capilar pode ser utilizado para rastreamento, sendo que as pessoas cuja glicemia se situa entre 110 e 125 mg/dL podem apresentar alta probabilidade de ter diabetes. (Saúde M, 2006)

Apré-diabetes, pode representar esse estado de risco, não podendo ser caracterizada propriamente como um diagnóstico. Uma pessoa considerada de alto risco, segundo a ADA (American Diabetes Association), tem valores de glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL, glicemia medida 2 horas após ingestão de 75 gramas de glicose entre 140 e 199 mg/dL e hemoglobina glicada entre 5,7 e 6,4%. (Severo DMD, 2015)

O diagnóstico em si, só é realizado quando se obtém: uma glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, teste de tolerância à glicose > 200 ou glicemia casual ≥ 200 com sintomas clássicos. (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2000)

Os principais sintomas que caracterizam a enfermidade são os chamados “4ps”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição, embora muitas vezes essa possa se demonstrar como assintomática. (Saúde M, 2006)

Atrelando-se a isso tem-se a necessidade de tratamento, em vista que a hiperglicemia crônica está associada a lesões na microcirculação, prejudicando o funcionamento de vários órgãos como rins, olhos, nervos e coração. (SBEM, 2018)

Nos pacientes com DM2, prejuízos relacionados à cognição foram verificados em idosos, como atenção, memória e funções executivas, mesmo em pacientes sem um quadro claro de demência, se tornando uma das principais preocupações na atualidade. (Lopes, R M F, 2013)

A prática de exercícios físicos e as mudanças alimentares associadas à farmacoterapia necessária tem um papel fundamental para manutenção do quadro.

O exercício deve ser iniciado de forma gradual como caminhadas de 5 a 10 minutos

em terreno plano, aumentando semanalmente até se alcançar em torno de 30 a 60 minutos diários, devendo ser realizada por 5 a 7 dias na semana. Concomitantemente, a alimentação deve ser modificada, sendo recomendado o fracionamento das refeições para 5 a 6 refeições/lanches diários. (Saúde M, 2006)

O presente estudo tem como objetivo compreender, a partir de entrevista com uma paciente, o processo saúde-doença do idoso relacionando às doenças comuns da idade, que ameaçam sua integridade e desempenho, com a finalidade de se identificar fatores de risco para realização de intervenções e a atuação da promoção de saúde no âmbito social.

2 | DESCRIÇÃO DO CASO

Em uma visita ao Centro de Convivência do Idoso em uma cidade do interior paulista, foi realizada entrevista com os idosos locais com o intuito de analisar multidimensionalmente a vida do idoso, e com o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa analisar as comorbidades e formas de melhorar o bem-estar pessoal.

Primeiramente, em uma anamnese, foram colhidos dados da identificação e informações sociofamiliares, sendo relatado pela paciente que esta morava com seu filho de 45 anos, sendo assim, em caso de necessidade havia alguém na família com quem pudesse contar para acompanhá-la em consultas ou até mesmo contatar em casos de emergência. Referiu também que comumente realiza encontros com familiares e amigos, indo até a igreja ou ao Centro de Convivência. A paciente informou ter fácil acesso ao transporte, padarias, farmácias e supermercados, não necessitando de ajuda de terceiros.

Na avaliação da pessoa idosa, foram pesquisadas as comorbidades e os medicamentos tomados pela paciente, sendo identificado quadro de refluxo, com o uso de omeprazol (1 comprimido por dia), e diabetes, fazendo uso de sinvastatina 20 mg (1 comprimido por dia) e metformina 500mg (1 comprimido por dia), ambas as comorbidades diagnosticadas há 4 anos. Todos os medicamentos foram receitados pelo Médico da Família na Unidade Básica de Saúde, não identificando, portanto, quadro de polifarmácia (5 ou mais medicamentos) de acordo com a caderneta.

O protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES 13) também foi realizado, pesquisando a idade, autopercepção da saúde, julgada pela paciente como excelente quando comparada com outros idosos da mesma idade. Sobre a pesquisa das limitações físicas, a paciente relatou não apresentar nenhuma dificuldade como. Apresentando no final pontuação zero. Nas informações complementares, não foram notados esquecimentos, portanto, não foram identificadas alterações da cognição.

Na pesquisa dos hábitos de vida, a paciente conta que possui atividades de lazer, pratica atividades físicas três vezes por semana e faz pelo menos três refeições por dia, com alimentação variada, também tem o costume de consumir doces, refrigerantes, bolos e sobremesas, porém as vezes relata intervalos grandes entre as refeições. Não utiliza

grande quantidade de óleo, sal e gordura na preparação dos alimentos. Não faz o uso de álcool e tabaco, embora seja ex-tabagista.

Ao exame físico, esta apresentou peso de 79,3 kg, altura de 1,65 m e IMC: 29 o que indicou sobrepeso. O perímetro da panturrilha encontrado foi de 36,5 cm não obtendo necessidade de atenção, apenas acompanhamento de rotina.

Também relatou perda de peso intencional de 4,5 kg no último ano. A pressão arterial encontrada foi de 120x70 e a glicemia casual: 139 mg/dL.

3 | DISCUSSÃO

Correlacionando os dados obtidos pela paciente com as informações a respeito da doença, é possível identificar fatores influentes em seu processo saúde-doença. A prática alimentar inadequada associada ao sobrepeso tem contribuição significativa para piora do quadro necessitando de uma estratégia intervencionista.

Atualmente, mecanismos moleculares vêm sendo propostos relacionando o aumento do peso com o desenvolvimento da resistência à insulina. Isso acontece devido ao excesso de tecido adiposo e o consumo elevado de gorduras serem capazes de sintetizar e ativar proteínas com ações inflamatórias que influenciam na via intracelular da insulina causando prejuízos na translocação do GLUT 4 para a membrana plasmática. (Freitas MC, et al; 2014)

Outra prática realizada pela paciente e considerada como inadequada é a realização do jejum prolongado, em vista que esta apenas realiza três refeições ao dia, com medo de obter um aumento do peso.

O jejum prolongado pode levar a um excesso de lipólise, levando à formação de corpos cetônicos, os quais são prejudiciais. Estes são sintetizados na matriz mitocondrial dos hepatócitos a partir de um excesso de acetil-coA. (Unip, 2019)

As cetonas são substâncias ácidas que podem desequilibrar o pH do sangue, que se não for tratado pode levar a estado de coma e morte. Alguns sinais como boca seca, aumento de volume da urina, aumento dos níveis de glicose no sangue, mal-estar, vômitos, dor abdominal e hálito cetônico são considerados como alerta para a ocorrência deste processo. (Severo DMD, 2015)

Além disso, verifica-se o consumo excessivo por açúcar pela paciente, algo que pode prejudicar o quadro presente, pois o limite consumido para o açúcar diário é de 20 a 30g de forma fracionada substituindo outro carboidrato para evitar o aumento calórico. (Saúde M, 2006)

Os pacientes também devem ser encorajados a comer alimentos variados como: frutas, verduras, legumes, feijões e alimentos ricos em fibras. É importante realizar a orientação também acerca da preferência por cereais integrais, considerados como mais benéficos para o consumo. (Saúde M, 2006)

A obtenção da informação quanto a realização de atividades físicas pelo paciente se mostra de extrema importância para discussão, considerando sua importância para prática terapêutica.

Estudos recentes revelam que o exercício físico promove o aumento da captação de glicose para as células do músculo esquelético, aumentando a expressão e fosforilação de proteínas chaves na via energética. Uma sessão de exercício físico já é capaz de alterar a inflamação em estado de obesidade e resistência à insulina. (Freitas MC, et al; 2014)

Sendo assim, percebemos como a identificação vulnerabilidades e doenças existentes entre os idosos se tornaram fundamentais para a correlação entre o processo de envelhecimento e os problemas de saúde que mais comumente afetam determinada idade.

A oportunidade de se obter um olhar clínico, se tornou de grande importância para identificação de fatores de risco e condições predisponentes, tendo em vista que é possível a partir desses dados, elaborar práticas de intervenção para educação e promoção de saúde, auxiliando para o bem-estar individual.

REFERÊNCIAS

Freitas MC, Ceschini FL, Ramallo BT. **Resistência à insulina associada à obesidade: efeitos anti-inflamatórios do exercício físico.** Revista Brasileira Ciência e Movimento. 2014/março.

Lopes, R M F. **Cognição e Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos.** Scielo. Dez/2011.

Priscila, M A, et al. **Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa.** Scielo. Nov/2016

Saúde M. **Caderno de Atenção Básica- Diabetes Mellitus.** Brasília. 2006.

SBEM- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. **O que é diabete?** Available from: <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>. 2018.

Severo DMD. **Diabetes.** Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015

Silva, W J M, Ferrari CKB. **Metabolismo mitocondrial, radicais livres e envelhecimento.** Scielo. 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** Consenso Brasileiro de Diabetes. Maio/2000.

Unip. **Metabolismo dos corpos cetônicos.** Available from: https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/36255.PDF. 2019.

CAPÍTULO 10

DO PARTO DESEJADO AO REALIZADO: ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 06/09/2021

Lara Parreira de Souza

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto
de Ciências Exatas e Naturais do Pontal,
Ituiutaba-MG
<http://lattes.cnpq.br/5512951635834759>

Paula Carolina Bejo Walkers

Universidade Federal de Uberlândia, Hospital
das Clínicas, Uberlândia – MG
<http://lattes.cnpq.br/0093435526376573>

Carla Patrícia Bejo Walkers

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto
de Ciências Exatas e Naturais do Pontal,
Ituiutaba-MG
<http://lattes.cnpq.br/4709185620670481>

RESUMO: O parto é um evento fisiológico que tem sido altamente medicalizado no Brasil, afastando-se do modelo de humanização preconizado pela OMS. O objetivo do presente estudo foi avaliar a via de parto desejada pelas gestantes atendidas por uma unidade de saúde, e identificar práticas intervencionistas utilizadas para sua realização. Para isto, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, com análise dos dados coletados por meio de questionários semiestruturados, ao longo do período gestacional e puerperal de gestantes atendidas por uma unidade de saúde pública. Os resultados indicaram que 64% das gestantes referiram decisão pelo parto vaginal, a maioria por acreditar ser mais saudável, porém, apenas 38%

das mulheres experienciaram esta via de parto. Em relação aos partos vaginais, observou-se que 100% das mulheres foram colocadas em posição litotômica por exigência do serviço/profissionais da saúde. Em 100% dos partos não houve contato da mãe com o neonato imediatamente após o parto. Além disso, houve um alto índice de intervenções como a episiotomia (100%) e manobra de Kristeller (50%). Em conclusão, notou-se predominância de um atendimento medicalizado e intervencionista no parto das entrevistadas, evidenciando uma assistência distante daquela preconizada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado; Cesárea; Parto Normal.

FROM THE DESIRED DELIVERY TO THE PERFORMED: DELIVERY ASSISTANCE IN WOMEN USERS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

ABSTRACT: Childbirth is a physiological event that has been highly medicalized in Brazil, moving away from the humanization model advocated by the WHO. The aim of this study was to evaluate the type of delivery desired by pregnant women attended by the a health unit, and to identify interventionist practices used during the labor. For this, a qualitative study was carried out, with analysis of data collected through semi-structured questionnaires, throughout the gestational and postpartum period of pregnant women assisted by a public health unit. The results indicated that 64% of the pregnant women reported a decision for vaginal delivery, the majority believing it to be

healthier, however, only 38% of these women experienced the vaginal delivery. Regarding vaginal births, it was observed that 100% of the women were placed in the lithotomy position as required by the health service/professionals. In 100% of deliveries there was no contact between the mother and the newborn immediately after delivery. Furthermore, there was a high rate of interventions such as episiotomy (100%) and Kristeller maneuver (50%). In conclusion, there was a predominance of medicalized and interventionist care in the labor of the interviewees, evidencing assistance far from that recommended by the Ministry of Health and the World Health Organization.

KEYWORDS: Humanized birth; cesarean; normal birth.

1 | INTRODUÇÃO

O parto é um momento sublime vivenciado entre mães e filhos, mas apesar de ser um procedimento habitual dentro de hospitais e maternidades, representa uma experiência particular para as gestantes e suas famílias e, por essa razão, deve ser atendido de forma acolhedora, segura e respeitosa, (OLIVEIRA et al. 2010; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Esta segurança é importante, pois muitas gestantes sentem medo e ansiedade ao pensarem na hora do parto, principalmente as primigestas (TEDESCO et al. 2004). No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) (Portaria/GM nº 569) garante assistência que prioriza os direitos das gestantes, mães e recém-nascidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde além de garantir acesso e qualidade durante os acompanhamentos (BRASIL, 2000). O atendimento humanizado ao parto deve permitir a valorização do ato fisiológico e é reconhecido por trazer benefícios tanto para a saúde da parturiente quanto do bebê, permitindo que mãe e filho sejam os protagonistas e o parto seja realizado naturalmente, sem a necessidade de procedimentos invasivos (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Entretanto, a despeito destas orientações, o que se observou no Brasil, nas últimas décadas, foi o aumento vertiginoso no número de cesáreas, que corresponderam a mais de 56% dos partos realizados em 2019 (DATASUS, 2021). Este índice demonstra que o cenário do nascimento vai na contramão do preconizado pelo Programa de Humanização, sendo este um quadro extremamente preocupante do ponto de vista da saúde pública, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesáreas em uma população não deve ultrapassar 15% (OMS, 2015). Estes altos índices de cesáreas podem relacionados ao fato do parto ser tratado como uma patologia, priorizando, assim, a utilização da prática cirúrgica. Somado a disso, outros fatores, como o avanço tecnológico e científico, contribuem para este tipo de prática, mesmo em gestantes de risco habitual (CASTRO; CLAPIS, 2005; SANTOS et al., 2018a). A intensa utilização desta tecnologia leva a “desumanização” do parto, aumentando o risco dos envolvidos, mães e bebês, sofrerem iatrogenia (LEAL et al., 2014; PASCHE et al., 2010). Cabe ressaltar, também, que a indicação da cesárea pela maioria dos profissionais da saúde é prevalente por ser um

procedimento considerado rápido e rentável, principalmente nas redes privadas (PASCHE et al., 2010, BARCELLOS et al., 2009). Neste contexto, o objetivo desse estudo foi acompanhar gestantes e parturientes, avaliando a via de parto desejada e realizada, além de identificar, por meio dos relatos dessas mulheres, quais procedimentos, considerados invasivos, foram utilizados no parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo conduzido por meio de entrevistas realizadas com mulheres nos períodos gestacional e puerperal, atendidas em uma unidade de saúde localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais. Foi definido como universo do estudo, gestantes que realizaram o pré-natal na referida unidade de saúde e que encontravam-se no primeiro trimestre de gestação (≤ 12 semanas). Esse serviço de saúde pública realiza atendimentos pré-natais, pediátricos e psicológicos no município.

A amostragem foi de ocasião, sendo incluídas no estudo as gestantes presentes na unidade de saúde nos momentos das visitas, que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. No total, foram entrevistadas 40 gestantes na primeira etapa do estudo. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 e maio de 2018 e foi dividida em três momentos sendo duas entrevistas realizadas durante o período gestacional, uma a cada trimestre de gestação (primeira: ≤ 12 semanas; segunda: entre 20 a 24 semanas) e uma terceira entrevista aplicada durante o puerpério (até 8 semanas após o parto). As entrevistas foram realizadas por meio de questionários semiestruturados padronizados e aplicados na sala de espera da unidade de saúde.

Na primeira etapa do estudo, as gestantes foram questionadas acerca das suas características sociodemográficas, paridade (número de filhos), conhecimento a respeito do parto humanizado (nenhum, pouco ou muito), via de parto desejada e razões para escolha, assistência recebida durante o pré-natal, e sinais e sintomas anormais durante o período de gestação (diabetes e hipertensão arterial). No segundo momento do estudo, as gestantes foram questionadas sobre a escolha da via de parto (se houve alguma mudança na escolha do parto e o que a motivou), sinais e sintomas anormais durante a gestação (considerando gestante e bebê), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e ganho de peso durante a gestação.

Na última etapa as parturientes responderam questões referentes aos procedimentos realizados desde o trabalho de parto até o nascimento do bebê, tais como: presença e duração do trabalho de parto, via de parto realizada, presença de acompanhante, contato com o recém-nascido após o parto, nível de satisfação e frustração com a experiência do parto. A presença de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e no parto também foram avaliadas, como: permanência em jejum por indicação médica, posição de litotomia, analgesia, episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana.

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, as parturientes foram categorizadas de acordo com a Classificação de Robson, feita em 10 grupos, baseada em cinco características obstétricas de fácil identificação: paridade (nulípara ou multípara, com e sem cesárea anterior), início do parto (espontâneo ou induzido), idade gestacional, apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e número de fetos (único ou múltiplo) (ROBSON, 2001). Para avaliar a contribuição de cada grupo na ocorrência de cesarianas, foram calculadas as proporções absoluta (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de partos realizados) e relativa (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de cesáreas realizadas).

A prevalência de partos cesarianos e partos vaginais também foi avaliada na população estudada, bem como a comparação entre as gestantes que tiveram e aquelas que não tiveram o parto inicialmente desejado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 64193316.5.0000.5152). Todas as gestantes foram esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e aquelas que desejaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes não foram identificadas em nenhuma das fases de execução do estudo, garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados.

3 | RESULTADOS

Das 40 gestantes que participaram do estudo, 25 concluíram todas as etapas da entrevista, sendo que daquelas que não concluíram, 7,5% foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo (gestação acima de 12 semanas), 7,5% sofreram perda fetal antes de completarem 24 semanas de gestação e 22,5% não puderam ser encontradas por meio do telefone de contato fornecido na primeira entrevista. Assim, os resultados apresentados referem-se às participantes que concluíram todas as etapas do estudo (n=25).

A média de idade das participantes foi de $24 \pm 5,33$ anos com predomínio de mulheres casadas (68%) e multigestas (72%). Quanto ao nível de escolaridade, houve a prevalência de mulheres com ensino médio (56%), sendo que apenas 8% apresentavam ensino superior completo. Quanto ao histórico obstétrico, dentre as multíparas, 83% apresentavam cesárea anterior. Na tabela 1 encontram-se as características das gestantes entrevistadas.

| Variável | N | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Idade (anos) | | |
| < 20 | 4 | 16 |
| 20 a 25 | 10 | 40 |
| > 25 | 11 | 44 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental | 7 | 28 |
| Médio | 14 | 56 |
| Superior | 4 | 16 |
| Estado civil | | |
| Solteira | 9 | 36 |
| Casada | 16 | 64 |
| Nº de gestações | | |
| Primigesta | 7 | 28 |
| Multigesta | 18 | 72 |
| Via de parto desejada | | |
| Vaginal | 16 | 64 |
| Cesárea | 9 | 36 |
| Via de parto realizada | | |
| Vaginal | 6 | 24 |
| Cesárea | 19 | 76 |

Tabela 1. Características sociodemográficas, obstétricas e gestacional das gestantes entrevistadas. Ituiutaba-MG, 2018

Fonte: As autoras

Quanto a via de parto desejada pelas gestantes no primeiro trimestre de gestação, 64% declararam como primeira opção o parto vaginal, sendo que destas, 94% atribuíram a escolha por acreditar ser esta a via mais saudável. O desejo pelo parto vaginal foi referido por todas as primigestas e por 50% das multiparas, sendo que destas, cerca de 77% tiveram cesárea anterior. Entre as gestantes que referiram o parto cesáreo como primeira opção, aproximadamente 44% declararam esta preferência por acreditarem ser a via mais segura, enquanto um terço teve recomendação médica. Uma das razões mencionadas pelas multigestas para escolha da cesariana como primeira opção foi o desejo de realizar a laqueadura tubária.

Com relação ao tipo de parto realizado, apenas 38% das mulheres que referiam decisão pelo parto vaginal na primeira entrevista vivenciaram tal experiência. Em contrapartida, daquelas que optaram pela cesariana, 89% tiveram seus bebês por meio deste procedimento. Dentre as parturientes que optaram inicialmente pelo parto vaginal e foram submetidas à cesariana por indicação médica, em relação às justificativas, foi observado que em 46,7% dos casos o procedimento foi realizado em parturientes com

cesariana anterior, em 9% a cesariana foi emergencial, por ser gestação gemelar (9%), em 27,3% devido à gestação ter ultrapassado 40 semanas e em 9% devido ao prolongamento do trabalho de parto por mais de doze horas, com processo de dilatação lento. Dentre as parturientes submetidas à cesárea, 15,8% relataram sentimento de frustração por não terem realizado o parto vaginal.

Na assistência das mulheres que utilizaram a via de parto vaginal, 67% estavam com acompanhantes, a maioria foi orientada à permanecer em jejum durante o trabalho de parto (83%) e 80% foram submetidas ao exame de toque por até 3 vezes. O tempo de duração do trabalho de parto referido foi de 4 à 10 horas e neste período todas tiveram liberdade para se movimentar. Durante o período expulsivo do parto todas as parturientes foram colocadas em posição de litomia e a maioria foi submetida à intervenções, tais como manobra de Kristeller (50%), anestesia local (100%) e episiotomia (100%). Nenhuma das parturientes submetidas ao parto vaginal teve contato direto com o neonato imediatamente após o parto.

Entre as parturientes que foram submetidas a cesárea, 15,8% a fizeram por opção inicial, aproximadamente 63% não puderam ser acompanhadas no centro cirúrgico, 42,1% foram submetidas à manobra de Kristeller, 47,4% tiveram pés e/ou mãos amarrados no momento do parto e nenhuma relatou ter contato com o neonato imediatamente após o parto. Verificou-se, ainda, que uma boa parte das parturientes entrou em trabalho de parto (47,3%), com duração inferior a 4 horas (42,1%) e realizou exame de toque por até 3 vezes (78,9%).

No que se refere ao grau de avaliação quanto a sua experiência no período puerpério, em ambas as vias de parto, constatou-se que 53% das parturientes consideraram o parto como bom, 44% ótimo e apenas 4% como regular.

Dentre as gestantes entrevistadas, 36% declararam não possuir nenhum conhecimento sobre o parto humanizado e daquelas que declararam possuir pouco conhecimento, a principal fonte de informações foi a internet (47%).

Já quanto à avaliação das parturientes e categorização na Classificação de Robson, foi observado que o grupo 5 (múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único e cefálico com ≥ 37 semanas) foi o prevalente, conforme apresentado na tabela 2.

| Descrição | N (%) | Taxa de cesárea (%) | Contribuição absoluta (%) | Contribuição relativa (%) |
|--|-------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo | 12 | 33 | 4 | 5,3 |
| 2. Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada | 8 | 100 | 8 | 10,5 |

| | | | | |
|---|----|-----|----|------|
| 3. Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Multípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cesariana anterior | 40 | 90 | 36 | 47,4 |
| 6. Nulípara com feto em apresentação pélvica, qualquer idade gestacional | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Multípara, feto único, pélvico (inclui cesariana prévia) | 8 | 100 | 8 | 10,5 |
| 8. Gestação múltipla (inclui cesariana prévia) | 8 | 100 | 8 | 10,5 |
| 9. Feto em apresentação transversa/obliqua (inclui cesariana prévia) | 4 | 100 | 4 | 5,3 |
| 10. Gravidez de < 37 semanas, feto único, cefálico (inclui cesariana prévia) | 12 | 67 | 8 | 10,5 |

Tabela 2. Prevalência de cesarianas segundo a classificação de Robson em Ituiutaba – MG 2018

4 | DISCUSSÃO

A despeito do desejo pela via de parto vaginal referido pela maior parte das gestantes entrevistadas, o presente estudo demonstrou alta prevalência de partos cesarianos, inclusive acima da média nacional, além da incidência de práticas intervencionistas em todos os partos realizados. Estudos de Dias et al. (2008) e Nascimento et al. (2015) corroboram os dados aqui apresentados, mostrando que muitas mulheres são submetidas a essa prática cirúrgica, mesmo optando pela via de parto vaginal.

O Brasil é conhecido como um dos países com maior índice de cesárea no mundo, representando um desafio para a política de saúde pública. Somente na região sudeste, onde o presente estudo foi realizado, a proporção de partos cesáreos foi superior a 58% em 2019 (DATASUS, 2021). A prevalência de cesarianas observada no município de Ituiutaba-MG, acima da média nacional e regional, que já são consideradas extremamente altas, evidencia fragilidades importantes relacionadas à assistência ao parto no SUS, com práticas muito distantes daquelas preconizada pelo MS e pela OMS.

O parto vaginal foi referido como ideal pela maioria das gestantes. Os motivos revelados foram similares aos encontrados em outros estudos (NASCIMENTO et al., 2015; LEGUIZAMON et al., 2013; CAMPOS et al., 2014), mostrando que a principal razão foi por esta ser considerada a via mais saudável, tanto para sua recuperação quanto para a saúde do recém-nascido. Nesse aspecto, o parto vaginal possui diversas vantagens, permitindo maior vínculo entre mãe e bebê, garantindo rápida recuperação da parturiente, diminuindo a incidência de problemas respiratórios no recém-nascido e de infecções hospitalares (HANSEN et al., 2008; VELHO et al., 2014).

Entretanto, embora a preferência pelo parto vaginal tenha sido prevalente, a maior parte das parturientes que desejavam esta via de parto foi submetida à cesariana por indicação médica, sendo as justificativas observadas: presença de gestação gemelar, múltiparas com cesárea anterior, prolongamento do período gestacional (acima de 40 semanas) e trabalho de parto prolongado com processo de dilatação lento. Além disso, nas parturientes que apresentavam a cesárea como via de parto anterior, este índice foi ainda mais alarmante, com quase a totalidade destas sendo submetidas novamente a este procedimento. Estes resultados indicam que, apesar do desejo pelo parto vaginal, o desfecho principal foi a cesárea, que, quando realizada de forma desnecessária, principalmente em gestantes de risco habitual, aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal (LEAL et al., 2014). Os estudos de Leal et al. (2014) e Hansen et al. (2008) comprovam que a realização da cesariana eletiva, principalmente quando em menor idade gestacional, aumenta as chances do neonato apresentar problemas respiratórios, indicando que o trabalho de parto é um fator importante na maturação pulmonar do bebê.

Contudo, existem razões específicas em que a cesárea se torna a via de parto mais indicada, dentre as quais, podemos citar: herpes ativo na hora do trabalho de parto, gemelaridade – dependendo da idade gestacional e apresentação dos fetos no momento do parto, condilomas e/ou tumores que impossibilitem a apresentação fetal e progresso do trabalho de parto, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, dentre outros (DOMINGUES et al., 2014). No presente estudo, dentre as parturientes submetidas à cesárea, foi observado que em apenas 12% o procedimento cirúrgico foi realizado de forma emergencial, devido às intercorrências gestacionais, como sofrimento fetal e aumento da pressão arterial da parturiente. Este percentual de ocorrência de cesarianas encontra-se dentro do índice considerado seguro, de acordo com a OMS (OMS, 2015).

Dentre as mulheres que declararam preferência pela cesárea foi observado que o desejo pela laqueadura tubária, especialmente em gestantes com cesáreas anteriores, é um dos influenciadores na escolha da via de parto cirúrgica. Isto se deve, provavelmente, ao fato de a legislação brasileira não permitir que a laqueadura seja realizada durante o parto ou até o 42º dia de pós-parto, com exceção dos casos em que a parturiente comprove a necessidade de tal procedimento, como a ocorrência de cesáreas anteriores (BRASIL,

2013). Outro fator referido como razão para a escolha da cesárea foi o medo da dor do parto. Este medo permeia o pensamento de muitas mulheres, decorrente dos paradigmas impostos pelos instrumentos midiáticos. Além disso, a falta de conhecimento sobre as vias de parto, suas vantagens e desvantagens no que diz respeito à saúde da mãe e do bebê e as alterações emocionais e físicas que cada via acarreta, ocasiona medo e insegurança em escolher o parto vaginal, concedendo o poder de decisão ao profissional envolvido, por ser este o “detentor do conhecimento” (OLIVEIRA et al., 2010; COPELLI et al., 2015).

De fato, a maioria das gestantes entrevistadas mencionou que possuía pouco ou nenhum conhecimento sobre o parto humanizado, sendo observado que a escolaridade estava relacionada a este nível de conhecimento. A humanização do parto é um modelo de assistência que combate os paradigmas impostos pelo modelo tecnocrático e intervencionista acerca do nascimento no Brasil e no mundo (CARVALHO, 2002; MENDONÇA, 2015). Preconizado pelo MS e OMS, os métodos inseridos neste modelo contribuem para amenização das dores parto, sendo alternativas acessíveis, menos invasivas e de baixo custo que podem ser implantadas em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, apesar dos benefícios inerentes deste modelo sua realização é mencionada pela menor parte das mulheres em sua experiência de parturição (MOMGUILHOTT et al., 2018), evidenciando que a falta de conhecimento a respeito destas práticas, indicada no presente estudo, pode ser um dos fatores que contribui para a elevada taxa de procedimentos invasivos, os quais podem culminar na realização da cesárea.

Segundo a OMS, dentre os fatores que auxiliam as parturientes no período parturitivo, a recomendação de acompanhante de escolha pessoal, está associada à benefícios, como o aumento da chance de um parto vaginal espontâneo, redução da duração do trabalho de parto e da ocorrência de parto vaginal instrumental, além da diminuição de experiências negativas associadas ao parto (OMS, 2018). No Brasil, a legislação vigente (Lei nº 11.108/2005) garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Entretanto, apesar da garantia legal, o presente estudo demonstrou que a restrição da presença de acompanhantes é uma prática rotineira, especialmente naquelas mulheres submetidas à cesárea, o que pode interferir negativamente no estado emocional da parturiente. Estudo realizado por Dodou et al. (2014) demonstrou que, de fato, a presença de acompanhante no momento do parto proporciona segurança e bem estar à parturiente, além de permitir maior vínculo com o bebê desde o nascimento.

Apesar das recomendações feitas pela OMS e o MS em relação à assistência ao parto, além da restrição de acompanhamento, o presente estudo detectou a realização de uma série de intervenções obstétricas invasivas na população estudada, sendo este cenário também observado em diversas instituições de saúde espalhadas pelo país (LEAL; GAMA, 2014). Houve prevalência de práticas como a posição de litotomia e a episiotomia, observadas em todas as parturientes que tiveram o parto vaginal, além da manobra de

Kristeller, em 50% dos casos, demonstrando a desvalorização da fisiologia do parto. Ratificando o exposto, diversos autores (LEAL et al., 2014; SILVA et al., 2013; VOGT et al., 2014) apontaram que a frequência de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto foi elevada, principalmente a posição de litotomia e a episiotomia.

Neste estudo, a posição de litotomia foi identificada em todas as parturientes que vivenciaram o parto vaginal e que apresentavam risco habitual. Em estudo similar, a posição de litotomia era utilizada na rotina de maternidades da rede pública da cidade do Rio de Janeiro, com índice de até 98% (D'ORSI et al., 2005). Embora rotineira, a posição horizontal não favorece a evolução do trabalho de parto e induz a utilização de ocitocina exógena, resultando, muitas vezes, na cesárea como de via de parto final (OMS, 2018). Em contrapartida, posições verticalizadas durante a primeira etapa do trabalho de parto, favorecem sua evolução, não estando correlacionadas com o aumento de uso de intervenções e/ou impactos negativos aos envolvidos (LAWRANCE et al., 2013). Para mulheres não submetidas a analgesia epidural a OMS recomenda que a posição adotada seja aquela na qual a mulher se sinta mais confortável, incluindo as posições verticais. De fato, a escolha da posição vertical pode reduzir, até mesmo, a incidência de episiotomia (OMS, 2018).

A episiotomia é uma das intervenções que foram implantadas na rotina da assistência ao parto, com a justificativa de conter as lacerações do períneo (LEAL et al., 2014). Em contrapartida, os autores Oliveira e Miquilini (2005) e Santos et al. (2018b) defendem que essa prática pode aumentar as chances da ocorrência de laceração perineal, além de infecção e hemorragia. A prática da episiotomia na totalidade das mulheres submetidas ao parto vaginal neste estudo se contrapõe às recomendações da OMS e MS as quais sugerem que a taxa de episiotomia deve variar entre 10% a 15% dos casos, sendo utilizada apenas em situações restritas (OMS, 2018; BRASIL, 2014). Além disso, as evidências atuais sugerem que a episiotomia não é recomendada como prática rotineira em mulheres em parto vaginal espontâneo (OMS, 2018).

Além destes fatores, a maioria das equipes responsáveis pelo atendimento de parturientes utilizam mecanismos, como a manobra de Kristeller, com o intuito de facilitar o nascimento, tanto durante o parto vaginal quanto o cesáreo (LEAL et al., 2014; D'ORSI et al., 2005), sendo esta prática observada em quase metade das entrevistadas do presente estudo. Porém, apesar de rotineira em muitas maternidades, a OMS não recomenda a aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o nascimento durante a segunda fase do trabalho de parto, e considera que esta prática pode causar danos para a mãe e o bebê, estando relacionada a experiências de parto mais dolorosas, além de aumento nos riscos de ruptura uterina e morte perinatal. Estudo de caso clínico que avaliou possíveis complicações decorrentes da manobra de Kristeller evidenciou a ocorrência de rupturas uterinas, além de sérios danos ao recém-nascido sendo recomendado o controle desse procedimento de forma rotineira (HABEK et al., 2008).

Procedimentos como estes, realizados rotineiramente, são considerados abusivos, sendo classificados como violência obstétrica (VO) (OLIVEIRA; PENNA, 2017). A OMS considera que a VO é uma forma de violência enraizada nas culturas organizacionais das instituições de saúde e a classifica em intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê), abuso, humilhação e agressão verbal ou física, falta de insumos e instalações inadequadas, práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verídicas e suficientes, discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos (JARDIM; MODENA, 2018). No presente estudo, pode-se observar esta prática mediante a realização rotineira de intervenções, como a episiotomia, sem o consentimento de algumas parturientes. Ainda, estudo realizado por Oliveira e Pena (2017) mostrou que a violência contra parturientes é observada cotidianamente nas salas de parto dos municípios do Centro-Oeste de Minas Gerais. Neste contexto, a OMS recomenda o apoio intensivo dos governos para adoção de medidas que visem combater o desrespeito e os maus-tratos, além da implementação de ações que tenham o intuito de apoiar a mudança na conduta dos profissionais envolvidos, garantindo que as mulheres tenham acesso a um atendimento respeitoso, atencioso e competente (OMS, 2014).

Para identificar os possíveis desfechos que as parturientes deveriam ser submetidas durante o período puerpério, além de avaliar as taxas de parto cesáreo na população estudada, a partir das características de cada grupo, o presente estudo optou por utilizar a Classificação de Robson (OMS, 2015). A maioria das parturientes foi classificada dentro do grupo 5, com mulheres multíparas, feto único em apresentação cefálica, com cesárea anterior, contribuindo relativamente em 47,4% das cesáreas realizadas. Nesse sentido, um dos desafios já observados é a redução dos índices deste procedimento entre mulheres com cesárea anterior. De fato, diversos autores (DIAS et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2014) corroboram os resultados apontados neste estudo, demonstrando que a ocorrência de parto cesáreo é mais prevalente em mulheres que apresentam cesárea anterior.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de partos cirúrgicos na rede pública de atendimento do município, além da predominância de um atendimento medicalizado, mesmo nas parturientes submetidas ao parto vaginal, ignorando as evidências científicas que visam melhorar a qualidade desse modelo de assistência. Além disso, identificou-se altos índices de procedimentos invasivos durante os períodos parturitivo e puerperal, evidenciando experiências negativas sugestivas de VO. Nesse sentido, com vistas à qualidade do atendimento e segurança na assistência torna-se imprescindível, por parte de gestores e profissionais da saúde a elaboração de ações políticas que visem o

aprimoramento da assistência ao parto, prezando a assistência integral, humanizada e pautada em evidências científicas e recomendações da OMS e MS. Este estudo apresentou limitações em relação ao tamanho da amostra não permitindo a generalização dos dados. Dessa forma, sugerimos a realização de mais estudos no município que visem descrever e aprofundar no contexto da assistência obstétrica ofertada tanto na rede pública quanto na rede privada de saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, L.G.; SOUZA, A.O.R.; MACHADO, C.A.F. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 497-510, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em: 03 ago 2021.

BRASIL. **Lei n 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as 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. Diário Oficial da União, 2005; 8 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 300p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSus, v.4: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 465p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (versão resumida)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 51p.

CAMPOS, A.S.; DE ALMEIDA, A.C.C.H.; DOS SANTOS, R.P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 332-341, 2014.

CARVALHO, M.L. O renascimento do parto e do amor. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 521-523, 2002.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.13, n.6, p. 960-967, 2005.

COPELLI, F. H.S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 336-343, 2015.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 645-654, 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasil: DATASUS; 2021.

- DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1521-1534, 2008.
- DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.
- DOUDOU, H.D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v.18, n. 2, p. 262-269, 2014.
- GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização do parto e nascimento. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15; n.1, p. 107-114, 2006.
- HABEK, D.; BOBIĆ, M.V.; HRGOVIĆ, Z. Possible fetomaternal clinical risk of the Kristeller's expression. **Central European Journal of Medicine**, v. 3, n. 2, p. 183-186, 2008.
- HANSEN, A.K. et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **Bmj**, v. 336, n. 7635, p. 85-87, 2008.
- JARDIM, D.M.; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3069, 2018.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2013.
- LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, p. 17-47, 2014.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Sumário Executivo Temático de Pesquisa**. 2014. Acesso em: 12 jun 2019.
- LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, p. 509-517, 2013.
- MENDONÇA, S.S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 250-271, 2015.
- MONGUILHOTT, J.J.C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.
- NASCIMENTO, R.R.P. et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 36, p. 119-126, 2015.
- OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivendo o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.
- OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 288-295, 2005.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev Rene**, v. 11, p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Acesso em: 10 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. Acesso em: 10 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, World Health Organization, 2018. 200p. Acesso em: 10 ago 2021.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus – Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n.4, p.105-117, 2010.

ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal and maternal medicine review**, v. 12, n. 1, p. 23-39, 2001.

SANTOS, G.O. et al. Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section. **Fundamental Care Online**, v.10, n.1, p. 233-241, 2018a.

SANTOS, L.M. et al. Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2233-44, 2018b.

SILVA, R.C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 629-636, 2013.

TEDESCO, R.P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da vida de parto. **RBGO**, v. 26, n.10, p. 791-798, 2004.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 282-289, 2014.

VOGT, S.E; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 304-313, 2014.

CAPÍTULO 11

ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 23/08/2021

Anelize Coelho de Azevedo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Residente de Enfermagem Saúde da
Família
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0003-2109-7959>

Thais Silva de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Residente de Enfermagem Saúde da
Família
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-4612-6843>

Norma Valeria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Faculdade de Enfermagem, Docente
do Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica
Rio de Janeiro – RJ
<http://orcid.org/0000-0002-2936-3468>

Patricia Lima Pereira Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Faculdade de Enfermagem, Docente do
Departamento de Enfermagem Materno-infantil
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0001-7086-8970>

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Faculdade de Enfermagem, Docente
do Departamento de Enfermagem de Saúde
Pública
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-9389-1161>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
UERJ, Faculdade de Enfermagem, Docente
do Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-6216-484X>

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
– UERJ, Faculdade de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem em Saúde
Pública
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-1099-370X>

RESUMO: Objetivo:relatar a experiência das residentes durante a vivência na Unidade Básica de Saúde, destacando os atendimentos do Enfermeiro de Família durante as consultas de enfermagem de pré-natal, puericultura, saúde da mulher e demandas espontâneas. Método:Trata-se de um estudo qualitativo,descritivo, do tipo relato de experiência,sobre a vivência de duas residentes de enfermagem durante a realização do estágio optativo em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Jijoca de Jericoacoara no Ceará, em novembro de 2020. Resultados: A experiência contribuiu para a aprendizagem teórico-prática das residentes de enfermagem, promovendo o aperfeiçoamento da prática clínica, além de ter colaborado nos atendimentos e na resolução de problemas do usuário por meio dos olhares diferenciados trazidos pelas diferentes experiências. Conclusão: Conhecer a estratégia de Saúde da Família em um município

do Nordeste pode contribuir tanto para o aprendizado, quanto para o trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro. A experiência reforçou a importância da prática social do enfermeiro na atenção primária como potência de cuidado e transformação da realidade dos usuários atendidos.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeira; Estratégia Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Educação em enfermagem.

NURSES IN FAMILY HEALTH IN CEARÁ: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: to report the experience of residents while living in the Basic Health Unit, highlighting the care provided by the Family Nurse during prenatal, childcare, women's health and spontaneous demands. Method: This is a qualitative, descriptive, experience-report-type study on the experience of two nursing residents during their optional internship at a Basic Health Unit in the Municipality of Jijoca de Jericoacoara, Ceará, in November 2020. Results: The experience contributed to the theoretical-practical learning of nursing residents, promoting the improvement of clinical practice, in addition to having collaborated in the care and in the resolution of user problems through the differentiated perspectives brought by different experiences. Conclusion: Knowing the Family Health strategy in a city in the Northeast can contribute both to learning and to the work developed in Rio de Janeiro. The experience reinforced the importance of the social practice of nurses in primary care as a power for care and transformation of the reality of the users served.

KEYWORDS: Nurse; Family Health Strategy; Primary health care; nursing education.

INTRODUÇÃO

O Programa de Especialização modalidade residência em enfermagem em saúde da família (ERSF) foi criado a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) e a Faculdade de enfermagem da UERJ. Nesse programa está previsto o estágio optativo de enfermagem, que é realizado no último ano da residência, com o intuito de estimular o residente a construir pensamento crítico, proatividade, aperfeiçoamento de técnicas, vivências e compreensão da realidade dos serviços que o Enfermeiro está inserido (GARCIA, et al, 2018).

Nesse sentido, foi estabelecida uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município do Ceará para o residente vivenciar o atendimento de qualidade ao usuário das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma integral, pela imersão no contexto das equipes da estratégia da saúde da família (EESF) local.

Durante a residência, o enfermeiro é o ator principal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo incentivado a desenvolver: tomada de decisão, visão crítica aguçada, comunicação e liderança, tendo em vista o indivíduo e o coletivo, bem como ações do cotidiano profissional e da organização de trabalho nas equipes (RAMOS, RENNÓ, 2018).

O interesse em vivenciar a realidade de uma UBS no nordeste do Brasil surgiu durante a residência da ESF, no Rio de Janeiro, a partir do contato com usuários nordestinos que

residiam no município. Esta experiência no Nordeste possibilitou a melhor compreensão sobre a cultura e o modo de viver, permitindo cuidar melhor dessa população no Rio de Janeiro. Além de se apropriar de saberes e práticas pelo compartilhamento de experiências com os profissionais da UBS daquela região.

O cuidado em enfermagem embasado na competência cultural se tornando mais empático a questões de etnia, raça, cultura, gênero e orientação sexual contempla uma diversidade de formas de executar as ações em saúde individual e coletiva dentro da realidade vivenciada (SILVA, ALENCAR, DIAS, ROCHA, 2021).

Assim, a experiência realizada no estágio optativo pode contribuir para a qualificação do cuidado em enfermagem na ESF, a partir de suas semelhanças e diferenças em regiões distintas do Brasil, mesmo em um contexto de pandemia.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é relatar a experiência das residentes durante a vivência na UBS como Enfermeiras Residentes de Família, durante as consultas de enfermagem de pré-natal, puericultura, saúde da mulher e demandas espontâneas.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a vivência de duas residentes no estágio optativo, em novembro de 2020, em uma UBS no Município de Jijoca de Jericoacoara no Ceará.

O relato de experiência reflete e descreve a situação experimentada pelas profissionais e seus domínios para a relevância da comunidade científica (KAUARK, MANHÃES, MEDEIROS, 20110).

Para tanto, foram selecionadas as seguintes seções para a discussão: Atuação do Enfermeiro na saúde da criança; Inovações na área de saúde sexual e reprodutiva e Acolhimento a demandas espontâneas pelo Enfermeiro.

Este estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, pois são relatos que emergiram da memória das autoras, todavia foram respeitados todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466 de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Jijoca de Jericoacoara está localizado em uma mesorregião do noroeste cearense, possui clima tropical e 17.744 mil habitantes. Além disso, conta com sete equipes de saúde da família com cerca de 7.115 mil famílias cadastradas em cada uma⁵.

A UBS dispõe de duas equipes compostas por: uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde (ACS), um atendente de saúde e, durante o estágio, uma residente em cada equipe. Os objetivos do estágio eram experimentar e vivenciar a prática assistencial e gerencial do enfermeiro; inteirar-se do

funcionamento dos atendimentos com as linhas de cuidado e ciclos de vida; conhecer os protocolos e programas de saúde e promover a melhoria da assistência de enfermagem pela troca de experiências.

Nesse contexto, os temas de observação e reflexão sobre a prática de enfermagem afloraram após imersão na unidade por uma semana, pela observação das consultas de enfermagem e compreensão da área através das visitas domiciliares. As residentes passaram a atender os moradores da região encaminhados pelos profissionais da classificação de risco.

As consultas de enfermagem caracterizam-se pelo levantamento das necessidades de saúde dos usuários numa concepção biológica, porém, o estabelecimento de vínculo gera a necessidade de ampliação da abordagem para aspectos socioculturais e psicoemocionais (MIRANDA, DA SILVA, MANDÚ, 2018).

A- Atuação do Enfermeiro na Saúde da Criança

O acolhimento mãe-bebê era realizado durante a visita domiciliar da enfermeira durante os primeiros 7 dias. Um ponto importante foi a realização da triagem biológica (teste do pezinho), que é o primeiro contato do ACS e técnicos de enfermagem. Durante a visita, a mãe e o recém-nascido (RN) foram avaliados, e houve a possibilidade de dirimir as dúvidas materno-infantil. Estudo qualitativo enfatiza a importância das visitas domiciliares para promover o diálogo com as puérperas, usar o conhecimento das mulheres para esclarecer os problemas resolvidos no pré-natal e fortalecer suas capacidades no cuidado do bebê (HOLLANDA, LIMA, OLIVEIRA, BEZERRA, CARVALHO, SANTOS, 2019).

Em todas as consultas de puericultura, os enfermeiros preenchem formulário de consumo alimentar para avaliar a ingestão de alimentos saudáveis e não saudáveis e monitorar o estado nutricional. Ressalta-se que esse formulário é uma importante ferramenta de gestão, pois pode identificar os hábitos alimentares da família e favorecer a execução de futuras ações de saúde (BRASIL, 2015).

A título de exemplo aponta-se que as crianças ao receberem leite materno exclusivo até os 6 meses não precisam de suplementação vitamínica, a partir dessa idade até os dois anos, recomenda-se adicionar sulfato ferroso e vitamina A. Por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, visa reduzir a carência desse micronutriente em crianças entre 6 e 59 meses, sendo o Nordeste área prioritária (BRASIL, 2012).

B- Inovações na área de saúde sexual e reprodutiva

Na atenção primária à saúde, as ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero são estratégicas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres. Nessas ações o enfermeiro que atua nas equipes da ESF exerce papel protagonista ao realizar a coleta do exame Papanicolau, atividades educativas estimulando as mulheres para realização do exame, monitoramento das mulheres com exames alterados e encaminhamento para avaliação na atenção secundária (MELO, VILELA, SALIMENA,

SOUZA, 2012).

A coleta de exame citopatológico na unidade era desenvolvida pelos enfermeiros mediante agendamento prévio, sendo as mulheres orientadas sobre o procedimento e as condições para a realização do exame pelos atendentes de saúde e ACS na ocasião do agendamento. Dentre as condutas efetivadas conforme o preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), notou-se que juntamente com a coleta do preventivo era feito o teste de Schiller como um procedimento auxiliar que possibilita avaliação do colo uterino.

A consulta de enfermagem no pré-natal tem caráter especial na atenção primária por ser compreendida como essencial para desfechos favoráveis no parto e pós-parto. É considerada, ainda, como oportunidade de esclarecer a gestante e sua família sobre possíveis dúvidas, realizar ações de prevenção a agravos, orientar sobre a amamentação e a vacinação, bem como promover atividades educativas que ultrapassam as dimensões do cuidado à mulher no ciclo gravídico (MELO, COSTA E SILVA, MATOS, MARTINS, 2020).

Durante as consultas observou-se a importância de esclarecer sobre os exames de pré-natal solicitados à gestante e as implicações para o seu estado de saúde e do bebê. Nesse contexto, os enfermeiros explicavam detalhadamente os resultados comparando com os valores de referência, favorecendo o estabelecimento de vínculo, de confiança e a compreensão dos resultados. É importante ressaltar que os exames do pré-natal servem para a identificar precocemente possíveis alterações na saúde da gestante e oportunizar a intervenção e o cuidado da mulher e do feto (VIELLAS, et al, 2014).

Evidenciou-se uma fragilidade em relação à prevenção e à orientação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nas gestantes, uma vez que a rotina da unidade consiste em agendar a realização dos testes rápidos para HIV, Hepatite B e C e Sífilis, limitando o teste rápido a mais um exame do pré-natal. O diagnóstico oportuno durante o pré-natal é evidenciado em inúmeros estudos como objeto de qualificação do cuidado materno-infantil tanto para romper a cadeia de transmissão quanto para viabilizar a intervenção necessária (ARAUJO, SOUZA, 2020).

C- Acolhimento a demandas espontâneas pelo enfermeiro

O atendimento dos enfermeiros no acolhimento de demandas agudas, na unidade, acontece por meio de classificação de risco, que inicialmente era realizada pelos técnicos de enfermagem durante a verificação de sinais vitais na sala de procedimento. Os usuários eram encaminhados à consulta de enfermagem através do prontuário eletrônico e atendidos de acordo com a prioridade, conforme a Política Nacional de Humanização preconiza (BRASIL, 2001).

A assistência aos usuários com alguma demanda de saúde mental se dava pela escuta ativa e empática dos problemas elencados e quando necessários encaminhados para consulta com a psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que

atendia na própria unidade. Os atendimentos ligados a doenças crônicas descompensadas, normalmente estavam associados à administração incorreta de medicamentos ou não adequação a mudanças no estilo de vida e, eram manejados pelos enfermeiros na consulta. Um estudo recente, sobre a adesão ao tratamento de hipertensão a partir da efetividade da consulta de enfermagem, comprova que fatores como o vínculo com o profissional, o reconhecimento pelos usuários do atendimento individualizado e as ações educativas interferem na aderência ao tratamento das doenças crônicas (MOTA, LANZA, CORTEZ, 2019).

Observou-se um grande número de atendimentos relacionados a curativos complexos de pós-operatório de intervenção cirúrgica decorrentes de acidentes automobilísticos, que são referenciados para acompanhamento pela UBS próxima ao domicílio. Em 2020, destacou-se estudo sobre acidentes de trânsito e seu impacto no contexto da saúde pública na região. Tal estudo apresenta dados em que o estado do

“Ceará domina o primeiro lugar na região nordeste e 3º lugar no ranking nacional dos sinistros pagos nos anos de 2016 e 2017, sendo que 86,96 % das indenizações efetivadas por tipo de veículo foram envolvendo motocicletas” (SILVA, ABREU, MEDEIROS, SANTOS, SOUSA, p 363, 2020)

Fato que chama a atenção para a importância de ações para prevenção de acidentes e para redução dos traumas deles decorrente.

A resolução dos principais problemas ocorria na unidade por meio de consulta de enfermagem com autonomia, segurança e confiabilidade no seguimento dos casos. A referência para a atenção secundária era realizada pelo órgão municipal “mais cidadão”, viabilizada por ficha de encaminhamento para especialidades dentro do município, como cirurgia geral, dermatologia, oncologia, ortopedia, psiquiatra, ginecologia e neurologia.

Ressalta-se que o cenário institucional favorável consolida a autonomia do enfermeiro, fomenta uma visão crítica e reflexiva e uma atuação livre e transformadora (MOTA, GOMES, SILVA, RAMOS, 2018).

Notou-se que a população atendida pela unidade de saúde possuía usuários de diversos estados, inclusive do Rio de Janeiro, que passaram a residir na cidade. A atuação das residentes juntamente com os profissionais da unidade neste período permitiu colaborar nos atendimentos e na resolutividade dos problemas dos usuários pela visão diferenciada trazida pela prática. A experiência para as residentes reforçou a importância da prática social do enfermeiro na atenção primária como potência de cuidado e transformação da realidade dos usuários atendidos. É preciso frisar que a consulta de enfermagem compreendida como importante para prevenção de agravos e desfechos favoráveis, é enxergada como fundamental no acompanhamento da população, por ser caracterizada como uma assistência vinculada à educação em saúde (MELO, SILVA, MATOS, MARTINS, 2020).

A limitação do estudo foi decorrente da pandemia do Covid-19, uma vez que o

município teve que se adaptar a um novo fluxo para a UBS, seguindo as restrições impostas pelo cenário sanitário. Dessa forma, os atendimentos aos portadores de hipertensão e diabetes estavam destinados aos pacientes descompensados, cabendo aos demais apenas em caso de renovação de receitas ou de algum sintoma agudo. Cabe destacar que foram mantidas, em parte, as visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida durante a atuação em um município do interior do Ceará agregou conhecimento tanto para os profissionais do município quanto para as residentes. Conhecer a estratégia de Saúde da Família em um município do Nordeste pode contribuir para o trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro, principalmente no que se refere aos princípios da integralidade e resolutividade.

O território na região nordeste reúne uma diversidade de costumes, de crenças, conformando uma cultura distinta quando comparado ao território no Rio de Janeiro. A experiência da UBS em uma cidade diferente proporcionou o aprimoramento do conhecimento na consulta de enfermagem, na liderança, no trabalho em equipe e na gestão da prática clínica.

A contribuição deste estudo para a enfermagem, no que concerne o atendimento na Atenção Básica, se dá a partir da experiência transcultural das pesquisadoras num sistema de saúde com características diferenciadas. Além de possibilitar reflexões sobre a qualidade das intervenções e sobre o cuidado seguro oferecido aos usuários.

Cabe ressaltar a necessidade de mais estudos relacionados às possíveis atuações da enfermagem em cenários com características culturais diversas, a fim de ampliar as perspectivas da prática de enfermagem na estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019006203645>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: O Ministério; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

BRASIL. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Dados do Município. Prefeitura Municipal de Jijoca de Jericoacoara [www.jijocadejericoacoara.ce.gov.br]. Ceará; [acesso em 31 mar 2021]. Disponível em: www.jijocadejericoacoara.ce.gov.br/omunicipio.php

GARCIA, S. D. et al. Internato de enfermagem: conquistas e desafios na formação do enfermeiro. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2018, v. 16, n. 1 [Acessado 3 mar 2021], pp. 319-336. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00105>>.

HOLLANDA, G. S. E., LIMA, V. K. S., OLIVEIRA, B. M. M., BEZERRA, R. A., CARVALHO, C. M. L., SANTOS, L. V. F. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. Journal of Nursing and Health, v. 9, n. 3, 2019. Disponível: DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V9I3.17027](https://doi.org/10.15210/JONAH.V9I3.17027)

KAUARK, F. S., MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. Metodologia da pesquisa: um guia prático. Itabuna, BA: Via Litterarum, 2010. 97 p.

MELO, M. C. S. C. DE; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. DE O.; SOUZA, I. E. DE O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 58, n. 3, p. 389-398, 28 set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.590>. Acesso em 20 maio 2021

MOTA, D. B.; GOMES, A. M. T.; SILVA, A. C. S. S. D.; RAMOS, R. D. S.; NOGUEIRA, V. P. F.; BELÉM, L. D. S. Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. Revista Cuidarte, 2018 v. 9, n. 2, p. 2215-2232. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.528>.

MIRANDA, E. F.; DA SILVA, A. M. N.; MANDÚ, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 524–533, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6124>. Acesso em: 02 abril. 2021.

MOTA, B. A. M.; LANZA, F.M.; CORTEZ, D. N. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Revista de Salud Pública, v. 21, n. 3, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.70291>

MELO, D.E.B.; COSTA E SILVA, S. P.; MATOS, K. K. C.; MARTINS, V. H. S. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. Rev. Enferm. UFSM. 2020; vol. 10 e 18: p 1-18. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769237235>. Acessado em 5 junho 2021.

RAMOS, T. M.; RENNÓ, H. M. S. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/ Saúde da Família sob a ótica dos egressos. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2018-0017>

SILVA, A. V. D.; ABREU, F. S. D.; MEDEIROS, N. K. F. D.; SANTOS, Z. M. S. A.; SOUSA, A. R. D. Tecnologias de prevenção dos acidentes por motocicletas no Ceará, Brasil: análise de campanhas midiáticas. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 9, n. 3, p. 362-368, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p362a368>

SILVA, E. R., ALENCAR, E. B., DIAS, E. A., ROCHA, L. C., & de Carvalho, S. C. M. Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e5561-e5561, 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>.

VIELLAS, E. F., et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S85-S100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em 31 Maio 2021.

CAPÍTULO 12

FATORES ENVOLVIDOS NA BAIXA ADESÃO DE JOVENS E ADOLESCENTES AO ATENDIMENTO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Data de aceite: 01/11/2021

Rafael Nascimento da Silva

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Afonso Pedro Guimarães Pinheiro

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Anderson Rodrigues Ribeiro

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Voluntário do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Emilly Gabriele Prata de Abreu

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Voluntária do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Josiane Priscila Sales Rocha

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Kelly Maria Rodrigues da Silva

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem UNIFAP.

Giovanni Paulo Ventura Costa

Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Presidente do Comitê Local de Acompanhamento e Avaliação dos Programas de Educação Tutorial (CLAAPET) da Universidade Federal do Amapá. Macapá - Amapá, Brasil.

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Macapá - Amapá, Brasil.

Clodoaldo Tentes Cortes

Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Doutorado em Enfermagem pela USP. Macapá - Amapá, Brasil.

Luzilena de Sousa Prudência

Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Doutora em Saúde Coletiva - Área Ciências Humanas. Macapá - AP - Brasil.

Nely Dayse Santos da Mata

Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Doutora em Ciências - Área: Cuidado em Saúde. Macapá, AP - Brasil.

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Tutor do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Docente do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP.

RESUMO: **Objetivo:** identificar nas bases de dados fatores que impedem ou dificultam os jovens/adolescentes de buscarem atendimento de saúde sexual e reprodutiva nas instituições de saúde. **Metodologia:** Revisão integrativa, utilizando a estratégia PICO, tendo como pergunta de pesquisa: “Quais os fatores que influenciam a falta de adesão ao planejamento sexual e reprodutivo pelos jovens?” As buscas foram realizadas nas bases de dados Web of Science, LILACS via BVS, MedLine via BVS, e BDENF via BVS, sendo analisados 14 estudos. **Resultados:** Identificou-se nos artigos científicos os fatores que influenciam a falta de adesão ao planejamento sexual e reprodutivo pelos jovens, e eles foram: fatores socioeconômicos e baixa escolaridade, mito e tabu, crença e cultura, desigualdade de gênero, falta de capacitação dos profissionais, falta de atendimento específico e obrigatoriedade da presença dos responsáveis. **Discussão:** Os estudos mostram que os adolescentes são fortemente afetados pela falta do diálogo, troca de saberes e experiências, que fragilizam a sua autonomia e o conhecimento dos seus direitos sexuais. **Considerações finais:** Através da análise dos estudos, verificou-se os fatores condicionantes a baixa adesão ao planejamento sexual e reprodutiva pelo público jovem. A análise mostrou que o estudo desses contextos necessita de evidências científicas pautadas em políticas públicas consistentes e aplicáveis. Com isso, há a necessidade de desenvolver mecanismos que possibilitem levar jovens e adolescentes a conhecer seus direitos e os serviços que podem usufruir para viver de maneira mais plena, autônoma e humanizada.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde sexual e reprodutiva. Jovens. Adolescentes.

ABSTRACT:

Objective: to identify in the databases factors that prevent or hinder young people / adolescents from seeking sexual and reproductive health care in health institutions. **Methodology:** Integrative review, using the PICO strategy, with the guiding question: “What are the factors that influence the lack of adherence to sexual and reproductive planning by young people?” The searches were performed in the Web of Science, LILACS via VHL, MedLine via VHL, and BDENF via VHL databases, with 14 studies analyzed. **Results:** The scientific articles identified the factors that influence the lack of adherence to sexual and reproductive planning by young people, and they were: socioeconomic factors and low education, myth and taboo, belief and culture, gender inequality, lack of training for professionals, lack of specific care and mandatory presence of those responsible. **Discussion:** Studies show that adolescents are strongly affected by the lack of dialogue, exchange of knowledge and experiences, which weaken their autonomy and knowledge of their sexual rights. **Final considerations:** Through the analysis of the studies, the conditioning factors to low adherence to sexual and reproductive planning by young people were verified. The scientific analysis that the study of these contexts consists of scientific evidence based on consistent and applicable public policies. Thus, there is a need to develop mechanisms that enable young people and adolescents to know their rights and the services they can enjoy to live more fully, autonomously and humanely.

KEYWORDS: Sexual and reproductive health. Young. Teens.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. Nessa fase, caracterizada por intensas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, o adolescente constrói a sua identidade, descobrindo e vivenciando o que é ser e sentir-se adolescente, além de deparar-se com diversas novas experiências em relação à sexualidade. Esse processo, contextualizado social e culturalmente, é influenciado pelo estabelecimento de relações sociais, com base nas relações de gênero que são construídas desde a infância (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

O início da vida sexual dos brasileiros ocorre, em geral, durante a adolescência. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a média de idade da primeira relação sexual no Brasil é de 14,9 anos, sendo que as mulheres iniciam mais tardiamente do que os homens. Dados mais recentes demonstram que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de 2012, já tiveram relação sexual (GONÇALVES *et al.*, 2015).

É necessário considerar que o adolescente, em sua essência, é um ser vulnerável a diversas situações de risco, apropriado de um sentimento de imunidade que o habita. Tal sentimento, atrelado ao de onipotência, comum nessa fase, faz com que o adolescente acredite que nada poderá atingi-lo, uma vez que, aparentemente é saudável e jovem (FELIX *et al.*, 2020).

Sabe-se que esse grupo etário requer necessidades em saúde sexual e reprodutiva (SSR) diferenciadas em relação à população geral, pelas particularidades próprias da idade. Entretanto, ao buscar esses serviços, o adolescente enfrenta obstáculos além daqueles que são comuns aos demais indivíduos (TAQUETTE *et al.*, 2017).

Essa problemática não deve ser entendida como mera negligência dos adolescentes ao não buscar os serviços de saúde, assim como também não deve ser atribuída unicamente a ações deficientes em unidades de atenção primária. Ela decorre de políticas públicas fragmentadas, descontextualizadas e ineficazes (ALVES *et al.*, 2016). Este estudo, portanto, visa identificar nas bases de dados fatores que impedem ou dificultam os jovens e adolescentes de buscarem atendimento de saúde sexual e saúde reprodutiva nas instituições de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida em seis etapas: 1) seleção da pergunta da pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) seleção das pesquisas que compuseram a amostra; 4) extração de dados dos estudos incluídos; 5) avaliação e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão ou síntese do

conhecimento produzido.

A pergunta da pesquisa foi elaborada a partir do acrônimo PICO, definindo-se P = população: “jovens/adolescentes”, I = interesse “planejamento sexual e reprodutivo” e Co= contexto: “falta de adesão”. Assim, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os fatores que influenciam a falta de adesão ao planejamento sexual e reprodutivo pelos jovens e adolescentes?”.

As fontes de dados para a pesquisa foram a *Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências em Saúde* (LILACS via BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine via BVS), e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF via BVS) sendo estas escolhidas por sua relevância acadêmica para a área da saúde e da enfermagem. A busca foi realizada no mês de agosto de 2020, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Saúde sexual e reprodutiva”, “jovens”, “adolescentes”, considerando a aproximação dos mesmos com o tema em estudo. Durante a busca foi utilizado o operado booleano “AND” e “OR”, uma vez que o mesmo favorece a intersecção no decorrer da procura.

Adotou-se como critérios de inclusão, artigos indexados em bases de dados, publicados entre 2015 e 2020 e no idioma português. Elencaram-se como critérios de exclusão, artigos não relacionados a temática, monografias e teses.

A busca resultou em 186 produções. Ressalta-se que os artigos duplicados em mais de uma base de dados ou índice foram contabilizados apenas uma vez, sendo 10 removidos por duplicatas. Assim, na primeira etapa, 176 artigos foram selecionados para a leitura de título e resumo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 146 artigos foram descartados (120 não estavam relacionados à temática, e 26 eram monografias, dissertações ou teses). Na segunda etapa, 30 artigos foram elegíveis para a leitura de texto completo, sendo excluídas 16 produções por não abordarem a temática de investigação, restando 14 artigos, os quais compuseram a amostra e foram analisados.

A seleção dos artigos foi desenvolvida por seis acadêmicos, logo, nos casos em que ocorreram desacordos, houve discussão entre os avaliadores para alcançar um consenso. Após a seleção, os artigos foram organizados de acordo com o ano de publicação, título, nomes dos (as) autores (as), objetivos, e principais resultados.

Conforme a Lei de Direitos Autorais, Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013, que entrou em vigor alterando a Lei nº 9.610/1998, o estudo atendeu aos aspectos éticos, uma vez que foram respeitados os direitos autorais das pesquisas coletadas (BRASIL, 2013). Ainda, pelo seu perfil científico, esse tipo de revisão não necessita de apreciação ética.

3 | RESULTADOS

Foram eleitos 14 artigos científicos que versavam sobre a pergunta da pesquisa: Quais os fatores que influenciam a falta de adesão ao planejamento sexual e reprodutivo

pelos jovens? A seguir é apresentada a relação de artigos selecionados de acordo com seu código, ano, periódico, título do artigo, autores, objetivo e nível de evidência.

| Ano | Periódico | Título do Artigo | Autores | Objetivo | Principais resultados |
|------|-----------------------------|---|-------------------|---|---|
| 2015 | Rev. bras. epidemiologia | Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde | GONÇALVES et al. | Avaliar a prevalência de início da vida sexual até os 14 anos de idade e fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à sua ocorrência. | A prevalência de iniciação sexual foi de 18,6%, sendo maior no sexo masculino, nos adolescentes com menor escolaridade, de baixo nível econômico e naquelas cujas mães tinham baixa escolaridade e tiveram filhos na adolescência. A prática sexual esteve relacionada às variáveis comportamentais analisadas. Na última relação sexual, 30% das entrevistadas não haviam usado métodos contraceptivos e 18% não usaram preservativos. Meninos referiram maior número de parceiros(as) sexuais do que meninas. |
| 2015 | Interface comun. saúde educ | A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes | HIGA et al. | Descreve ações realizadas em escolas para promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência, e como os profissionais pesquisadores podem contribuir para esse cuidado. | Verificou-se nas escolas, predomínio de ações do conteúdo programático em detrimento de abordagens ampliadas ou parcerias visando trabalhos intersetoriais e multidisciplinares, embora os educadores reconheçam as importantes contribuições das mesmas. |
| 2016 | Saúde Soc | Eu virei homem: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva | VASCONCELOS et al | Discutir a construção sobre as masculinidades no discurso de adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva | As diferentes construções acerca das masculinidades estão relacionadas às experiências de vida dos adolescentes e que podem ter implicações significativas no modo de vivenciar a saúde sexual e reprodutiva, tornando relevante a desmistificação dessas construções. |

| | | | | | |
|------|------------------------|--|----------------|---|--|
| 2017 | Rev. eletrônica enferm | Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes | OLIVEIRA et al | Investigar e comparar o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, e fontes de informação, entre adolescentes de escolas públicas de Goiânia-Goiás. | Observou-se diferença estatística entre os sexos considerando o conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e métodos de prevenção às IST e contracepção ($p < 0,000$), também, adolescentes do sexo masculino apresentaram maior risco de exposição a relações sexuais sem preservativo ($p < 0,000$). Em relação à aquisição de métodos preventivos para IST e contracepção, mulheres demonstraram mais conhecimento de locais de acesso aos dispositivos, bem como buscavam em variadas fontes, informações acerca de conteúdos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. |
| 2017 | Rev. baiana enferm | Promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: educação por pares | SANTOS et al | Descrever o processo de educação por pares, desenvolvido por jovens católicos como promotores da saúde sexual e reprodutiva na adolescência. | A estratégia de educação por pares, contribuiu positivamente para a promoção da saúde dos adolescentes católicos, favorecendo a ampliação dos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo em que estimulou o protagonismo juvenil e a multiplicação dos saberes entre os pares. |
| 2017 | Cien Saude Colet | Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. | TAQUETTE et al | Analisar a distribuição geográfica, a estrutura de atendimento e os recursos humanos das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) que prestam serviços em saúde sexual e reprodutiva (SSR) à população adolescente, na segunda maior cidade do Brasil | Verificou-se que todas as Regiões Administrativas (RA) desse município dispõem de unidades de atendimento para adolescentes, entretanto, em mais de 90% delas, eles são atendidos juntamente com a população adulta, sem turnos ou salas específicas. Em mais de 10% dos serviços, a assistência só é dada na presença do responsável. Em casos de violência sexual a proporção mostrou-se ainda maior, chegando a atingir 34% dos casos. Em apenas 12,9% das unidades são realizadas atividades educativas direcionadas a adolescentes e constatou-se que menos de 1/3 dos médicos estava capacitado para lidar com a saúde do adolescente. |

| | | | | | |
|------|---------------------------|---|---------------|--|---|
| 2018 | Cogitare enferm | Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública | RAMOS et al | Identificar o uso de métodos contraceptivos por adolescentes de uma escola pública do interior do Maranhão. | Das adolescentes, 199 (88,1%) referiram possuir informações sobre métodos contraceptivos, que foram obtidas principalmente com as mães, por 139 (69,8%). Das jovens que possuíam informações, 184 (92,5%) relataram conhecer a camisinha masculina. Das adolescentes que já tinham iniciado a vida sexual, algumas referiram não ter utilizado qualquer método, apesar das informações, e 59 (76,6%) jovens relataram ter utilizado a camisinha masculina. |
| 2018 | Rev. panam. salud pública | Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes no tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai | PRIOTTO et al | Analisar o conhecimento de adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva no espaço escolar. | A prevalência geral de iniciação sexual dos adolescentes foi de 34,6% (Puerto Iguazú: 45,3%; Foz do Iguazu: 35,2%; Ciudad del Este: 23,3%), sendo maior no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 16 anos. Quanto a já ter tido iniciação sexual, esse fator associou-se a sexo, idade, escolaridade e turno de aula dos participantes. O recebimento de informações sobre contraceptivos foi associado a sexo, idade, escolaridade e uso de contraceptivo nos três municípios/ países. Observou-se que os adolescentes de ambos os sexos haviam recebido informação sobre contraceptivos, principalmente da família e da escola. |
| 2018 | Cien Saude Colet | Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. | TELO; WITT | Construir um referencial de competências transversais para a atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de especialistas. | Os resultados corroboraram conteúdos de competências preconizadas na literatura internacional e apresentaram inovações para a prática. Por serem transversais, estes podem subsidiar o planejamento de ações das equipes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. |

| | | | | | |
|------|---|--|--------------------|---|--|
| 2018 | Cogitare enferm | Adolescentes no espaço escolar e o conhecimento a respeito da saúde sexual e reprodutiva | FERREIRA et al | Analisar o conhecimento de adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva no espaço escolar. | Observou-se o conhecimento de adolescentes sobre a sexualidade relacionado ao ato sexual, à proteção contra gravidez, às doenças relacionadas ao sexo e à orientação sexual. |
| 2019 | Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) | Sexualidade na percepção de adolescentes estudantes da rede pública de ensino: contribuição para o cuidado | FERREIRA et al | Discutir a percepção de adolescentes acerca da sexualidade no espaço escolar | Obteve-se a formação da seguinte categoria: a sexualidade no cotidiano dos adolescentes - um desafio para a educação sexual e reprodutiva, em que foi trabalhado estes aspectos: a sexualidade relacionada ao ato de gerar filhos; o desconhecimento dos adolescentes acerca da saúde sexual e reprodutiva |
| 2019 | Av. enferm | Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem | DUTRA SEHNEM et al | Conhecer como é percebida e abordada a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes pelos enfermeiros na atenção primária à saúde. | Evidenciou-se que persiste uma visão reducionista sobre a saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde. As estratégias para abordar tal tema abarcam a compreensão das experiências dos adolescentes acerca da sexualidade por meio do estímulo à autonomia, do acolhimento da demanda espontânea, das consultas de enfermagem, dos grupos educativos e da abordagem no contexto escolar. |
| 2020 | Acta Paul. Enferm. (Online) | Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade | SILVA et al | Realizar o diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade para a implementação, à posteriori, de um programa específico e direcionado de intervenção. | Amostra de conveniência de 136 adolescentes, entre os 14-19 anos, maioritariamente do sexo masculino (54,4%). A média de conhecimento é de 18,6 (DP=2,71), sendo as áreas em que os adolescentes apresentam menores conhecimentos as seguintes: "Primeira relação sexual e relações sexuais"; "Prevenção da gravidez"; e "Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva". Existe apenas diferença significativa favorável às raparigas na dimensão "Prevenção da gravidez". |

| | | | | | |
|------|---|---|-------------|--|--|
| 2020 | Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) | Percepção de profissionais de unidades de acolhimento sobre saúde sexual e reprodutiva das adolescentes institucionalizadas | FELIX et al | Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais que atuam em unidade de acolhimento para adolescentes e analisar a percepção sobre saúde sexual/reprodutiva de adolescentes institucionalizadas na perspectiva de profissionais da unidade de acolhimento. | As percepções dos profissionais sobre saúde sexual/reprodutiva das adolescentes estão relacionadas à sexualidade exacerbada, a gravidez na adolescência como negativa, Infecções Sexualmente Transmissíveis e métodos anticoncepcionais. |
|------|---|---|-------------|--|--|

Quadro 1: Artigos selecionados de acordo com o ano, periódico, títulos do artigo, autores, objetivo e nível de evidência.

Fonte: Própria da pesquisa

Identificou-se nos artigos científicos os fatores que influenciam a falta de adesão ao planejamento sexual e reprodutivo pelos jovens, e eles foram: fatores socioeconômicos e baixa escolaridade, mito e tabu, crença e cultura, desigualdade de gênero, falta de capacitação dos profissionais, falta de atendimento específico e obrigatoriedade da presença dos responsáveis.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Fatores Socioeconômicos e Baixa Escolaridade

A sexualidade é um processo novo e curioso na adolescência, uma fase única da vida, ocorrem diversas transformações hormonais, mudanças e descobertas. Todavia, a falta ou o pouco conhecimento desse grupo populacional a respeito da temática e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde estão relacionados com o aumento de problemas como a gravidez na adolescência e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (FERREIRA et ., 2018).

Um estudo realizado na Venezuela conclui que adolescentes com escassos recursos financeiros possuem grandes dificuldades de se locomoverem para as unidades de saúde, e a baixa escolaridade aumenta as chances de violação e vedação dos seus direitos, o que dificulta seu acesso, além de apresentarem capacidades limitadas para interagir com os profissionais da saúde (MARTINEZ et al., 2020). Esses resultados corroboram com estudos brasileiros, onde os adolescentes mais vulneráveis economicamente são os que menos possuem conhecimento do tema e os maiores responsáveis pelos casos de gravidez na adolescência (FERREIRA et. al, 2018).

As condições socioeconômicas associadas a inexperiência da idade podem tornar o adolescente um grupo potencialmente vulnerável. Franco et. al., (2020) ainda afirmam

que a escolaridade dos pais influencia diretamente no conhecimento dos filhos sobre sexualidade, quanto maior for a escolaridade dos pais, maior o conhecimento dos filhos acerca da temática. O contrário ocorre devido a limitação familiar em dialogar e orientar o jovem.

4.2 Tabu, Crença e Cultura, Desigualdade de Gênero

A sexualidade e termos relacionados, ainda são percebidos como algo repressivo nas instituições (famílias/escolas/serviços de saúde), especialmente quando se trata da adolescência. Os estudos revelam que a sexualidade na adolescência ainda é cercada de tabus, que geram fragilização na comunicação dos adultos com os jovens, e principalmente dos pais com os filhos (SILVA et al., 2020).

Nos estudos de Martínez et al., (2020) e Silva et al., (2020), evidencia-se que os adolescentes são fortemente afetados pela falta do diálogo, troca de saberes e experiências, que fragilizam a sua autonomia e o conhecimento dos seus direitos sexuais. O diálogo e interação permitem que os adolescentes reflitam sobre suas práticas e gerem atitudes mais saudáveis e seguras, no entanto, muitos pais criam barreiras no acesso à informação e procuram preservar o silêncio, embasados na crença de que a conversa sobre sexo pode induzir o adolescente a praticá-lo.

Alguns estudos mostram que existem diferenças claras na abordagem do tema sexualidade entre adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino. No estudo de Martínez et al., (2020) os adolescentes reconhecem a desigualdade de gênero, referindo que os rapazes recebem informação dos pais de forma adequada, diferente das meninas, que recebem informação, mas sem qualificá-las, além do controle e proteção que os pais possuem sobre as filhas, muitas vezes proibindo de ter relações sexuais, temendo a gravidez. Gerando fortes barreiras no acesso das meninas à informação sobre sexualidade, acabam sendo excluídas da informação tanto em casa como nas unidades de saúde.

De acordo com Dutra Sehnem et al., (2019), a ausência dos adolescentes nas unidades de saúde também pode estar associada à compreensão dos adolescentes de que a presença no serviço de saúde é necessária apenas em situação de adoecimento. Outro fator, é que pouco se fala das experiências positivas relacionadas à sexualidade, como possibilidade de estímulo à autonomia, dimensão amorosa e aprendizado nas relações. Assim, evidencia-se nos estudos, a necessidade de uma maior interação entre escola, família, comunidade e profissionais habilitados em saúde e assistência social, para atender as necessidades da construção de um jovem cidadão.

4.3 Falta de Capacitação dos Profissionais

Os desafios no acesso dos adolescentes e jovens à informação sobre saúde sexual reprodutiva é existente na rede de serviços públicos de saúde, nas instituições educativas e nas famílias. Quando se trata dos serviços de saúde, a falta de capacitação profissional é um dos fatores principais causador desse distanciamento. A concepção que esses profissionais

têm sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes guia suas práticas nos serviços, dessa forma, aqueles que possuírem maiores habilidades de diálogo ajustarão sua prática e buscarão estratégias para promover e levar assistência a todos os adolescentes. Aqueles que não concordam em incluir algum grupo por algum aspecto dificilmente irão executá-lo (MARTINEZ et al., 2020).

Em sua maioria, os profissionais não dispõem de toda a capacitação necessária para suprir as orientações adequadas e necessárias aos adolescentes. A integralidade é um componente que geralmente falta na consulta do enfermeiro, e é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças e reabilitação), quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que fazem parte das necessidades de saúde desse grupo populacional (TAQUETTE et al., 2017).

Entretanto, vale ressaltar que a maioria dos profissionais entrevistados nos estudos disponíveis relatam que essa dificuldade em lidar com o tema e com o público em questão é algo que não vem só deles, mas sim de problemas de políticas públicas e que desvendar as barreiras de acesso dos adolescentes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva implica reconhecer os dispositivos institucionais que atuam na sociedade.

4.4 Falta de Atendimento Específico e Obrigatoriedade da Presença dos Responsáveis

Outro achado importante que atua sobre a problemática é a falta de especificidade no atendimento, o que pode provocar a fuga do sistema de saúde. Segundo Taquette, et al., (2017), foi verificado que todo o município do rio de janeiro dispõe de unidades de atendimento para adolescentes, entretanto, em mais de 90% delas, eles são atendidos juntamente com a população adulta, sem turnos ou salas específicas.

Neste contexto, em busca de sigilo e confidencialidade no atendimento, os adolescentes procuram um serviço público em que possam ser atendidas sem a presença de um adulto, geralmente em uma comunidade diferente de sua residência e isso dificulta a criação de vínculo, de um diálogo mais confiável, aberto e eficaz.

Associado a isso, as instituições de saúde e as práticas de saúde ainda reproduzem e oferecem uma atenção fragmentada e de baixa resolutividade, com o cuidado direcionado a queixas clínicas e ainda muito direcionadas às mulheres, mas sem focar em suas particularidades, com características predominantes curativas, com poucas ações de prevenção e promoção na saúde sexual e reprodutiva (TELO; WITT, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos estudos foi possível verificar os principais fatores relacionados ao baixo acesso dos adolescentes e jovens aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, tanto no contexto de Unidade Básica de Saúde quanto educacional e familiar.

Dentre eles destacam-se os fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, as crenças e os tabus envolvidos ao tema, falta de capacitação dos profissionais e a falta de atendimento específico.

Os fatores envolvidos demonstram que este é um problema de saúde pública e que a sua resolubilidade não depende somente dos atores envolvidos, mas de uma intervenção governamental. Além disso, percebe-se que esses elementos não atuam sozinhos, de forma isolada, mas que podem estar envolvidos em uma mesma realidade, em um mesmo contexto social.

A análise mostrou que o estudo desses contextos necessita de evidências científicas pautadas em políticas públicas consistentes e aplicáveis. Com isso, há a necessidade de desenvolver mecanismos que possibilitem levar jovens e adolescentes a conhecer seus direitos e os serviços que podem usufruir para viver de maneira mais plena, autônoma e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.H. *et al.* Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à Estratégia Saúde da Família. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 37-46, 2016.

BRASIL. Lei nº 12.853 de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2013. Available from: http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm.

DUTRA SEHNEM, G. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. **Rev. enferm**, v. 37, n. 3, p. 343–352, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0121-45002019000300343%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zgpkky.

FELIX, F. O. *et al.* Perception of shelter unit professionals on sexual and reproductive health of adolescent institutionalized. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 20, p. 654–660, 2020.

FERREIRA, E. A. *et al.* Sexuality in the perception of adolescents students of the public school: contribution to the care. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 5, p. 1208–1212, 2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=140073439&site=ehost-live>.

FERREIRA, E. A. *et al.* Adolescents in the school environment and knowledge of sexual and reproductive health. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

FRANCO, M. S. *et al.*, Educação em saúde sexual e reprodutiva do adolescente escolar. **Rev enferm UFPE on line**, 2020

GONÇALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 25–41, 2015.

HIGA, E. F. R. *et al.* A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. c, p. 879–891, 2015.

MARTINEZ, H. L. M. *et al.* Desvendando barreiras de gênero no acesso de adolescentes à informação sobre saúde sexual e reprodutiva na Venezuela. **Cad. Saúde Pública** 36, 2020.

OLIVEIRA, P. C. *et al.* Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, n. 17, p. 1–11, 2017.

PRIOTTO, E. *et al.* Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 42, n. 18, p. 1–9, 2018.

RAMOS, L. D. A. S. *et al.* Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

SANTOS, M. P. *et al.* Promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: educação por pares. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 1–9, 2017.

SILVA, S. M. D. T. D. A. *et al.* Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, n. 20, p. 1–7, 2020.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio De Janeiro, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1923–1932, 2017.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Sexual and reproductive health: team competences in primary health care services. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3481–3490, 2018.

VASCONCELOS, A. C. S. *et al.* Eu virei homem: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 186–197, 2016.

INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS EM ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 30/08/2021

Larissa de Araújo Freire Barrêto

Universidade Tiradentes
Aracaju-Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/5181345277691032>

Ana Jovina Barreto Bispo

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju-Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/5602363444273308>

Bárbara Fernanda Pacheco da Costa

Universidade Tiradentes
Aracaju-Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/2601578309252958>

Isabelle Araújo de Oliveira Santana

Universidade Tiradentes
Aracaju-Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/0387519377526038>

RESUMO: Vacinas são utilizadas como medida de prevenção de doenças e constituem um dos principais recursos de profilaxia empregados pela saúde pública. Esta pesquisa objetivou avaliar a exposição de estudantes de Medicina e Enfermagem às doenças imunopreveníveis, avaliar adoção de procedimentos de biossegurança e quimioprofilaxia diante da exposição e também identificar a frequência dessas doenças na população estudada e conhecer o status vacinal dos estudantes. Trata-se de um estudo transversal e descritivo,

realizado por meio de questionário padronizado entre fevereiro e junho de 2019. Participaram 113 estudantes (94 de medicina e 19 de enfermagem). Exposição às doenças imunopreveníveis durante a graduação foi a seguinte: caxumba (46,4%), varicela (44,6%), meningite (23,2%), hepatite B (22,3%), rubéola (6,3%), hepatite A (5,4%) e coqueluche (5,4%). Adoção de procedimentos de biossegurança foi citada por 95,5%, e, quando expostos, 6,7% realizaram quimioprofilaxia. Durante a graduação, sete indivíduos apresentaram varicela (6,2%), outros sete tiveram caxumba (6,2%), e um rubéola (0,9%). Orientação para realizar imunização durante a faculdade foi relatada por 86,7%. Na infância, relataram imunização para BCG (95,6%), tríplice viral (94,7%), tríplice bacteriana (89,4%), poliomielite (83,2%), dentre outras. Observou-se que estudantes de ciências da saúde são expostos e apresentam, durante a graduação, doenças que podem ser prevenidas com vacinas.

PALAVRAS - CHAVE: Doenças Preveníveis por Vacina; Estudantes de Ciências da Saúde; Vacinação.

INCIDENCE OF COMMUNICABLE DISEASES IN HEALTH SCIENCE STUDENTS

ABSTRACT: Vaccines are used as a disease prevention measure and constitute one of the main prophylaxis resources used by health public. This research aimed to assess the exposure of medical and nursing students to vaccine-preventable diseases, evaluate the adoption of biosafety and chemoprophylaxis procedures in view of the exposure, and also identify the

frequency of these diseases in the studied population and know the students' vaccination status. This is a cross-sectional and descriptive study, carried out by through a standardized questionnaire between February and June 2019. 113 students participated (94 from medicine and 19 from nursing). Exposure to vaccine-preventable diseases during graduation was as follows: Mumps (46.4%), Chickenpox (44.6%), Meningitis (23.2%), Hepatitis B (22.3%), Rubella (6.3%), Hepatitis A (5.4%) and Pertussis (5.4%). Adoption of biosafety procedures was cited by 95.5%, and, when exposed, 6.7% underwent chemoprophylaxis. During graduation, seven individuals had Chickenpox (6.2%), another seven had Mumps (6.2%), and one Rubella (0.9%). Advice to perform immunization during college was reported by 86.7%. In childhood, they reported immunization for BCG (95.6%), Measles-Mumps-Rubella (94.7%), Diphtheria-Tetanus-Pertussis (89.4%), Polio (83.2%), among others. It was observed that health science students are exposed and present, during graduation, diseases that can be prevented with vaccines.

KEYWORDS: Immunopreventable diseases; health science students; vaccination.

1 | INTRODUÇÃO

As vacinas são uma das mais significativas e relevantes estratégias de saúde pública, salvando milhões de vidas humanas a cada ano (MAROTTA et al., 2017). Elas viabilizam a prevenção, o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como a redução da morbimortalidade por determinados agravos, sendo esta aplicação bastante custo-efetiva (BRASIL, 2020).

O Brasil avançou muito no controle destas doenças com a criação, em 1975, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual é responsável por fornecer apoio técnico, supervisionar e avaliar a execução das atividades de vacinação em todo o território nacional, além de manter a qualidade dos imunobiológicos (MARINELLI; CARVALHO; ARAÚJO, 2016). Entretanto, apesar das altas coberturas vacinais no país, ainda se verificam problemas decorrentes da falta de vacinação adequada (BRAZ, 2016), principalmente em determinados grupos que se encontram em maior exposição e risco de contrair tais enfermidades.

Em virtude do contato direto com pacientes e/ou material orgânico ocasionalmente contaminado, os prestadores de serviço da área de saúde - incluindo funcionários, alunos, corpo docente e equipe voluntária - estão sujeitos a vários tipos de riscos ocupacionais, sendo o de maior importância o risco biológico (NETOL et al., 2010). Considera-se que este grupo apresenta probabilidade considerável de contrair ou transmitir doenças como hepatite B, influenza, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, tuberculose e doenças por *Neisseriae meningitidis*, todas preveníveis através de vacinas (BRASIL, 2019). Dessa forma, a inadequada imunização destes profissionais é um grave problema de saúde pública, não apenas pela possibilidade de contaminação de seus pares, mas também pela disseminação de doenças (GRANVILLE-GARCIA et al., 2011). Assim, a situação vacinal atualizada e completa, somada aos equipamentos de proteção individual (EPI), configura

o principal método de proteção contra o risco de infecção relacionado ao trabalho (NETO et al., 2010).

Segundo as Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (2021) para os profissionais da saúde, além das vacinas preconizadas para adultos conforme o Calendário Nacional de Vacinação, devem ser realizadas as seguintes imunizações: hepatite B recombinante (HB), varicela (VZ), duas doses da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), febre amarela (quando o município encontra-se em área de risco para esta enfermidade), dupla adulto (tétano e difteria), influenza sazonal e, dependendo da situação epidemiológica, as meningocócicas conjugadas ACWY/C e meningocócica B. Assim, posto que estudantes de medicina e enfermagem regularmente têm no contexto de seu treinamento clínico, contato com pacientes portadores de diferentes doenças, esses discentes deveriam, portanto, receber a mesma proteção imunológica contra infecções evitáveis por vacinação indicadas para os profissionais da saúde (PETERSEN; ROGGENDOR; WICKER, 2015).

O presente estudo objetivou avaliar a exposição de estudantes de Medicina e Enfermagem às doenças imunopreveníveis, avaliar adoção de procedimentos de biossegurança e quimioprofilaxia diante da exposição e também identificar a frequência dessas doenças na população estudada e conhecer o status vacinal dos estudantes. O conhecimento da incidência destas doenças neste grupo populacional poderá fornecer às instituições de ensino dados relevantes, tendo potencial de repercutir na ampliação de estratégias que visem dirimir falhas na cobertura vacinal dos alunos, além da amplificação de medidas de prevenção nas citadas doenças.

2 | METODOLOGIA

Estudo transversal e descritivo, realizado em uma Universidade particular do município de Aracaju-SE, com coleta de dados realizada de fevereiro a junho de 2019. Foram incluídos no estudo alunos dos cursos de medicina e enfermagem matriculados nos dois últimos anos de suas respectivas graduações e foram excluídos aqueles que ainda não tinham frequentado enfermarias, ambulatórios ou pronto-socorro de pediatria ou clínica médica.

Utilizou-se uma amostra por conveniência, os dados foram coletados através de um questionário estruturado elaborado pelos autores com perguntas abertas e fechadas a respeito de dados sociodemográficos (curso, ano da graduação, data de nascimento e sexo), variáveis acerca do contato e adoecimento por doenças imunopreveníveis, adoção de procedimentos de biossegurança (utilização de jaleco, luvas descartáveis, touca, máscara, óculos de proteção), adoção de métodos de quimioprofilaxia (quando indicada) e cobertura vacinal. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio

padrão. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2019.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade com o CAAE nº 87603218.5.0000.5371 e cada aluno que aceitou participar do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em consonância com os princípios éticos em pesquisa com seres humanos, os autores tomaram todas as medidas para que a confidencialidade e a autonomia dos sujeitos do estudo fossem preservadas.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 113 estudantes, dentre os quais 94 de medicina (83,2%) e 19 de enfermagem (16,8%), sendo 74 do penúltimo ano e 39 do último ano de graduação. Houve predomínio do sexo feminino (70,5%) e a média de idade foi de 23,9 anos.

Conforme revela a tabela 1, as doenças com maior exposição foram caxumba e a varicela (46,4%), enquanto menor exposição foi verificada a hepatite A e a coqueluche (5,4%).

| DOENÇAS | N | (%) |
|------------|----|------|
| Caxumba | 52 | 46,4 |
| Varicela | 50 | 44,6 |
| Meningite | 26 | 23,2 |
| Hepatite B | 25 | 22,3 |
| Rubéola | 7 | 6,3 |
| Hepatite A | 6 | 5,4 |
| Coqueluche | 6 | 5,4 |

Tabela 1 - Exposição dos estudantes de enfermagem e medicina de uma Universidade particular no município de Aracaju à doenças imunopreveníveis durante a graduação no período de fevereiro a junho de 2019

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Legenda: N – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual.

A adoção de procedimentos de biossegurança durante o contato com doenças infectocontagiosas foi referida por 90 alunos de medicina (95,7%) e 18 de enfermagem (94,7 %). A quimioprofilaxia, após a exposição, quando indicada, foi realizada adequadamente por apenas 6,7% dos entrevistados.

A frequência das doenças imunopreveníveis adquiridas durante a graduação encontra-se na tabela 02.

| DOENÇAS | Medicina N (%) | Enfermagem N (%) |
|------------|-------------------|---------------------|
| Varicela | 7 (7,4) | 0 (0) |
| Caxumba | 5 (5,3) | 2 (10,5) |
| Rubéola | 1 (1,1) | 0 (0) |
| Coqueluche | 0 (0) | 0 (0) |
| Hepatite A | 0 (0) | 0 (0) |

Tabela 2 - Frequência de doenças imunopreveníveis em estudantes de medicina e enfermagem durante a graduação no município de Aracaju

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Legenda: N – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual.

Os resultados acerca das vacinas recebidas após a entrada na faculdade podem ser encontrados na tabela 03.

| DOENÇAS | N | (%) |
|------------------------|----|------|
| Hepatite B | 74 | 65,5 |
| Influenza | 68 | 60,2 |
| DT (Difteria e Tétano) | 61 | 54 |
| Febre amarela | 24 | 21,2 |
| HPV | 23 | 20,4 |
| Tríplice viral | 19 | 16,8 |
| Tríplice bacteriana | 19 | 16,8 |
| Hepatite A | 5 | 4,4 |
| Varicela | 4 | 3,5 |
| Rotavírus | 3 | 2,7 |
| BCG | 1 | 0,9 |
| Meningocócica | 1 | 0,9 |
| Pneumocócica | 1 | 0,9 |

Tabela 3- Imunizações dos estudantes de medicina e enfermagem de uma Universidade particular no município de Aracaju após o início do curso no período de fevereiro a junho de 2019

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Legenda: N – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual.

Foram orientados a realizar a imunização durante a faculdade 86,7% dos estudantes. As orientações foram relatadas da seguinte forma: informações sobre o tema em campanha vacinal durante a universidade (19,5%), com a coordenação da faculdade (16,8%), em eventos extracurriculares (14,2%), em disciplina formal de graduação (13,3%), com colegas de turma (5,3%).

Verificou-se imunização na infância próxima de 95% apenas nas vacinas contra tuberculose a tríplice viral (Tabela 04).

| DOENÇAS | N | (%) |
|------------------------|-----|------|
| BCG | 108 | 95,6 |
| Tríplice viral | 107 | 94,7 |
| Tríplice bacteriana | 101 | 89,4 |
| Poliomielite | 94 | 83,2 |
| Pneumocócica | 89 | 78,8 |
| Meningocócica | 86 | 76,1 |
| Hepatite B | 84 | 74,3 |
| Rotavírus | 82 | 72,6 |
| DT (Difteria e Tétano) | 81 | 71,7 |
| Influenza | 64 | 56,6 |
| Varicela | 62 | 54,9 |
| Hepatite A | 58 | 51,3 |
| Febre amarela | 45 | 39,8 |
| HPV | 16 | 14,2 |

Tabela 4 - Imunizações na infância dos estudantes de medicina e enfermagem de uma Universidade particular no município de Aracaju no período de fevereiro a junho de 2019

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a caxumba foi a doença de maior exposição durante a graduação e as doenças imunopreveníveis mais frequentes nesse período foram caxumba e varicela. É importante destacar que, além da maior contagiosidade da varicela, essa infecção, quando acontece em adultos, é preocupante em função do maior potencial de gravidade nessa população (LOBO *et al.*, 2015; TUNBRIDGE; BREUER; JEFFERY, 2008)

Mesmo com exposição mencionada a meningite e a hepatite B em torno de 25%, não foram evidenciados casos dessas doenças após essa exposição. Por ser a meningite uma doença grave (BRANCO; AMORETTI; TASKER, 2007; SZTAJNBOK, 2012), acreditamos que diante desses casos os procedimentos de biossegurança devam ter sido adotados com mais rigor. Em relação ao vírus da hepatite B (HBV), a imunização é considerada a principal medida de prevenção contra a HBV ocupacional, sendo preconizada pelo Centros de Controle e Prevenção de Doenças (EZEANOLUE *et al.* 2019), e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), devendo ser realizada antes da admissão do profissional, estudante ou estagiário, nos serviços de saúde. Os números encontrados no nosso estudo refletem a eficácia e segurança da vacina já evidenciados (SIRIRUNGSRI, 2002), pois mesmo diante

da exposição frequente não houve aquisição da infecção.

Apesar de não haver uma legislação que torne obrigatória a vacinação dos estudantes, as instituições de ensino superior (IES) incentivam que os mesmos estejam com suas carteiras vacinais em dia (SORGATTO; KORB; MENETRIER, 2018). Sendo assim, é indicado efetuar a atualização do cartão vacinal dos acadêmicos antes do contato com os pacientes para evitar a exposição a riscos desnecessários (NARDELLI *et al.*, 2016), seguindo-se as recomendações do Programa Nacional de Imunização (SILVA, 2013) que, para profissionais de saúde, disponibiliza imunização contra: hepatite B, varicela, tríplice viral, dupla adulto, influenza sazonal e meningites. Em nossa pesquisa, 65,5% dos graduandos receberam imunização para Hepatite B após o início do curso, porcentagem inferior ao relatado pelo estudo de Santos *et al.* (2007), que revelou taxas de imunização em torno de 85%. Preocupa essa frequência baixa de imunização, visto que, como foi verificado, a exposição a doentes portadores de hepatite B foi frequente durante o curso e, continuará acontecendo nos cenários de prática futuros.

Quanto à Influenza, disponibilizada em campanhas anuais para profissionais de saúde, cerca de 60% dos estudantes realizou vacinação no decorrer da faculdade, frequência similar (57%) à encontrada por pesquisa italiana da Universidade de Bari (GALLONE *et al.*, 2017). Considerando que alunos de medicina são uma população altamente exposta durante o período sazonal das viroses respiratórias, a vacina contra influenza também deveria ser disponibilizada, durante as campanhas, para os estudantes da saúde.

Com relação a Dupla Adulto (dT), 54% dos acadêmicos foram vacinados após o início do curso, número superior à taxa de cerca de 47% identificada pelo estudo de Santos *et al.* (2007). Provavelmente esse baixo percentual de imunização na graduação seja decorrente da ausência dos 10 anos da vacinação anterior.

Para proteção contra Tríplice Viral e Varicela apenas 16,8% e 4% dos discentes afirmaram ter recebido as vacinas durante a graduação, respectivamente. O PNI não preconiza, no entanto, que os estudantes recebam essas vacinas gratuitamente (SILVA JUNIOR, 2013). Essa ausência de imunização levou ao adoecimento evitável por varicela em 6,2% dos entrevistados. Infelizmente, nosso estudo não investigou a gravidade das infecções imunopreveníveis adquiridas na graduação para sabermos os desfechos desses casos.

Dentre os universitários questionados, 82% responderam assertivamente acerca das vacinações indicadas aos profissionais e estudantes de ciências da saúde, demonstrando conhecimento a respeito da temática. Tal porcentagem é semelhante à encontrada por Moreira e Lima (2007) em pesquisa realizada na Universidade Estadual de Londrina, que relatou que 80% dos alunos de medicina do último ano possuíam conhecimentos satisfatórios acerca das doenças imunopreveníveis.

Com relação à adesão aos procedimentos de biossegurança, os achados demonstraram que os estudantes fazem uso dos mesmos. Tal fato encontra-se de acordo

com o estudo de Silva *et al* (2008), que verificou que cerca de 98% dos alunos declararam adotar os EPIS recomendados para a proteção profissional em suas atividades práticas.

No que concerne à correta adoção de métodos de quimioprofilaxia, é possível compreender que, dos indivíduos expostos à situação de risco de contágio, 38,2% não a efetuaram adequadamente quando necessário. Um estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais com acadêmicos de medicina demonstrou que a metade dos discentes (50%) não executou as condutas necessárias após acidentes biológicos (ANTUNES *et al.*, 2010). Assim, achados da presente pesquisa também revelam que alunos dos cursos das ciências da saúde podem até conhecer, mas não adotam medidas de prevenção após exposição a doenças infectocontagiosas.

O percentual de imunização relatado pelos acadêmicos durante a infância variou de acordo com o imunobiológico. Para a vacina BCG, pôde-se depreender que os estudantes atingiram a meta de cobertura vacinal julgada adequada pelo Ministério da Saúde, com imunização em mais de 90% da população (BRASIL, 2015). Esta taxa pode estar relacionada ao fato de que o MS recomenda que os bebês sejam vacinados o mais próximo possível ao nascimento, de preferência ainda na maternidade (BRASIL, 2018).

Os números identificados para proteção com a Tríplice Bacteriana (89,4%) aproximam-se dos encontrados por Siddiqui *et al.* (2019), que relatou um percentual de cobertura dessa vacina de 93% em estudantes de medicina da Universidade pública de Karachi, no Paquistão e são superiores aos valores demonstrados no estudo grego de Noula *et al.* (2008), que relatou imunização em 74,6% entre estudantes de enfermagem.

Na infância, a imunização documentada para Hepatite B foi menor do que a demonstrada por Fergus *et al.* (2018) em estudantes da saúde da Austrália e por Loulergue *et al.* (2009) na França. Já para Hepatite A, a vacinação foi superior aos índices relatados no estudo de Pavlopoulou (2009), que relatou 14,6% de imunização entre os acadêmicos. Para cobertura contra a Poliomielite, o percentual constatado foi inferior ao apresentado entre os discentes da Universidade Federal de Juiz de Fora (NETOL *et al.*, 2010).

A varicela, doença altamente contagiosa, habitualmente grave em adultos e com grande possibilidade de contato durante a graduação, teve um baixo índice de imunização (54,4%) na infância e adolescência. Percentual semelhante foi verificado em estudo na Índia (ARUNKUMAR; VANDANA; SATHIAKUMAR, 2013), com cobertura de 50% e Sri Lanka (AGAMPODI *et al.*, 2010), com taxa de 47%. A vacina contra a varicela foi incorporada ao PNI em 2013, justificando a baixa cobertura desta vacina nos estudantes (BRASIL, 2013).

Apesar da baixa frequência de alunos imunizados antes da graduação contra Influenza, o percentual encontrado no estudo foi superior ao observado entre estudantes da saúde na França (39,6%) (FRAURE *et al.*, 2013), em Estrasburgo, Varsóvia e Teerã (54,7%, 29,7%, 15,2% e 4,7%, respectivamente), documentados pelo estudo de Machowicz *et al.*, (2010). Os resultados encontrados para a imunização com a Tríplice Viral (94,7%) mostraram-se em concordância com os dados do estudo estadunidense de Nichol e Olson

(1993), que revelou taxas de 94,8% para Sarampo e Rubéola e 93,2% para Caxumba na Universidade de Minnesota.

A baixa cobertura contra HPV (14,2%) justifica-se pelo fato dessa vacina ter sido incorporada ao PNI no ano de 2014 e para uma faixa etária que não contemplava a população estudada (BRASIL, 2016). No que diz respeito à vacina contra febre amarela, apenas 39,8% foram vacinados porque o município de Aracaju não é considerado área de circulação do vírus (BRASIL, 2017).

Com relação às taxas de imunização relatadas para pneumocócica (78,8%) e meningocócica (76,1%), encontramos uma discordância no tocante aos dados, visto que tais vacinas foram incluídas no calendário vacinal brasileiro para todas as crianças menores de dois anos somente em março de 2010 (KUPEK; VIEIRA, 2016). Assim, esta divergência provavelmente ocorreu porque a coleta dos dados se deu mediante a aplicação de um questionário estruturado com base apenas no conhecimento dos estudantes, sem análise individual e direta do cartão vacinal de cada aluno.

5 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Consideramos uma limitação do estudo o delineamento transversal que não permite determinar causalidade.

6 | CONCLUSÃO

A maior exposição encontrada durante a graduação foi a caxumba, varicela, meningite, hepatite B, rubéola, hepatite A e coqueluche. A adesão de procedimentos de biossegurança habitualmente é realizada, no entanto a quimioprofilaxia após a exposição, quando indicada, não costuma ser realizada. As doenças imunopreveníveis que mais acometeram os alunos foram a varicela e a caxumba, seguidas da rubéola.

Vacinas preconizadas na graduação para estudantes de saúde pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2018/2019 não são realizadas por pouco mais da metade dos estudantes. Durante a infância, o status vacinal dos acadêmicos demonstrou-se consonante com o Calendário Vacinal do Ministério da Saúde e da SBIIm. Visto que a imunização adequada dos atuais e futuros profissionais da saúde é reconhecidamente uma das melhores formas de proteção contra o adoecimento, deve-se considerar a necessidade de intervenções específicas de incentivo à vacinação para esse grupo.

Acreditamos que disciplinas sobre biossegurança e risco ocupacional devam ser incorporadas ao currículo, com metodologia inovadora e abordagem teórico-prática, visando o fortalecimento do conhecimento e conscientização da importância sobre risco ocupacional e imunizações.

REFERÊNCIAS

AGAMPUDI, S.B.; DHARMARATNE, S.D.; THEVANESAM, V.; DASSANAYAKE, S.; KUMARIHAMY, P.; RATNAYAKE, A. **Incidence and effects of Varicella Zoster Virus infection on academic activities of medical undergraduates-a five-year follow-up study from Sri Lanka**. BMC infectious diseases. Sri Lanka, v. 10, n. 1, p. 117, dez. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-10-117>. Acesso em: 23 jul 2020.

ANTUNES, H.M.; CARDOSO, L.D.; ANTUNES, R.P.; GONÇALVES, S.P.; OLIVEIRA, H.D. **Biossegurança e ensino de medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, (MG)**. Revista Brasileira de Educação Médica. Juiz de Fora, v. 34, n. 3, p. 335-345, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjbem/a/ZYRGM7C9X44rBxxfjhQv7nB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ARUNKUMAR, G.; VANDANA, K.E.; SATHIAKUMAR, N. **Prevalence of measles, mumps, rubella, and varicella susceptibility among health science students in a University in India**. American journal of industrial medicine. Manipal, v. 56, n. 1, p. 58-64, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22467356/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRANCO, R.G.; AMORETTI, C.F.; TASKER, R.C. **Doença meningocócica e meningite**. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 46-53, maio. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/VJwHZxW5J5bkrm5pqVmtq5c/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: Menina**. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_11ed.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Temático Verificação da Situação Vacinal: Versão Preliminar**. Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_tematico_verificacao_situacao_vacinal.pdf. Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela: guia para profissionais de saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guiaprofissionais_saude.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4 de 18 Janeiro de 2013**. Torna pública a decisão de incorporar a vacina tetraviral (varicela, sarampo, caxumba e rubéola) na rotina do Programa Nacional de Imunização do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0004_18_01_2013.html. Acesso em: 29 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf. Acesso em: 06 abr. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRAZ, R.M.; DOMINGUES, C.M.; TEIXEIRA, A.M.; LUNA, E.J. **Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 25, n. 4, p. 745-754, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/hRY3xDkHSzQZYG6Mgrsyfyq/?lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2020.

EZEANOLUE, E.; HARRIMAN, K.; HUNTER, P.; KROGER, A.; PELLEGRINI, C. **General best practice guidelines for immunization**. Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019.

FAURE, E.; CORTOT, C.; GOSSET, D.; CORDONNIER, A.; DERUELLE, P.; GUERY, B. **Vaccinal status of healthcare students in Lille**. Médecine et maladies infectieuses. V. 43, n. 3, p. 114-117, mar. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23498136/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

FERGUS, E.; SPEARE, R.; HEAL, C. **Immunisation rates of medical students at a tropical Queensland university**. Tropical medicine and infectious disease. Queensland, v. 3, n. 2, p. 52, jun 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2414-6366/3/2/52>. Acesso em: 1 maio 2020.

GALLONE, M.S.; GALLONE, M.F.; CAPPELLI, M.G.; FORTUNATO, F.; MARTINELLI, D. QUARTO, M.; PRATO, R.; TAFURI, S. **Medical students' attitude toward influenza vaccination: Results of a survey in the University of Bari (Italy)**. Human vaccines & immunotherapeutics. Bari, v. 13, n. 8, p. 1937-1941, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557231/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; ROCHA, E.S.; SOUSA, R.V.; MARTINS, V.M.; MASSONI, A.C.; PAIVA, S.M. **Knowledge of occupational diseases and immunization among healthcare students**. Revista Odonto Ciência. Campina Grande, v. 26, n. 3, p. 215-221, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/roci/a/6rywRqxjdRwrrdrzSdsYwfJ/?lang=en>. Acesso em: 06 abr. 2020.

KUPEK, E.; VIEIRA, I. L. V. O impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano em Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Santa Catarina, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sv9dLxmhd9FmQntcgxhNQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2020.

LOBO, I. M. F. et al. **Vírus varicela zoster**. RBM - Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 231-238, jun. 2015. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6148. Acesso em: 15 maio 2020.

LOULERGUE, P.; FONTENEAU, L.; ARMENGAUD, J. B.; MOMCILOVIC, S.; LEVY-BRÜHL, D.; LAUNAY, O.; GUTHMANN, J. P. **Vaccine coverage of healthcare students in hospitals of the Paris region in 2009: the Studyvax survey**. Vaccine. Paris, v. 31, n. 26, p. 2835-2838, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23623864/>. Acesso em: 28 jun 2020.

MACHOWICZ, R.; WYSZOMIRSKI, T.; CIECHANSKA, J.; MAHBOOBI, N.; WNEKOWICZ, E.; OBROWSKI, M.; ZYCINSKA, K.; ZIELONKA, T.M. **Knowledge, attitudes, and influenza vaccination of medical students in Warsaw, Strasbourg, and Teheran**. European Journal of Medical Research. Varsóvia, v. 1, n. 15, p. 235, 2010.

MARINELLI, N.P.; CARVALHO, K.M., ARAÚJO, T.M. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica**. Revista Univap. São José dos Campos, v. 21, n. 38, p. 26-35, Mar 2016. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/324/293>. Acesso em: 05 abr. 2020.

MAROTTA, C.; RAIA, D.D.; VENTURA, G.; CASUCCIO, N.; DIELI, F.; D'ANGELO, C.; RESTIVO, V.; COSTANTINO, C.; VITALE, F.; CASUCCIO, A. **Improvement in vaccination knowledge among health students following an integrated extracurricular intervention, an explorative study in the University of Palermo**. Journal of preventive medicine and hygiene. Palermo, v. 58, n. 2, Junho, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584093/>. Acesso em: 02 abr. 2020.

MOREIRA, M. C. B.; LIMA, G. Z. **Evolução dos conhecimentos sobre doenças imunopreveníveis de alunos no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina, v. 28, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3485>. Acesso em: 22 ago. 2020.

NARDELLI, G.G.; CARLETO, C.T.; GAUDENCI, E.M.; GARCIA, B.B.; SANTOS, A. S.; PEDROSA, L.A. **Situação vacinal de ingressantes da área da saúde de uma universidade pública**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. Uberaba (MG), v. 4, n. 2, p. 145-161, maio 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1645/0>. Acesso: 13 maio 2020.

NETO, J.A.; SIRIMARCO, M.T.; LEITE, I.C.; GONÇALVES, M.P.; DELGADO, A. A. A, CAMILO, G.B.; ABREU, N.A. **Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF–MG**. Revista Brasileira de Educação Médica. Juiz de Fora, v. 34, n. 2., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrbem/a/8ppk5Ty95YYWK8Zmt6F7wCB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 abr. 2020.

NICHOL, K.L.; OLSON, R. **Medical students' exposure and immunity to vaccine-preventable diseases**. Archives of internal medicine. v. 153, n. 16, p. 1913-1916, ago. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8250652/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

NOULA, M.; RAFTOPOULOS, V.; GESOULI, E.; TSAPROUNIS, T.; DELTSIDOU, A. **Greek nursing students' immunization coverage: data from central continental Greece**. Nursing & health sciences. Atenas, v. 10, n. 3, p. 169-74, set. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18786057/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PAVLOPOULOU, I.D.; DAIKOS, G.L.; TZIVARAS, A.; BOZAS, E.; KOSMIDIS, C.; TSOUMAKAS, C.; THEODORIDOU, M. **Medical and nursing students with suboptimal protective immunity against vaccine-preventable diseases**. Infection control and hospital epidemiology. Atenas, v. 30, n. 10, p. 1006, out. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19708792/>. Acesso em: 10 jul 2020.

PETERSEN, S.; ROGGENDORF, H.; WICKER, S. **Vaccine preventable diseases: knowledge, attitudes and vaccination status of medical students**. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Alemanha)), v. 79, n. 5, p. 394-398, Mar 2017.

PNI-Programa Nacional de Imunizações. **Boletim informativo do PNI-02/2016: vacinação contra HPV**. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2016/10/images_Boletim_informativo__HPV002-2016.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

SANTOS, S.D; SOUZA, A.C.; TIPPLE, A.F.; TELES, S.D. **Perfil vacinal referido pelos graduandos de cursos da área de saúde no Estado de Goiás**. Goiânia, 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/347>. Acesso em: 16 ago. 2020.

SBIIm-SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação ocupacional: 2020/2021**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-ocupacional.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020

SIDDIQUI, A.A.; KHAN, M.; KHAN, J.A.; HASEEB, S.S.; MOHIB, A.; KADRI, H.M. **Awareness, Knowledge, and Coverage of Vaccination Against Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Medical Students of Karachi: A Cross-sectional Analysis**. *Cureus*. Karachi, v. 11, n. 4, abr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31249750/>. Acesso em: 23 jul 2020.

SILVA JUNIOR, J.B. **40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira**. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 22, n. 1, p. 7-8, mar. 2013. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, A.C.; SILVA, C.F.; TIPPLE, A.F.; SANTOS, S.L.; NEVES, H.C. **O uso de equipamentos de proteção individual entre graduandos de cursos da área da saúde e a contribuição das instituições formadoras**. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Goiás, v. 7, n. 1, p. 27-36, 2008. Disponível: http://www.biosseguranca.uff.br/sites/default/files/O_uso_de Equipamentos_de_protecao_individual.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

SIRIRUNGSRI, W. **Guidelines for Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis (PEP)**. *Journal of Associated Medical Sciences*. v. 35, n. 3, p. 184-188, 2002.

SORGATTO, S.V.; KORB, P.; MENETRIER, J.V. **Situação vacinal de acadêmicos da área da saúde de uma universidade**. *Journal of Nursing and Health*. Paraná, n. 8, v. 2, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12705>. Acesso em: 18 abr. 2020.

SZTAJNBOK, D.C.N. **Meningite bacteriana aguda**. *Revista de pediatria (SOPERJ)*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 72-76, 2012. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=622. Acesso em: 15 maio 2020.

TUNBRIDGE, A.J.; BREUER, J.; JEFFERY, K.J. **Chickenpox in adults—clinical management**. *Journal of infection*. v. 57, n. 2, p. 95-102. Ago. 2008.

CAPÍTULO 14

INCIDÊNCIA E O PERFIL DE MULHERES UNIVERSITÁRIAS QUE FAZEM O USO DA PÍLULA CONTRACEPTIVA DE EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 21/10/2021

Amanda Gabriela Covre

UNINGÁ – Centro Universitário Ingá
Maringá/PR

Francine Maery Dias Ferreira Romanichen

UNINGÁ – Centro Universitário Ingá
Maringá/PR

RESUMO: A contracepção de emergência (CE), conhecida como “pílula do dia seguinte”, é utilizada por mulheres que não desejam engravidar. É o único método de prevenção utilizado após a relação sexual, quando os demais métodos contraceptivos não foram utilizados de forma adequada. Desde 1996, a pílula do dia seguinte, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), está incluída na lista de medicamentos essenciais autorizado pela ANVISA. Como qualquer medicamento, a pílula contraceptiva de emergência também possui efeitos adversos, principalmente a desregulação menstrual. O presente estudo tem como objetivo avaliar incidência e o perfil de universitárias sobre o uso da pílula do dia seguinte. Para a obtenção dos dados, foi realizado um questionário online, via WhatsApp, com 23 perguntas objetivas para diversas estudantes de todos os períodos e cursos regularmente matriculadas em uma instituição de ensino superior. Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP/UNINGÁ sob o parecer nº4.792.275. Das 95 mulheres entrevistadas,

a maioria (69,5%) já fizeram o uso da pílula do dia seguinte, sob indicação de amigos (50,1%) devido a uma relação sexual desprotegida (67,2%). Constatou-se que o uso da pílula do dia seguinte é frequente devido ao fácil acesso e sem a necessidade de prescrição médica, mesmo por universitárias, a orientação e a busca por um profissional da saúde é escassa.

PALAVRAS - CHAVE: Contracepção de emergência. Estudantes. Pílula do dia seguinte.

INCIDENCE AND PROFILE OF UNIVERSITY WOMEN WHO USE THE EMERGENCY CONTRACEPTIVE

ABSTRACT: Emergency contraception (EC), known as the “morning-after pill”, is used by women who do not wish to become pregnant. It is the only prevention method used after intercourse, when other contraceptive methods were not used properly. Since 1996, the morning-after pill, according to the Ministry of Health (MS), has been included in the list of essential drugs authorized by ANVISA. Like any medication, the emergency contraceptive pill also has adverse effects, especially menstrual dysregulation. This study aims to assess the incidence and profile of university students on the use of the morning-after pill. To obtain the data, an online questionnaire was carried out, via WhatsApp, with 23 objective questions for several students from all periods and courses regularly enrolled in a higher education institution. This research was approved by CEP/UNINGÁ under Opinion No. 4,792,275. Of the 95 women interviewed, the majority (69.5%) had already used the morning-after pill, under the recommendation of

friends (50.1%) due to unprotected sexual intercourse (67.2%). It was found that the use of the morning-after pill is frequent due to its easy access and without the need for a medical prescription, even for university students, guidance and the search for a health professional is scarce.

KEYWORDS: Emergency contraception. Students. Pill of the next day.

1 | INTRODUÇÃO

Os métodos contraceptivos além de serem seguros e eficazes, são utilizados para evitar gravidez indesejada e em alguns casos Doenças sexualmente transmissíveis (DST's), como HIV, sífilis, gonorreia e o HPV (Papilomavírus humano) (SOUSA, et al, 2009).

Nos dias atuais existem os métodos de barreira e hormonais, o primeiro tem por objetivo impedir que os espermatozoides sejam fecundados devido a presença de um “obstáculo” nos órgãos genitais. Enquanto que os métodos hormonais, interrompem a ovulação, aumentam a densidade do muco uterino, impedindo a passagem dos espermatozoides. O preservativo masculino, preservativo feminino e o diafragma associado a espermicidas são classificados como método de barreira. O dispositivo intrauterino (DIU), adesivos cutâneos com a presença de hormônios, anel vaginal, injeções hormonais e anticoncepcionais orais, são classificados como métodos hormonais (INSTITUTO IDEIA, 2015).

Outro método hormonal que pode ser utilizado, é a contracepção de emergência, que tem por objetivo prevenir uma gestação indesejada, após a relação sexual, devido a esquecimento ou falha de algum outro método diário. A CE (contracepção de emergência) é capaz de retardar ou inibir a ovulação feminina, por meio da ação do progestágeno impedindo que o espermatozoide chegue até o óvulo promovendo alteração do endométrio e o espessamento do muco cervical. (FALCÃO, et al, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, sua comercialização é feita de duas formas, o método de Yuzpe (anticoncepcionais de uso rotineiro) e o Levonorgestrel (pílula do dia seguinte) (BRASIL, 2005)

O método de Yuzpe, também conhecido como, pílulas anticoncepcionais de uso rotineiro (combinadas), é composto por estrogênio e progestágeno sintético. Em casos em que o levonorgestrel não esteja disponível, pode ser utilizada como contraceptivo de emergência, até 5 dias após a relação sexual desprotegida. Para essa finalidade, pode ser ingerida em duas doses iguais com um intervalo de 12 horas do primeiro, 200µg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel ou ingerir quatro comprimidos, onde cada dose se remete a 0,03mg de etinilestradiol e 0,15mg de levonorgestrel (BRASIL, 2011)

Já o Levonorgestrel, também conhecido como pílula do dia seguinte, é composto de progestágeno isolado, pode ser ingerida em dose única em até 72 horas após relação sexual, com apenas um comprimido de 1,5mg, ou dois comprimidos de 0,75mg cada, em um intervalo de 12 horas. O Levonorgestrel por não apresentar estrogênios, possui menos efeitos colaterais conferindo uma vantagem sobre o método de Yuzpe e apresenta uma

menor taxa de falha, sendo a mais recomendada atualmente (FIGUEREDO, et al 2008).

É de extrema importância ingeri-la nas primeiras 72 horas após o ato sexual, por ser o período em que o espermatozoide leva até sua chegada ao pico do hormônio luteinizante (LH), impedindo a ovulação retardando as alterações dos folículos. Se a CE for utilizada após esse período, sua eficácia será reduzida, sendo mais susceptíveis a falhas (BRASIL, 2011).

A “pílula do dia seguinte”, como outro medicamento, também possui efeitos adversos, como a desregulação menstrual, tonturas, náuseas, vômitos, sensibilidade nas mamas, cefaleia entre outros. Embora apresente segurança e seu tratamento ser de curto período, não deve ser usada de maneira que substitua outro método anticoncepcivo de rotina. Além disso seu uso é contraindicado em casos de gravidez confirmada. O uso em excesso pode causar a perda de sua eficácia, trombose, cistos ovarianos, alteração no fluxo menstrual e complicações futuras a uma gravidez, como a gravidez ectópica (desenvolvimento do embrião fora do útero) onde o feto não sobrevive (PORTELA, 2015).

Por meio da facilidade para adquirir a pílula, sem qualquer exigência e sem prescrição médica, o uso indiscriminado é frequente e seu uso em excesso. Sabe-se que atualmente o consumo de CE vem crescendo cada vez mais, mesmo com o avanço tecnológico, a falta de conhecimento sobre o contracepcivo de emergência é frequente, dessa maneira, grupos, classes, religiões e culturas influenciam de alguma forma na percepção da sua utilização (MADUREIRA, et al. 2011). Assim, o presente estudo tem como objetivo de avaliar a incidência e o perfil das universitárias sobre o uso da pílula contracepciva de emergência.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Uningá, sob o parecer nº4.792.275, a Coordenação da Instituição e as envolvidas assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), garantindo o anonimato.

Para a realização do presente estudo, foi feita uma análise quantitativa com aplicação de um questionário online estruturado com 23 perguntas objetivas, enviado via WhatsApp, por meio do Google Forms, entre os meses de julho a agosto de 2021, para estudantes matriculados nos diversos cursos da instituição de ensino superior, Centro Universitário Ingá. As variáveis analisadas foram: idade; estado civil; filhos; renda familiar; religião; se utiliza a pílula; qual a frequência do uso e outros.

O questionário online foi respondido por 95 estudantes, a análise da pesquisa foi realizada em duas etapas, a primeira avaliando o perfil socioeconômico e na segunda etapa o nível de conhecimento e o uso frequente da pílula do dia seguinte. Os dados foram organizados em uma planilha Excel de acordo com o perfil de cada estudante, levando em consideração os motivos para utilização desse método e se são associadas a outros métodos contraceptivos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média das entrevistadas, de forma geral, foi de 23 anos (21,1%), por ser a faixa predominante em universitárias, sendo solteiras (73,7%) e sem filhos (86,3%). Em relação a renda mensal (74,5%) informaram ser de até 3 salários-mínimos; com uma maior proporção de alunas da religião católica (69,5%) e apenas 24,2% evangélicas. Quanto ao local de conclusão do ensino médio, 76,8% relataram que foi concluído em escola pública.

Das entrevistadas, 69,5%, relataram já terem feito o uso da pílula do dia seguinte pelo menos uma vez na vida. Isso se deve ao fato que atualmente, temos o acesso fácil à informação e a obtenção de medicamentos sem a necessidade de prescrição médica. A demanda é cada vez maior, consequentemente utilizada como forma para “substituir” outros métodos contraceptivos para evitar uma gravidez indesejada, diminuindo assim o uso de preservativos, como a camisinha, considerando o aumento de uma relação sexual desprotegida (FIGUEREDO, BORGES e PAULA, 2016).

Das, 69,5%, que já fizeram o uso da pílula do dia seguinte, 33,7% utilizaram pelo menos uma vez no último ano. A idade prevalente desse grupo é de mulheres com 23 anos (19,7%), tendo como renda mensal de até 3 salários-mínimos (74,9%), solteiras (66,5%) sem filhos (82,3%) e de religião católica (69%), com local de conclusão de curso em escolas públicas (73%). Uma pesquisa de revisão sistemática realizada por Amengual e seus colaboradores (2016), comprovam que o uso da pílula contraceptiva de emergência é frequente em jovens, sem filhos, solteiras e estudantes.

Ao analisar o perfil das estudantes que não utilizaram a pílula do dia seguinte, através de perguntas socioeconômicas, a idade prevalente também foi de 23 anos, solteiras, sem filhos, com renda mensal de até 3 salários-mínimos, sendo de religião católica. Ao analisar o local de conclusão de curso, finalizaram o ensino médio em escola pública. Das entrevistadas casadas (24,2%) que participaram da pesquisa, apenas 5% delas não fizeram o uso da pílula do dia seguinte. (DELATORRE e DIAS, 2015).

Dentre as acadêmicas entrevistadas, 55,4% iniciaram a vida sexual entre 16 e 18 anos de idade, corroborando com os dados encontrados no estudo de Teixeira (2006), onde a idade média da iniciação sexual para mulheres brasileiras é a partir de 15,9 anos de idade, segundo a Associação para planejamento da família (APF). Nos dias atuais, o início da vida sexual é cada vez mais cedo, isso se remete a necessidade a busca por métodos de prevenção à uma gravidez indesejada. Os problemas do início da vida sexual, em muitos dos casos, é devido ao silêncio e a falta de informações aos adolescentes sobre a educação sexual antes da primeira relação, sobre cuidados que devem ser tomados e o uso irregular de métodos contraceptivos que podem afetar sua eficácia, problemas a saúde e gravidez não planejada e até mesmo ao aborto (TEIXEIRA et al, 2006).

Os motivos que levaram o uso da pílula do dia seguinte, foi devido a uma relação sexual desprotegida (67,2%). Dentre elas, somente 16,4% foi por motivos de esquecimento

do anticoncepcional oral ou pelo rompimento do preservativo. Ou seja, a grande maioria utilizou esse método concepcional como primeira escolha para a prevenção de gravidez indesejada, mas reforçar que essas mulheres estão expostas às doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, vale ressaltar que um relacionamento estável e a confiança no parceiro, contribui para o abandono de métodos de barreira (FALCÃO, 2014).

De acordo com essa pesquisa, a indicação desse medicamento foi realizada por amigos (50,1%) e que somente 30,6% foi indicado pelo farmacêutico e apenas 4,8% pelo médico, sendo que 60,6% receberam orientação sobre o uso (Tabela 1). Segundo o estudo de Bastos (2008), essa prática se confirma ao passo que o diálogo entre amigos sobre conhecimentos relativos é mais frequente, devido a confiança, do que a busca a atenção e a educação sexual por profissionais da saúde, que estão cada vez mais afastadas, mesmo pelas universitárias, se tratando de um grupo de “alta” escolaridade, a comunicação e a indicação de amigas se dão através de suas experiências particulares, sendo informações insuficiente em relação aos riscos e aos seus efeitos colaterais.

| Variável | N | % |
|--|-----------|-------|
| Já fez o uso da pílula do dia seguinte | 95 | |
| Sim | 66 | 69,5% |
| Não | 29 | 30,5% |
| Quem indicou esse medicamento | 62 | |
| Farmacêutico | 19 | 30,6% |
| Médico | 3 | 4,8% |
| Amigo | 31 | 50,1% |
| Conta própria | 8 | 14,5% |
| Você recebeu orientação de como utilizar a pílula | 71 | |
| Sim | 43 | 60,6% |
| Não | 28 | 39,4% |

Tabela 1 – Estudantes que já fizeram o uso pílula do dia seguinte, indicação e orientação Maringá 2021

Fonte: O autor

Para garantir a eficácia, a pílula deve ser utilizada em até 72 horas após a relação sexual desprotegida, porém deve ser utilizada em casos de emergência, pois o seu uso frequente diminui sua eficácia e não conseguindo um efeito desejável. Quando questionadas, considerando que sua utilização seja de forma restrita, as estudantes asseguram que o ideal é que seja utilizada apenas uma vez no ano (90%) e que apenas 10% relataram que pode ser utilizada quantas vezes desejar (BATAGILÃO e MAMEDE, 2011).

No presente estudo, 12,9% dessas universitárias utilizaram a pílula do dia seguinte duas vezes no mesmo ano, 4,3% três vezes no mesmo ano e apenas 1,1% superior a 3

vezes. Nesse último ano, 48,4% não fizeram o uso da pílula contraceptiva de emergência. Mesmo que possuam conhecimento sobre esse medicamento, o uso recorrente a esse método se dá através de falhas de outros métodos contraceptivos ou até mesmo como um reforço impedindo uma gravidez indesejada, pois o seu uso em excesso pode causar trombose, cistos ovarianos, complicações em uma futura gravidez, perda na sua eficácia e infertilidade (BASTOS, et al, 2008).

O anticoncepcional oral é o método mais utilizado como método contraceptivo pelas mulheres (66,7%), seguida da camisinha masculina (17,2%). Ainda que tenham sido citados o coito interrompido (4,6%), camisinha feminina (1%), DIU (8%) e anticoncepcional injetável (2,3%), a quantidade de mulheres que usam esses meios é baixa. Isso se reflete ao seu fácil acesso, seja ela em uma farmácia ou até mesmo em Unidades Básicas de Saúde disponibilizam de forma gratuita. Além de serem métodos eficazes, o anticoncepcional oral, quando usado corretamente tem uma probabilidade muito pequena de falha, em contrapartida a exposição a DST's é maior. Já o preservativo com sua função de “dupla proteção”, prevenção contra DST's e gravidez não planejada (BASTOS, et al, 2008).

Cerca de 97,8% responderam que a contracepção de emergência não é capaz de prevenir as Doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Já, um estudo que foi realizado em Santa Catarina, dentro de uma universidade, observado por Falcão e seus colaboradores, 15% dessas universitárias da região sul acreditavam que a pílula tem relação a prevenção de DST's. A pílula é um método hormonal de via oral, o único método responsável por prevenir essas doenças são os métodos de barreira, sendo os preservativos, tanto o feminino quanto o masculino, que quando usados de forma correta é capaz de garantir quase 100% de eficácia (MADUREIRA, et al, 2011).

Vale ressaltar que 96,8% das estudantes concordam que a pílula do dia seguinte não substitui o anticoncepcional oral e que 40,2% asseguram que em até 24 horas após a relação sexual deve ser tomada a pílula do dia seguinte para garantir a eficácia. Em relação ao tempo máximo após o ato sexual é necessário que se tome a pílula para garantir a eficácia em até 72 horas após a relação sexual, quando utilizada após esse período o risco de falhas são altos (BRASIL, 2011).

Em casos de diarreia ou vômito em até 2 horas após a ingestão da pílula, 54,9% das entrevistadas disseram que deve ser repetida a dose e que 45,1% não acha necessário repetir a dose. Em casos de vômito ou diarreia em até duas horas ao tomar a pílula é necessário que a dose seja repetida, pois a absorção do medicamento é comprometida e assim não tendo seu efeito terapêutico esperado, tendo redução ou falha na sua eficácia e promovendo uma gravidez indesejada (BRASIL, 2011).

A pílula contém uma grande carga hormonal provocando efeitos secundários, principalmente, irregularidade menstrual, náuseas e vômitos. Outros sintomas que pode ocorrer é cefaleia, dores nas mamas, diarreia e inchaço além de comprometer a saúde da mulher (BRASIL, 2005).

Observa-se que a maioria das mulheres desse estudo apresentaram efeitos adversos, principalmente uma irregularidade no ciclo menstrual (38%), dores de cabeça (19%) e náuseas (17%), isso se dá justamente por conta do desequilíbrio hormonal que ela proporciona. Esses dados são diferentes quando comparados aos dados do Ministério de Saúde (2011), relatando que a cefaleia é um dos principais efeitos colaterais seguidos de náuseas e vômitos. Mesmo que o medicamento tomado seja o Levonorgestrel e apresente efeitos indesejáveis, os efeitos adversos são de menor incidência quando comparados ao Yuzpe. Onde a menstruação, segundo um Consenso Nacional sobre a Contracepção, poderá aparecer em até 3 semanas após a ingestão da pílula.

Com relação a finalidade da contracepção de emergência, nesse estudo, cerca de 79,6% concordam contracepção de emergência é um método capaz de prevenir uma gravidez indesejada. A maioria não considera a pílula do dia seguinte abortiva (82,8%), somente 17,2% considera a abortiva, isso se resulta a religião e valores morais. Segundo o Ministério da Saúde, a contracepção de emergência não há considerada abortiva, pois ela tem como mecanismo de ação atuar antes da fecundação (bloqueando a ovulação) de forma segura (BRASIL, 2011).

Como forma de comparação entre os dois grupos de mulheres (as que já utilizaram a pílula e as que não utilizaram), observa-se que, essas acadêmicas, realmente possuem somente informações básicas sobre a pílula do dia seguinte, levando em consideração sua finalidade, de que existe restrição para serem tomadas, previne DST's e não substitui o anticoncepcional oral.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil das universitárias, foi semelhante entre as que fizeram o uso da pílula do dia seguinte entre nunca utilizaram. A quantidade de estudantes que em algum momento já utilizou a pílula contraceptiva de emergência é alta (69,5%). Por ser uma alternativa de método contraceptivo, contribui para evitar uma gravidez indesejada, devido a relações sexuais desprotegidas, deixando de lado métodos de barreira e expostos a DST's. Constatou-se que, a indicação sobre o seu uso feita através de amigos, devido ao fácil acesso e sem a necessidade de prescrição médica, confirmando que a busca pela atenção por profissionais da saúde está cada vez mais afastadas.

Dessa forma, a importância ao acesso e a informações sobre a pílula do dia seguinte é necessária para o uso racional, garantindo que seja utilizada somente em casos de emergência.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Mônica R. et al. **Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência.** Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/fjtce/a/xH9MrFdDLg3XbDJhrBnCq9P/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 25 set. 2021.

BATAGLIÃO, Eléia M L. MAMEDE, Fabiana V. **Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem.** Pesquisa RESEARCH-INVESTIGACIÓN. p. 284-290. São Paulo. 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ean/a/z7Kmh49G6rdMsMbnfHrN5Kp/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 25 set.2021.

BRASIL. Ideário. **Revista Científica do Instituto IDEIA.** p. 99-110. 2015 Disponível em: <[https://revistaideario.com/pdf/revistas/Revista.Ideario.N6.01\(2016\).pdf#page=101](https://revistaideario.com/pdf/revistas/Revista.Ideario.N6.01(2016).pdf#page=101)> Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno nº3. 1º ed. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf> Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno nº3. 2º ed. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf> Acesso em: 12 jan. 2021.

DELATORRE, Marina Zanella. DIAS, Ana Cristina Garcia. **Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários.** Revista SPAGESP. p. 60-73. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a06.pdf>> Acesso em: 25 set. 2021.

FALCÃO, Bruna L et al. **Uso de anticoncepção de emergência pelas universitárias da área da saúde de uma instituição de ensino superior de Paracatu-MG.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/6_USO_DE_ANTICONCEPCAO_DE_EMERGENCIA_PELAS_UNIVERSITARIAS_DA_AREA_DA_SAUDE_DE_UMA_INSTITUICAO_DE_ENSINO_SUPERIOR_DE_PARACATU_MG.pdf> Acesso em: 25 set. 2021.

FIGUEREDO, Regina et al. **Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio.** Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/recursos/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/comportamento_sexual.pdf> Acesso em: 13 jan. 2021.

FIGUEREDO, Regina. BORGES, Ana L V. PAULA, Sílvia H B. **Panorama da contracepção de emergência no Brasil.** Instituto de Saúde. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/divulga/2016/panorama_contracepcao.pdf> Acesso em: 01 out.2021.

MADUREIRA, Valéria S F. WEBER Ana. **Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção.** Cogitare Enfermagem. 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648967019.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2021.

SOUZA, Rosana A. Brandão, Elaine R. **Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde.** Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. p. 1067-1086. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/KD9ywTgDycMYHq7vmJx33HS/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 01 out.2021.

TEIXEIRA, Ana Maria F. Borges, et al. **Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro. p.1385-1396. 2006. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/w6vWsT6yYxTRNWsc3DB5R8g/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 01 out. 2021.

O IMPACTO DO PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Data de aceite: 01/11/2021

Deoclecio Rocco Gruppi

Professor Associado do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO.

Marina Magatão

Acadêmica do curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO.

RESUMO: Com a medida de distanciamento social adotada desde 11 de março de 2020 causada pelo aumento do contágio do SARS CoV-2, a população idosa foi considerada dentro do grupo de risco. Tais medidas impostas a esse grupo restringem rigorosamente a presença fora do ambiente domiciliar, e como respostas a esse isolamento destacam-se uma possível redução das práticas de exercícios assim como respostas negativas à qualidade de vida. Esse projeto foi desenvolvido a fim de investigar o possível impacto do período de isolamento social no nível de atividade física e qualidade de vida na população de Terceira Idade. Para tanto foi feita uma revisão sistemática. Foram encontrados na literatura 233 artigos, destes apenas 02 foram selecionados para compor o estudo. Todos os selecionados, relataram o impacto negativo da quarentena no estado mental e na saúde física, concluindo que esse impacto está diretamente relacionado com o isolamento social e a redução da atividade física. Concluiu-se que o período de

isolamento social acarretou impactos negativos tanto na qualidade de vida quanto no nível de atividade física na população idosa.

PALAVRAS - CHAVE: Terceira Idade; Atividade Física; Isolamento social; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: With the measure of social distancing adopted since March 11, 2020, caused by the increase in SARS CoV-2 contagion, the elderly population was considered within the risk group. Such measures imposed on this group strictly restrict their presence outside the home environment, and as responses to this isolation, a possible reduction in exercise practices is highlighted, as well as negative responses to quality of life. This project was developed in order to investigate the possible impact of the period of social isolation on the level of physical activity and quality of life in the elderly population. For this purpose, a systematic review was carried out. 233 articles were found in the literature, of which only 02 were selected to compose the study. All those selected reported the negative impact of quarantine on mental status and physical health, concluding that this impact is directly related to social isolation and reduced physical activity. It was concluded that the period of social isolation had negative impacts on both the quality of life and the level of physical activity in the elderly population.

KEYWORDS: Third Age; Physical activity; Social isolation; Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil e o mundo encontram-se acometidos por uma pandemia cuja possível cura e prevenção ainda são desconhecidas. Devido à alta disseminação do SARS CoV-2, a estratégia adotada pelo país foi o distanciamento social, visando suprimir a interação social. Visto que os idosos acima de 65 anos têm acometido sintomas mais graves (Razzaghi 2020), o foco foi dado ao isolamento do grupo de maior risco. Entretanto, as medidas impostas a esse grupo podem gerar gradualmente danos secundários prolongados, a médio e longo prazo. Dessa maneira, o presente projeto se justifica pela importância do conhecimento do comportamento da população idosa durante o período de isolamento social, que por sua vez torna-se o grupo de risco mais afetado por essa medida.

O envelhecimento é processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” (ERMINDA, 1999, p. 43). A senescência pode ser relacionada com a vulnerabilidade e fragilidade, dependendo do estilo de vida e do cuidado com a saúde. Erminda (1999) conclui em seu estudo que o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: biológica, cronológica e social.

A dimensão biológica é a alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social, essa dimensão é altamente vinculada ao estilo de vida e prática de atividades físicas. Entretanto, a dimensão que mais diz respeito a esse estudo, a dimensão social, refere-se aos vínculos com a família e hábitos em sociedade ao longo de toda a vida. Considera-se que a inatividade acarreta uma profunda alteração ao estilo e ritmo de vida, devido à perda do papel profissional e pessoal junto da família e da sociedade, por sentir-se em desigualdade diante dos que trabalham.

Atualmente, o Brasil e o mundo encontram-se acometidos por uma pandemia cuja possível cura e prevenção ainda são desconhecidas. Devido à alta disseminação do SARS CoV-2, a estratégia adotada pelo país foi o distanciamento social, visando suprimir a interação social. Visto que os idosos acima de 65 anos têm acometido sintomas mais graves (Razzaghi 2020), o foco foi dado ao isolamento do grupo de maior risco. Entretanto, as medidas impostas a esse grupo podem gerar gradualmente danos secundários prolongados, a médio e longo prazo, citando como exemplo impactos psicológicos como a sensação de solidão, podendo estar ligada a questões relativas ao vínculo e à percepção de apoio social do indivíduo de Terceira Idade (Capitanini & Neri, 2008; Coimbra, 2008).

Além da carga psicológica negativa do isolamento, a redução das oportunidades para a prática das atividades físicas representam uma carga adicional prejudicial à saúde no longo prazo para todos, inclusive idosos. A inatividade física acarreta múltiplos danos ao estado de saúde, podendo trazer a perda da regularidade e qualidade do possível queda da imunidade (Simpson et al 2015) e o aumento da mortalidade por doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração e derrame isquêmico (Warburton & Bredin 2017).

2 | OBJETIVOS

O objetivo foi revisar a literatura científica de maneira sistemática para investigar o nível de atividade física e a qualidade de vida na população idosa durante o período de isolamento social.

3 | METODOLOGIA

A presente revisão sistemática foi realizada de acordo com as recomendações da ferramenta “Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA)”. O modelo SPIDER foi utilizado para definição dos critérios de inclusão, conforme descrito no Quadro 1. Estudos foram selecionados através das bases eletrônicas PubMed, Scielo e Lilacs. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: idosos (elderly, gender), bem-estar (well being), qualidade de vida (life quality) e isolamento social (social isolation, quarantine). As palavras-chave foram combinadas com os operadores Booleanos “AND” e “OR”, Foram feitas as combinações em pares das variáveis de interesse com a população fixa e circunstância específica. A busca foi realizada entre 24 e 26 de março de 2021. Foram considerados apenas artigos originais e publicados nos últimos dez anos.

| | |
|---|---|
| S- sample (população) | Idosos, ambos os sexos, com idade acima de 60 anos |
| PI-phenomenon of interest (fenômeno de interesse) | Impacto do isolamento no nível de atividade física e qualidade de vida em idosos. |
| D- design (design do estudo) | Estudos transversais e longitudinais |
| E- evaluation (avaliação) | Questionários de nível de atividade física e bem estar ou entrevistas |
| R- research type (tipo de pesquisa) | Artigo original (com intervenção e coleta de dados). |

Tabela 1. Estratégia SPIDER do presente estudo.
Methley et al. BMC Health Services Research (2014)

Os artigos foram selecionados pelo título, resumo e relevância para o objetivo do estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos em duplicata, população com menos de 60 anos, idosos com doenças, estudos de revisão sistemática, de meta-análise e que não avaliavam a qualidade de vida. O processo de pesquisa dos artigos incluídos nesta revisão sistemática encontra-se apresentado na Figura 1.

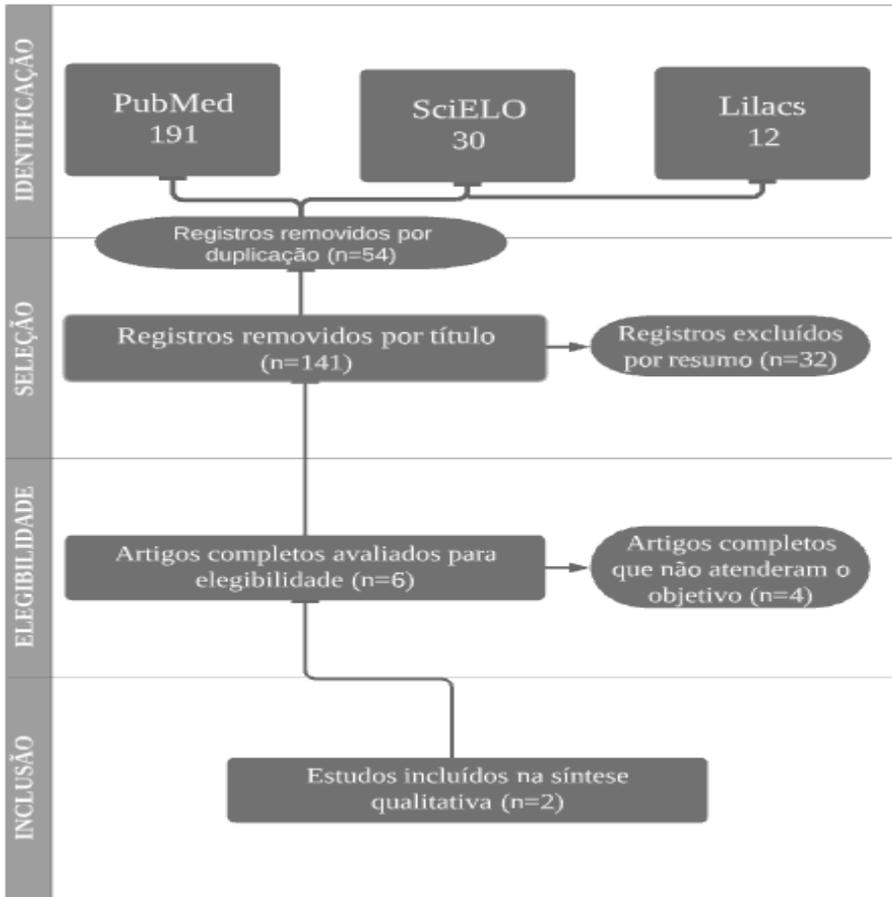


Figura 1 – Fluxograma de processo de seleção de artigos

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira busca obteve um resultado de 233 artigos. Destes, foram excluídas 54 duplicações. Dos 179, foram removidos 173 após a leitura do título e resumo, restando 6 artigos. Desses 6 estudos, foram eliminados 4 estudos, após a leitura na íntegra do manuscrito, restando assim 2 artigos para a inclusão final.

4.1 Características dos estudos selecionado

Dos dois estudos selecionados, um foi realizado na Itália por Di Santo, S. G. et al.(2020) e outro nos Estados Unidos por Daly, J. R. et al.(2021), ambos com idosos de ambos os sexos. No estudo de Di Santo, S. G. et al.(2020) a qualidade de vida foi avaliada através de questionários como Mini Exame de Estado Mental (Itel-MMSE), Questionário de Avaliação Funcional (FAQ), Questionário de Atividades Básicas da Vida Diária (BADL), Questionário Instrumental Atividades da Vida Diária (IADL) e o Questionário

alimentar- Rastreador de aderência à dieta mediterrânea (MEDAS). Nesse mesmo estudo a atividade física foi avaliada pelo questionário modificado Questionário Internacional de Atividade Física - curto formulário (IPAQ-SF). Além desses métodos, os autores utilizam da entrevista de anamnese para a avaliação tanto da qualidade de vida como do estilo de vida, contendo informações básicas como peso durante o isolamento, condições de vida, qualidade da relação com os co-habitantes, comorbidades (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares), diagnósticos psiquiátricos, tratamentos farmacológicos e qualidade e alteração do sono.

O estudo realizado nos Estados Unidos por Daly, J. R. et al.(2021) utilizou da entrevista por tele ligação (Zoom) para coleta de dados, pedindo para que os participantes descrevessem como se estavam durante a ordem “Stay at home”, a fim de avaliar a qualidade de vida pelas variáveis do impacto na saúde mental e das estratégias para diminuir e administrar a ansiedade. Em relação ao nível de atividade física, os autores avaliaram o impacto do isolamento social na saúde física e na iniciativa de alguma atividade física para ajudar nos efeitos negativos da pandemia.

| Autor (ANO) | País | Amostra n (características) | Ferramenta avaliação | Variáveis analisadas |
|------------------------------|--------|---|--|--|
| Di Santo, S. G. et al.(2020) | Itália | <ul style="list-style-type: none"> •n=126 •Idoso com ligeira deficiência cognitiva (ICM) ou subjectiva declínio cognitivo (SCD) • Idade: ≥ 60 anos | <p>Qualidade de vida- Anamnese, entrevistas, Itel-MMSE, FAQ, BADL, IADL e MEDAS</p> | <p>Qualidade de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> •Variação do peso durante o isolamento •Condições de vida (sozinho, com outros) •Qualidade da relação com os co-habitantes <ul style="list-style-type: none"> •Comorbilidades •Diagnósticos psiquiátricos •Tratamento farmacológico •Qualidade e alteração do sono . <ul style="list-style-type: none"> •Avaliação Funcional •Atividades Básicas da Vida Diária <ul style="list-style-type: none"> •Independência funcional •Diagnóstico de COVID-19 •Impacto emocional •Hábitos Alimentares •Atividades de lazer ou passatempos cognitivamente estimulantes |
| | | | <p>Atividade física- Entrevistas de mudanças de hábitos e IPAQ-SF</p> | <p>Atividade física</p> <ul style="list-style-type: none"> •Mudança escala de estilo de vida para avaliação da depressão •Quantificar a atividade física |

| | | | | |
|--------------------------|-----|--|---|--|
| Daly, J. R. et al.(2021) | EUA | <ul style="list-style-type: none"> •n= 112 •Residentes de Comunidade de Habitação para idosos de Cuidados Continuados •Idade: 60 a 100 anos | Entrevista por tele ligação (Zoom) participantes que descrevessem como se estavam durante a ordem “Stay at home”, incluindo o seu impacto na sua saúde física e mental. | <p style="text-align: center;">Qualidade de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> •Impacto na saúde mental (individual e das pessoas em volta) •Estratégias para diminuir/administrar a ansiedade (ind. e pessoas próximas) |
| | | | | <p style="text-align: center;">Atividade física</p> <ul style="list-style-type: none"> •Impacto na saúde física (individual e pessoas próximas) •A iniciativa de alguma atividade física para ajudar a lidar com a pandemia |

Tabela 2. Descrição dos artigos selecionados

4.2 Qualidade de vida

Ambos os estudos obtiveram resultados expressivos na relação dos impactos psicológicos e do isolamento social. O estudo realizado na Itália por Di Santo et al. (2021) concluiu pela anamnese que a aderência à dieta mediterrânica diminuiu em quase um terço entre os participantes, mais de 35% dos indivíduos relataram de aumento de peso, um sexto dos idosos diminuíram as atividades produtivas e de estímulo mental, impactando na qualidade de vida. Foi relatado também que 19,8% dos isolados tiveram sintomas depressivos, 9,5% deles sintomas de ansiedade e 9,5% relataram-se apáticos.

Por meio dos questionários voltados à qualidade de vida Di Santo et al. (2021) encontraram resultados de associação significativa entre depressão e viver sozinho ou ter uma relação pobre com os coabitantes, também é relatado a forte associação entre ansiedade e o idoso com SCD, trazendo sintomas de constipação ou gripe e redução nas atividades de lazer produtivas. Os autores ainda concluíram que os efeitos negativos na qualidade de vida podem dificultar o bem-estar psico-físico das pessoas em quarentena e determinou mudanças nos estilos de vida que podem estar associadas a um aumento do risco futuro de demência. Foi demonstrado no estudo que a adoção de comportamentos saudáveis durante a quarentena pode ser útil para lutar contra as consequências mentais e físicas da quarentena COVID-19, especialmente nas pessoas mais velhas e enfatiza interações sociais precária e baixo nível de atividade física como variáveis correlacionadas com sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade com o ICM.

Quanto à qualidade de vida, Daly, J. R. et al.(2021) correlacionaram com o objetivo do estudo, que era também averiguar a eficácia da tecnologia como ferramenta de comunicação no isolamento social, concluíram que a além da tecnologia emergir como sendo fundamental para a preservação social mas também como “salva vida” para muitos participantes que estavam socialmente isolados dos seus amigos e família. Foi citado (11-12) que o isolamento social e a solidão têm sido associados com comportamentos de

estilo de vida menos saudáveis, incluindo o aumento do tabagismo, consumo de álcool, e desnutrição. Assim como, o isolamento social e a solidão foram trazidos como preditores independentes de depressão, ansiedade e deficiências cognitivas [13-14], também foi referido o desinteresse social e as interações interpessoais subjetivas significativamente reduzidas sendo relacionadas com a diminuição do desempenho físico ao longo do tempo. A conclusão de mais relevância do estudo de Daly, J. R. et al (2021) para essa revisão foi que impacto da quarentena no seu estado mental e a saúde física estava diretamente relacionada com o isolamento social e a redução da atividade física.

4.3 Atividade física

Tanto o estudo realizado na Itália quanto o estudo realizado nos Estados Unidos salientam os impactos psicológicos do isolamento relacionados também com a diminuição significativa de nível de atividade física diária. No estudo de Di Santo, S. G. et al (2020) relatou que mais de um terço da amostra (n=46) relataram a diminuição do nível de atividade física para menos de 600 METS/semana (ponto de corte adotado para classificar os participantes como fisicamente ativos ou inativos, aproximadamente correspondente a 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana), comparando o período de pré isolamento social, o limiar maior que 600 METS semanais é a recomendação de atividades físicas semanais pela Organização mundial da saúde [15]. Dos 126 indivíduos, 69,60% da amostra reportou um aumento no tempo passado sentado ou deitado (tempo ocioso), enquanto, antes do isolamento, apenas 25 entrevistados (19,8%) tinham pontuado mais de 600 MET/semana. Foi relatado também pela autora que 70% dos indivíduos relataram o aumento do tempo em inatividade física, e que a probabilidade da retomada é baixa, devido ao medo do contágio ou por outras razões não especificadas.

Os principais relatos quanto à atividade física e a relação dela com os impactos do isolamento social no estudo de Daly, J. R. et al. (2021) foram que o aumento do nível de atividade física foi associada a melhor saúde física dos idosos, assim como, a baixa dos níveis podem causar efeitos negativos na saúde física, também pode ter implicações negativas, tais como na trajetória cognitiva, pois os indivíduos gastam menos tempo em atividade física (moderada a vigorosa), podendo assim ter um risco maior de incapacidade cognitiva a longo prazo [10]. O estudo de Daly, J. R. et al. (2021) ainda concluiu que os exercícios físicos e atividade sociais são claramente necessários para manter a saúde física e mental e o bem-estar dos adultos mais velhos em isolamento social. Em estudos expostos pela autora também foram relatados alguns resultados relevantes para a discussão dessa revisão. Um deles [9] concluiu que a baixa no nível de atividade física pode aumentar a susceptibilidade dos grupos de risco a infecções e exacerbar condições médicas crônicas existentes, como doenças cardiovasculares e câncer. Outro relato importante ressaltado por Daly, J. R. et al. (2021) foi que, apoiado por literatura [8], concluiu que a atividade física leve durante a pandemia de COVID-19 pode ajudar a aliviar o impacto negativo sobre a

saúde mental dos adultos mais velhos que estão socialmente isolados.

| Autor (ANO) | Principais resultados |
|------------------------------|---|
| Di Santo, S. G. et al.(2020) | Os idosos com SCD e ICM sofreram mudanças de estilo de vida potencialmente prejudiciais ao seu declínio cognitivo futuro, mesmo que, com exceção das atividades de lazer, não pareçam estar associados de forma transversal aos sintomas psiquiátricos. |
| Daly, J. R. et al.(2021) | Os resultados do estudo sugerem que o acesso à tecnologia, a conectividade e a alfabetização são potenciais fatores de divisor de águas para apoiar a saúde mental e física dos adultos mais velhos. |

Tabela 3. Principais resultados

Por fim, Di Santo, S. G. et al. (2020) obtêm como resultados mais relevantes e expressivos que as mudanças do estilo de vida dos idosos com SCD e ICM podem potencialmente terem sido prejudiciais ao declínio cognitivo futuro. Os autores ressaltam que, com exceção das atividades de lazer, esses declínios cognitivos não parecem estar associados de forma transversal aos sintomas psiquiátricos analisados.

Como o objetivo do estudo de Daly, J. R. et al (2021) foi analisar e relatar a eficácia da tecnologia como ferramenta de comunicação no isolamento social, o principal resultado obtido da pesquisa foi a conclusão de que o acesso à tecnologia, a conectividade e a alfabetização são potenciais fatores de divisor de águas para apoiar a saúde mental e física dos adultos mais velhos, dando incentivo a importância da adoção do meio. Já dentro do objetivo deste estudo, o resultado mais relevante se refere a conclusão de que a tecnologia emergiu como sendo fundamental para a preservação social mas também como “salva vida” para muitos participantes que estavam socialmente isolados, enfatizando o novo viés de atuação dentro da área para os profissionais de educação física. Foi também importante para esse estudo o relato de que o aumento do nível de atividade física foi associada a melhor saúde física dos idosos, assim como, a baixa dos níveis podem causar efeitos negativos na saúde física, também pode ter implicações negativas, tais na trajetória cognitiva, pois os indivíduos gastam menos tempo em atividade física (moderada a vigorosa).

5 | CONCLUSÕES

Diante do objetivo de investigar o nível de atividade física e a qualidade de vida na população idosa durante o período de isolamento social e dos estudos selecionados e apresentados acima, notamos uma correlação positiva entre a qualidade de vida e os indivíduos que mantiveram o nível de atividade física.

Concluiu-se, através dos estudos selecionados pela presente revisão sistemática, que o período de isolamento social acarretou impactos negativos tanto na qualidade de vida quanto no nível de atividade física na população idosa. Com base nos resultados encontrados por essa revisão, ressalta-se a importância do engajamento do profissional de educação física na população idosa e a ênfase dos mesmos em programas de apoio e atividades físicas de maneira contínua, para também a manutenção dos níveis de qualidade de vida, pois com a interrupção os idosos perdem os ganhos obtidos pela prática de exercício físico, como desenvolvimento cognitivo e independência.

Pela quantidade de estudos achados dentro da temática de qualidade de vida e nível de atividade física nos idosos durante o isolamento social causada pelo aumento do contágio do SARS CoV-2, vê-se a necessidade da expansão de estudos científicos na área. Abre-se também as possibilidades de estudos de campo, tanto de coleta de dados sobre essa população quanto aplicação de pesquisas aplicadas.

REFERÊNCIAS

- ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. In: COSTA, M. A. M. et al. (Org.). O idoso: problemas e realidade. Coimbra: Formasau, 1999. p. 45-59.
- COIMBRA, J. F. M. (2008). O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas: A influência da autonomia funcional e do meio ecológico. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- CAPITANINI, M. E. S., & NERI, A. L. (2008). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. L. Neri & M. S. Yassuda (Orgs.), *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (3ª ed., pp. 71-89). Campinas, SP: Papyrus. (Obra original publicada em 2004).
- YANG, P.-Y., Ho, K.-H., Chen, H.-C., & Chien, M.-Y. (2012). *Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. Journal of Physiotherapy, 58(3), 157–163.*
- PLAGG, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). *Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. Archives of Gerontology and Geriatrics, 89, 104086. Immune Functions. Molecular and Cellular Regulation of Adaptation to Exercise, 355–380.*
- SOUZA, C. F.; MATTES, V. V.; SILVA, M. P.; NAGPAL, T. S.; SILVA, D. F., Desenvolvendo um modelo de revisão rápida para graduação em Educação Física. Caderno de Educação Física e Esporte, v. 18, n. 2, p. 153-158, 2020.
- WARBURTON, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). *Health benefits of physical activity. Current Opinion in Cardiology, 32(5), 541–556.*
- RAZZAGHI, H. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6912e2-H.pdf>>. Acesso em: 15, mai 2020.

____ Callow, D. D., Arnold-Nedimala, N. A., Jordan, L. S., Pena, G. S., Won, J., Woodard, J. L., & Smith, J. C. (2020). *The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic. The American Journal of Geriatric Psychiatry.*

Damiot, A., Pinto, A. J., Turner, J. E., & Gualano, B. (2020). *Immunological Implications of Physical Inactivity among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Gerontology, 1–8.*

ZHU, W., WADLEY, V. G., HOWARD, V. J., HUTTO, B., BLAIR, S. N., & HOOKER, S. P. (2017). *Objectively Measured Physical Activity and Cognitive Function in Older Adults. Medicine & Science in Sports & Exercise, 49(1), 47–53.*

Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). *A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. Psychology, Health & Medicine, 11(2), 233–245.*

Boulos, C., Salameh, P., & Barberger-Gateau, P. (2016). *Social isolation and risk for malnutrition among older people. Geriatrics & Gerontology International, 17(2), 286–294.*

Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). *A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61(6), 329–339.*

Ellwardt, L., van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R., & Steverink, N. (2015). *Personal Networks and Mortality Risk in Older Adults: A Twenty-Year Longitudinal Study. PLOS ONE, 10(3).*

WHO. World Health Organization 2011. *Global recommendations on physical activity for health, 18-64 years old. 2011. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf> [2012 May 28]*

Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). *PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. BMC Health Services Research, 14(1).*

OFICINAS DE COOPERAÇÃO HORIZONTAL COMO ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM DE EQUIPES DE SAÚDE DE MACEIÓ PARA A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 09/08/2021

Ednalva Maria de Araújo Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-8571-7857>

Joice Fragoso Oliveira de Araujo

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Maceió – Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-8478-1531>

Cristina Maria Vieira da Rocha

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió -
SMS
Maceió – Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-2946-2618>

Araci Lessa Sotero Silvestre

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió -
SMS
Maceió – Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-5741-6128>

Maria José Cardoso da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió -
SMS
Maceió – Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-9561-9591>

RESUMO: As informações disponíveis acerca da atuação das equipes de saúde na rede básica de Maceió eram frágeis e diziam pouco sobre a atuação dessas equipes, mais ainda quando se sabia da precariedade estrutural a interferir

no processo de trabalho. Enfrentar o desafio de repensar a prática local exigiu da coordenação municipal da atenção básica uma abordagem diferenciada dessas equipes, mediante oficinas de cooperação horizontal. O objetivo do presente estudo é apresentar alguns aspectos desse processo, realizado em unidades básicas do VI Distrito Sanitário, em Maceió, Alagoas, referenciado na Política Nacional de Atenção Básica, em informações sociodemográficas e nas condições de saúde da população, observadas a partir da atuação diária dos Agentes Comunitários de Saúde dessas Unidades. Foram realizadas 12 oficinas, envolvendo 14 equipes da Estratégia Saúde da Família, abrangendo seis serviços, num total de 147 profissionais participantes. Essas oficinas para-além da mobilização das equipes para o remapeamento das microáreas, melhoria da qualidade dos registros no e-SUS, identificação de problemas e articulação com a rede de serviços, políticas, programas e ações, buscou e possibilitou o fortalecimento dos vínculos intraequipe, a valorização do fazer de cada integrante da equipe a partir do olhar daquele que convive com o viver da população, representando importante estratégia de qualificação do serviço. Além disso, a experiência foi fundamental para fortalecer a integração entre a gestão e as equipes da Atenção Primária. Também foi importante para uma maior apropriação das possibilidades ofertadas pelo sistema e-SUS e a ampliação do acesso a informações por meio de manuais, notas e informes técnicos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Cooperação Horizontal, Processo de Trabalho.

HORIZONTAL COOPERATION WORKSHOPS AS A STRATEGY FOR APPROACHING HEALTH TEAMS FROM MACEIÓ TO THE REORGANIZATION OF THE WORK PROCESS

ABSTRACT: The information available about the performance of health teams in the basic network of Maceió was fragile and said little about the performance of these teams, even more so when the structural precariousness interfering in the work process was known. Facing the challenge of rethinking local practice required from the municipal coordination of primary care a differentiated approach from these teams, through horizontal cooperation workshops. The aim of this study was to present some aspects of this process, conducted in basic units of the VI Sanitary District, in Maceió, Alagoas, referenced at the National Primary Care Policy, in sociodemographic information and in the health conditions of the population, observed from the performance of the Community Health Agents of these Units. Twelve workshops were held, involving 14 teams from the Family Health Strategy, covering six services, totaling 147 participating professionals. These workshops, in addition to mobilizing teams to remap the areas, improve the quality of e-SUS records, identify problems and link with the network of services, policies, programs and actions, sought and enabled the strengthening of intra-team links, valuing the actions of each team member from the perspective of those who live with the population, representing an important strategy for qualifying the service. In addition, the experience was essential to strengthen the integration between the management and the Primary Care teams. It was also important for a greater appropriation of the possibilities offered by the e-SUS system and the expansion of access to information through manuals, notes and technical reports produced by the Municipal Health Department of Maceió.

KEYWORDS: Primary Health Care, Horizontal Cooperation, Work Process.

1 | INTRODUÇÃO

O principal modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) desenvolvido no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território. Além de possuir ampla capilaridade, é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014). Neste modelo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que geralmente é morador do território de abrangência à Unidade de Saúde da Família (USF), integra-se à equipe como agente da instituição saúde que tem proximidade com os demais moradores do bairro (CORDEIRO, 2014).

O processo de trabalho na USF organiza-se pela equipe, constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, além dos ACS (CORDEIRO, 2014). A melhoria no processo de trabalho pode impactar significativamente em toda a comunidade, tendo em vista, que tudo perpassa por ele, desde o acolhimento, estabelecimento de vínculos, o cuidado, a prevenção de agravos e a promoção em saúde (BRASIL, 2006). Com o trabalho desenvolvido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por sua significativa expansão, a discussão em torno do quantitativo de dados por elas gerados estimulou a

necessidade da criação de um sistema que abrigasse e transformasse os dados em fonte de informação e, assim, direcionasse de forma mais factível as ações de saúde (NEVES et al., 2014).

Sistema de informação é definido por Davenport (1998) como processo que produz e comunica informação a outros, possibilitando sua análise com vistas à geração de conhecimento. Trata-se de um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, recupera e apresenta dados, gerando informações para usos diversos. Entretanto, podem existir alguns déficits com relação ao uso dos sistemas de informação, como o sub-registro do trabalho realizado pelas equipes de saúde, por exemplo.

Na rede de serviços básicos do município de Maceió as informações disponíveis sinalizavam para a necessidade de um olhar cuidadoso sobre o processo de trabalho, em razão de um possível sub-registro na produção dessas equipes, resultando em informações frágeis e que, certamente, diziam pouco sobre a atuação dessas equipes. De outro lado, reconhecia-se a existência de uma precariedade estrutural a influenciar esse mesmo processo de trabalho, dependente diretamente do suporte administrativo, da adequação de estrutura e organização das ações.

Em função disso, a Coordenação Geral da Atenção Primária (CGAP), da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, estado de Alagoas, desencadeou um processo pautado no repensar da prática das equipes, considerando sua competência e governabilidade, entendendo que mudanças podem ser alcançadas mediante investimento em mecanismos e instrumental que valorizem a comunicação entre a gestão e as equipes, bem como da produção e apropriação coletiva de protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação para refletir sobre a prática e para subsidiar o monitoramento e avaliação do processo e de resultados.

Enfrentar o desafio de repensar a prática local exigiu da CGAP uma abordagem diferenciada das equipes de saúde, por meio da realização de oficinas de cooperação horizontal, entendendo esse espaço como estratégia dinâmica e viva de aproximação, nivelamento e reflexão entre os atores desses dois polos, dentro da perspectiva de construção e apropriação da teoria, incluindo protocolos e normas, e do real, enquanto uma ferramenta adequada para potencialização dos “espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia” (PNAB, 2017).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Apresentar a cooperação horizontal como estratégia básica para a reorganização do processo de trabalho em unidades de atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Utilizar oficinas de cooperação horizontal envolvendo a gestão e equipes locais, para refletir sobre a prática referenciada no olhar diferenciado sobre o território;
- Disseminar conhecimentos e práticas, com apropriação de publicações e análises de dados do e-SUS.

3 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada para alcance do objetivo proposto foi dividida em três etapas interdependentes e interrelacionadas. Para embasamento teórico foram consultados documentos norteadores oriundos do Ministério da Saúde, tais como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). A construção e execução da proposta foi da larva da equipe técnica da CGAP, sendo adequada e ajustada no processo de avaliação de cada oficina a partir de demandas das equipes de Estratégia Saúde da Família das Unidades de Saúde da Família do VI Distrito Sanitário de Maceió.

O Município de Maceió está localizado no Estado de Alagoas com uma área territorial total de 509,552 km², dividida em 51 bairros, conformando oito Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS à oferta das ações e serviços para a população.

O VI Distrito Sanitário compreende dois bairros (Antares e Benedito Bentes), abrangendo uma população estimada de 127.723 habitantes. São oito serviços de saúde no Distrito, sendo cinco Unidades de Estratégia Saúde da Família, uma Unidade mista, uma Unidade no modelo tradicional e uma Unidade de Referência.

A decisão em iniciar o processo nesse Distrito foi devida ao fato de as ESF apresentarem melhores condições de ampliação de cobertura da estratégia e pela necessidade, que se fazia urgente, de remapear o território de abrangência de cada equipe, em decorrência do vazio assistencial naquela área. Além disso, seria uma valiosa oportunidade de qualificar a informação, mediante uma operacionalização melhor qualificada do e-SUS, particularmente pela eliminação de inconsistências no registro.

O trabalho foi desenvolvido entre julho e dezembro de 2018, com todos os profissionais integrantes das equipes sendo convidados a participar das oficinas que aconteceriam

em espaço físico adaptados das próprias unidades, no período da tarde em cronograma previamente estabelecido e acordado com a direção dos serviços. Foi essencial a presença de todos os profissionais da equipe, bem como do Gerente Administrativo da Unidade e do Gerente do Distrito Sanitário (DS).

Num primeiro momento do trabalho presencial abordavam-se aspectos da Política Nacional de Atenção Básica, destacando a diretriz de territorialização e população adscrita, além da análise de dados disponibilizados no e-SUS individualizados por profissional.

Em seguida, o território abrangido por cada Unidade era apresentado por cada Agente Comunitário de Saúde, por microárea, considerando informações sociodemográficas e condições de saúde da população, apontando os principais gargalos para o trabalho da equipe. Esse segundo momento foi de muita riqueza, com apresentações e abordagens diferenciadas feitas pelos ACS, utilizando desde ferramentas mais simples como cartazes, ilustrados com fotos e mapas, até a tecnologia digital, dependendo da criatividade e das condições.

No terceiro momento da oficina enfocavam-se os pontos de maior relevância do território trazidos pela apresentação dos ACS, articulando, nessa discussão, políticas, programas e ações específicas, oportunizando ainda a abordagem de outras diretrizes, a exemplo da longitudinalidade e coordenação do cuidado, bem como a ordenação da rede.

4 | RESULTADOS

Foram realizadas 12 oficinas de cooperação horizontal, com 14 equipes da Estratégia Saúde da Família, abrangendo seis Unidades de Saúde da Família, sendo envolvidos 147 profissionais.

As oficinas viabilizaram o levantamento e discussão de dados da população cadastrada pelas equipes do VI Distrito Sanitário (tabela 1). Em 2016, com a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pelo e-SUS em Maceió, os profissionais relataram que muitas informações ainda não constavam no novo sistema.

| Nº Equipe | SIAB/2015 | eSUS/2017 | eSUS/2018 | Enfermeiras/2019 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| 023 | 2.798 | 1.586 | 2.358 | 2.974 |
| 024 | 2.440 | 1.275 | 2.385 | 2.641 |
| 027 | 2.890 | 1.608 | 2.852 | 2.727 |
| 032 | 3.663 | 1.995 | 2.084 | 2.999 |
| 044 | 3.337 | 1.521 | 3.067 | 2.567 |
| 045 | 2.976 | 1.817 | 3.129 | 2.877 |

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| 067 | 3.474 | 1.220 | 2.057 | 3.019 |
| 068 | 3.426 | 1.458 | 1.894 | 3.339 |
| 069 | 2.646 | 1.257 | 2.071 | 2.000 |
| 070 | 3.121 | 1.555 | 2.524 | 2.526 |
| 079 | 2.897 | 2.288 | 3.360 | 2.394 |
| 082 | 3.123 | 1.005 | 1.924 | 2.417 |
| 083 | 2.562 | 820 | 1.153 | 2.715 |
| 084 | 2.331 | 551 | 1.958 | 1.902 |

Tabela 1. Comparativo da informação sobre população cadastrada nos sistemas de informação, segundo Equipe de Saúde da Família, no VI Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2018

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da Tabela 1, é possível inferir que com a implantação do e-SUS houve um déficit de população cadastrada nas 14 equipes, comparando os dados do SIAB de 2015 com os dados do e-SUS de 2017. Em 2018 a informação do e-SUS se aproxima da do SIAB, exceto a referente à equipe 045 que ultrapassou o dado de 2015. Segundo os profissionais a informação que mais se aproxima da realidade é a registrada pelas enfermeiras, vez que é obtida a partir das fichas preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Outra informação importante relatada pelos profissionais durante as oficinas, e que demonstravam a fragilidade do dado, é a de que os cadastros do e-SUS ainda apresentavam diversas inconsistências.

O levantamento desse quadro foi fundamental por possibilitar a mobilização das equipes para a realização do remapeamento das microáreas, fortalecendo de forma importante a percepção da dinamicidade do território como algo vivo que deve continuamente ser revisitado. Fortaleceu, ainda, a importância e necessidade da melhoria da qualidade dos registros no e-SUS, valorizando-os enquanto representação do trabalho e do esforço e contribuição individuais de cada um no conjunto do trabalho da equipe, estimulando o olhar crítico sobre os próprios registros.

As oficinas de cooperação horizontal possibilitaram, ainda, a identificação de problemas e articulação com a rede de serviços, políticas, programas e ações, com destaque para: Hipertensão/diabetes – Rede de Doenças Crônicas, Sobrepeso/obesidade – Área técnica de Alimentação e Nutrição, Pré-natal – Rede Cegonha/ Saúde da Mulher, Programa de Imunização – Vigilância, Tuberculose/Hanseníase – Vigilância, Endemias – Integração entre Agente Comunitário de Saúde x Agente Comunitário de Endemias, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a produção de impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

51 CONCLUSÃO

O processo de preparação e realização das oficinas de cooperação horizontal contribuiu para-além do fortalecimento da integração entre a CGAP e as equipes locais, da maior apropriação do sistema de informação e-SUS como ferramenta de monitoramento do trabalho das equipes, foi um espaço de construção da interação dentro da equipe, fortalecendo a valorização da prática individual de cada profissional, do olhar e da percepção do ACS para o trabalho de todos, dentro de cada especificidade. A presença da gestão municipal, da direção do Distrito e da gerência das Unidades reafirmou o quanto é fundamental a presença e participação desses atores na discussão do dia-a-dia, ouvindo, compreendendo e ajudando a superar óbices para o processo de trabalho de cada profissional e da equipe como um todo.

Certamente que várias questões decorrentes da própria gestão pública ficaram na dependência, mas houve ganhos na compreensão de que essa é uma realidade cuja transposição está fora de muitas governabilidades, reforçando a necessidade de que se faz urgente manter o foco, a união de esforços no caminhar cada vez mais e melhor, avançando em estratégias e mecanismos que valorizem a humanização do convívio entre pares, o respeito mútuo, o reconhecimento da diversidade, a horizontalização de procedimentos e práticas, na democratização das relações e valorização das pessoas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Processo de trabalho na atenção Primária em saúde: pesquisa-ação com agentes Comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015.

DAVENPORT, T. **Ecologia da informação: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998.

IBGE, **Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, 2009.

NEVES, T.C.C.L.; MONTENEGRO, L.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.1, p.756-70. 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **J. Manag. Prim. Health Care**, Londres, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE

Data de aceite: 01/11/2021

Cícera Áurea Fontes Vilela

Enfermeira. Mestre em Educação pelo Programa de Pós-graduação Stricto sensu - Universidade de Pernambuco. Petrolina (PE), Brasil.

Marianne Louise Marinho Mendes

Doutora em Ciência e Tecnologia dos Alimentos. Professora do Colegiado de Nutrição e Programa de Pós-graduação em Formação de Professores e Práticas Interdisciplinares. Universidade de Pernambuco. Petrolina (PE), Brasil

RESUMO: A escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, podendo interferir diretamente na produção social da saúde. Nessa perspectiva, surge o decreto presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial entre os Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC). Este trabalho tem como objetivo Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o Programa Saúde na Escola do município de Petrolina-PE. Trata-se de um estudo descritivo, inserido em um contexto de natureza quanti- qualitativa. Nos resultados ficou clara a percepção dos profissionais que o programa saúde na escola

veio como estratégia de promoção à saúde e prevenção de doenças. As principais ações realizadas pelos profissionais foram relacionados à saúde bucal, problemas dermatológicos; nutricionais, gravidez na adolescência, DST'S, parasitoses, arboviroses (dengue, chikungunya, zyka). As principais dificuldades para implementação do PSE nas escolas na percepção dos enfermeiros, diz respeito sobre a falta de participação da escola, a falta de material para trabalhar as atividades na escola, o envolvimento parcial das equipes de saúde família, e a falta de apoio das secretarias de saúde e educação. Os profissionais entrevistados apresentam o desejo de continuar o programa, em contribuir na melhoria da saúde das crianças e em consolidar as atividades na escola, na perspectiva de contar com um apoio maior e melhor por parte da gestão e da escola.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde na Escola. Saúde da Família. Intersetorialidade.

NURSE'S PERCEPTION ON THE SCHOOL HEALTH PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF PETROLINA-PE

ABSTRACT: Schools as a space for relationships are ideal for the development of critical and political thinking, as they contribute to the construction of personal values, beliefs, concepts and ways of getting to know the world, and can directly interfere in the social production of health. From this perspective, presidential decree n. 6,286, of December 5th, 2007, establishing the School Health Program (SHP), an intersectoral policy between the Ministry of Health (MH) and the Ministry of Education (ME). This study aims

to know the nurse's perception of on the School Health Program of the city of Petrolina-PE. It is a descriptive study, inserted in a quantitative-qualitative natured context. In the results the professionals' perception that the school health program came as a disease prevention strategy, was clear. The main actions carried out by the professionals were related to oral health, dermatological problems; nutritional, teenage pregnancy, STDs, parasitosis, arboviruses (dengue, chikungunya, zyka). The main difficulties for the implementation of the SHP in schools, in the nurses' perception, concerns the lack of participation of the school, the lack of material to carry out the activities in the school, the partial involvement of the family health teams, and the lack of support from the health and education departments. The interviewed professionals present the desire to continue the program, to contribute to the improvement of the children's health and to consolidate the activities in the school, with the perspective of having a greater and better support from the management and the school. **KEYWORDS:** Health at School. Family Health. Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada, setorialmente. Isso contradiz o paradigma promocional da saúde, que expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorra por meio da construção e gestão compartilhadas, ou seja, por meio de ações intersectoriais, em que haja um grau de abertura em cada setor para dialogar, estabelecendo corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população¹.

É preciso desenvolver, em cada um, a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. A educação em saúde está ancorada na promoção em saúde. Desse modo, profissionais de Saúde e de Educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde, por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas².

As políticas de saúde no contexto brasileiro têm se desenvolvido no reconhecimento da intersectorialidade. Em nenhum outro momento histórico, falou-se tanto em saúde e promoção da saúde como no contexto atual, o que corrobora com a valorização do papel de promoção da saúde vinculada ao ambiente escolar, como elemento transformador da realidade¹.

Nessa perspectiva, surge o decreto presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersectorial entre os Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), abrangendo os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal)³.

O PSE é resultado de uma parceria entre o MS e o MEC e tem como objetivos: promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular

ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e, incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica⁴.

Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de Educação e Saúde, estaduais e municipais, pois trata-se de um processo de adesão que visa a melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores².

O enfermeiro como membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), tem papel importante na execução deste programa, pois exerce junto à equipe as ações do PSE, organizando o processo de trabalho para o sucesso da realização das atividades. Destaca-se pela sua liderança inerente à sua profissão, por isso, a importância de conhecer sua percepção e os desafios enfrentados na implementação do PSE⁵.

Trata-se de um desafio para o enfermeiro que atua na APS lidar com o acúmulo de atribuições que lhes são conferidas. Dentre as mais diversas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na prática cotidiana, destacam-se as atividades gerenciais, assistenciais, de educação em saúde, de promoção à saúde e prevenção de doenças. Nos últimos anos houve uma intensificação e ampliação das atividades do enfermeiro na ESF⁶.

É um programa pensado para promover comportamentos favoráveis à vida, para contribuir na formação das crianças, promover a cidadania, visando a cultura da paz, por meio da promoção de saúde realizada intersetorialmente pelos profissionais de saúde da atenção básica, junto aos professores e estudantes do ensino básico. Pode futuramente refletir em melhoria da situação de saúde no país, assim como redução do uso de álcool e outras drogas, e a redução da violência entre os jovens. O que resultaria na diminuição com gastos em saúde, redução de internamentos, redução de mortes por adoecimento e violência, dentre outros pontos positivos que o PSE traz para a população e, conseqüentemente, para o governo.

Assim os objetivos deste trabalho foi conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o PSE do município de Petrolina-PE, e, verificar as ações PSE realizadas pelos enfermeiros e identificar os desafios enfrentados por estes para o desenvolvimento das ações.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, inserido em um contexto de natureza quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESFa) do município de Petrolina-PE, que atuam no PSE, nas unidades de saúde que estavam credenciadas até o início da pesquisa, totalizando um número de 40 ESF (40 enfermeiros), todas da zona urbana, vinculadas a 22 escolas municipais.

A seleção da amostra seguiu os seguintes critérios: ser enfermeiro ESFa do referido do município, atuante no PSE e aceitar participar da pesquisa voluntariamente.

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que renunciaram a participação no estudo e/ou os que se recusaram assinar o TCLE, e/ou os que não realizaram nenhuma ação ainda até o momento do contato para a entrevista. No total foram excluídos do estudo um número de sete enfermeiros, por estes motivos já citados.

A pesquisa foi realizada na cidade de Petrolina-PE. Este município está localizado no extremo oeste do Estado de Pernambuco, com área territorial de 4.561,872 Km² e população de 337.683 habitantes⁷, e fica localizado a 722 km da capital, Recife-PE. O estudo foi realizado com os enfermeiros da Atenção Básica, que atuam no PSE, no seu local de trabalho, nas Unidades de Saúde da Família.

Foram observados os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a pesquisa com seres humanos. Os sujeitos que concordaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e ficaram com uma cópia deste como previsto.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco, com número CAAE 65006217.5.0000.5207.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2017. Para atender aos objetivos propostos foi utilizado como instrumento para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, composta por questões fechadas e abertas.

Os dados foram organizados em categorias temáticas, tomando por base as falas dos participantes, retirando-se temas para análise. O método em questão tem como foco de análise a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração⁸.

Para preservar o anonimato dos sujeitos as falas foram codificadas na sequência de E1 a E33 e, após leitura do material emergiram cinco categorias temáticas: O PSE para os enfermeiros; As ações desenvolvidas no PSE; Da intersectorialidade à consolidação do PSE; Potencialidades do Programa sob a ótica dos enfermeiros; Limitações e dificuldades para executar o programa; Propostas para operacionalizar a execução do Programa sob a ótica dos enfermeiros.

RESULTADOS

Caracterização dos Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que atuam na ESFa e realizam ações do PSE. Do total de entrevistados 90,9% (n=30), são do sexo feminino, e 9,1% (n=03) são do sexo masculino, fato que não nos surpreende por ainda a profissão de enfermeiro ser predominantemente feminina.

Em relação à idade, esta variou entre 26 a 62 anos.

Em relação à escolaridade 36,36% (n=12) possuem graduação, 57,58% (n=19) possuem especialização (há profissionais com mais de uma especialização), e 6,06% (n=02) possuem mestrado. As especializações eram de áreas diversas, como em saúde pública, saúde da família, urgência e emergência, gestão em saúde, obstetrícia e oncologia.

Em relação ao tempo de formação dos entrevistados, em sua maioria variou entre cinco a 12 anos, 69,70% (n= 23) e, em percentuais menores os extremos de um a quatro anos, 15,15% (n=05), e de 13 a 32 anos, 15,15% (n=05).

No quadro a seguir, apresentaremos dados referentes ao tempo de atuação dos enfermeiros na ESFa.

| Tempo em anos | Percentual (%) | N |
|---------------|----------------|----|
| < 1 ano | 18,18 | 06 |
| 1 a 3 anos | 12,13 | 04 |
| 4 a 6 anos | 27,27 | 09 |
| 7 a 9 anos | 24,24 | 08 |
| >9 anos | 18,18 | 06 |

Quadro 2- Caracterização dos participantes do estudo em relação ao tempo de atuação na ESFa:

Fonte: Autoria própria (2017).

Percebe-se um percentual de 18,18% (n=06) em relação ao total (100%) de enfermeiros que iniciaram na ESF em Petrolina-PE há menos de um ano, notadamente devido à mudança de gestão e contratação de novos profissionais.

Com relação ao tempo de atuação dos entrevistados das ESFa no PSE está descrito no gráfico 1.

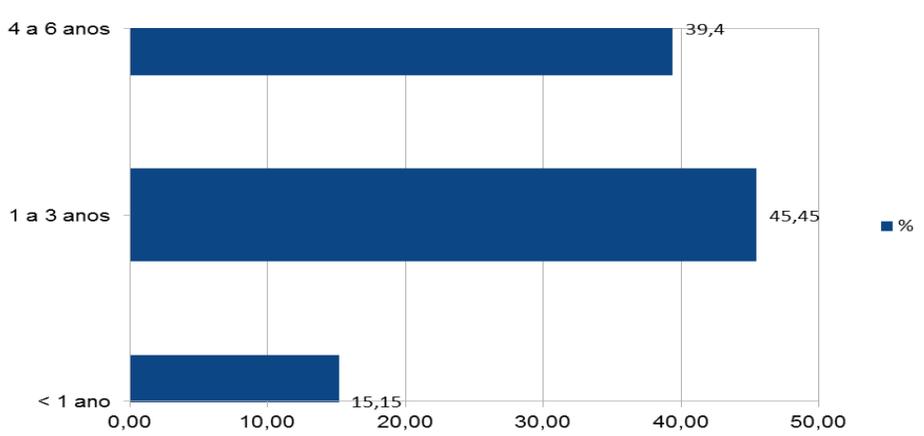


Gráfico 1- Tempo de atuação dos enfermeiros das ESFa no PSE do município de Petrolina-PE:

Fonte: Autoria própria (2017).

Em relação à atuação no PSE, como se trata de um programa instituído por um decreto em 2007, ou seja, há apenas dez anos, a atuação dos enfermeiros no programa variou em sua maioria entre quatro a seis anos, 39,4% (n=13), seguida de um a três anos, 45,45% (n=15), e por último < 1 ano, 15,15% (n=05). Devido ao aumento da adesão das equipes de saúde e escolas vinculadas ao programa, progressivamente, tem aumentado o número de profissionais envolvidos no PSE, mesmo aqueles que ingressaram a pouco tempo na ESFa já iniciaram as atividades do programa.

O Programa Saúde na Escola Para os Enfermeiros

Quando questionados sobre o que pensavam acerca do programa, tiveram-se as seguintes falas desses profissionais:

Parceria da saúde com a educação, maneira de ensinar sobre saúde nas escolas, com a finalidade de melhorar a vida a partir do conhecimento (E15).

É um bom programa, tem validade, aproxima ações de saúde com a escola (E16).

Forma importante de acompanhar crianças, adolescentes, em parceria com os educandos e familiares (E20).

As falas evidenciam um conceito bem claro entre os entrevistados sobre o programa, traduzidos nos termos, “parceria”, “aproximação”, entre saúde e educação, e “saúde das crianças e adolescentes”, que são os pontos-chave, quando questionados sobre o PSE, os discursos se repetem nessa mesma lógica.

As Ações Desenvolvidas no PSE

Em relação às ações desenvolvidas pela equipe de saúde tiveram as seguintes colocações:

Aborda temas de planejamento familiar, IMC, alimentação saudável, acuidade visual, combate ao Aedes aegypti, educação sexual, questões de raça, aborda sobre a homossexualidade, ações de avaliação dermatológica, avaliação postural pela fisioterapia (E7).

Medidas antropométricas, medicações para verminoses, palestra com nutricionista sobre alimentação, com farmacêutico palestra sobre anabolizante, contraceptivos. Há vários casos de adolescentes com necrose em deltoide devido ao uso de óleo de cozinha no músculo (E10).

Atividade educativa sobre gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, dengue, chicungunha, zika, e pediculose, que os professores pedem (E21).

Percebe-se pela descrição das ações realizadas um processo educativo centrado no profissional de saúde, não se pode esquecer que os protagonistas do processo são os educandos, e se tem que envolvê-lo na construção do conhecimento em saúde. Viu-se citado, frequentemente, o termo “palestra”, ou seja, a forma como o processo está sendo conduzido, lembrando do público que são crianças e adolescentes, seria interessante

lançar mão de atividades educativas, que fossem realizadas de forma lúdica, atraente, e adequada para o público em questão.

Da Intersetorialidade à Consolidação do PSE

Quando questionados sobre a forma como a intersetorialidade acontece, se existe parceria entre a educação e a saúde, teve-se um misto de respostas, positivas e negativas quanto a esse processo.

Dos entrevistados que responderam que existe, obtiveram-se as seguintes falas:

*Agora sim, já existe uma parceria melhor, a gente tem o contato da diretora da escola e ela o meu, o dos agentes (de saúde), **quando precisa de material eu tento, eles tentam, a gente consegue ter uma parceria boa** (E21).*

Sim, a escola entra em contato com a equipe quando há alguma necessidade e a equipe sempre dá o suporte (E16).

*A parceria com a escola, é só mais para a realização das ações, daqui pra lá tem, mas de lá pra cá, no início do ano, teve infestação de piolhos lá, e eles vieram atrás de remédio, a parceria existe, **não tão fortalecida como a gente queria** (E33).*

*Sim, existe, a parceria é boa, fizemos um cronograma até o final do ano, quando eles têm necessidade de alguma **palestra** eles vêm atrás (E31).*

Dos entrevistados que responderam que não existe essa parceria da ESF com a escola e vice-versa, obtiveram-se as seguintes falas:

*Não. **A escola não colabora muito com as ações, os professores não entendem muito o programa, não conhecem.** A ESF vai realizar as ações, e somente neste dia que ocorre alguma contrapartida (E17).*

*Não. **A escola não se mobiliza e espera só os profissionais da saúde, os professores não participam, só a gente que executa**” (E8).*

***Se tivesse alguém da gestão que organizasse essa relação da saúde com a educação, para que tivesse um comprometimento de ambas as partes** (E26).*

*Não. **Se parceria for só solicitar horário para palestra, mas quando falo em parceria, falo de planejamento, avaliação das ações, a gente nunca recebe o feedback** (E29).*

*Não. **A parceria da escola é só de ceder o espaço, a gente deixou os papéis, mas foi um caos, perderam, ficaram os alunos sem receber as autorizações para os pais assinarem para a administração de medicações** (E24).*

A intersetorialidade acontece de alguma forma, mas ainda fragilizada, como foi visto nas falas, “*não tão fortalecida como a gente queria*”, no entendimento, a partir das falas, evidencia-se a necessidade da corresponsabilidade de compartilhar as ações do programa com a ESF, não apenas esperando iniciativas dos profissionais que a compõem.

POTENCIALIDADES DO PROGRAMA SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS

Em relação às potencialidades, aos pontos positivos do programa, os enfermeiros elencaram alguns pontos em suas falas, tais como:

*O aprendizado das crianças e adolescentes sobre a importância da saúde, **diminuição dos indicadores de risco**, coisas que elas tinham dúvidas e não perguntam, elas aprendem, além de dar diagnóstico (E4).*

Importante destacar a fala da E4, em relação ao “aprendizado das crianças e adolescentes sobre saúde”, que pouco foi citado sobre esse aspecto, sobre a educação em saúde, propriamente dita, e de que forma ela vem sendo realizada, reduzindo-se a diagnóstico, triagem, identificação de problemas, como enfatizado nas falas seguintes:

*Eu acho que a gente consegue ter um público maior, eles já estão lá, a gente não consegue trazer o adolescente pra unidade, depois a gente recebe os pais na unidade contando que a gente teve na escola para fazer a ação, e lá a **gente consegue pegar o público todo da escola** (E21).*

*Esse **intercâmbio entre a escola e a unidade de saúde**, eles conhecerem os profissionais, conhecer nosso trabalho, **adquirir mais confiança, ter mais abertura para procurar a equipe de saúde quando precisar** (E30).*

Os enfermeiros consideraram como ponto positivo o fato de ter o público garantido no ambiente escolar, de crianças e adolescentes, já que esse público pouco procura a unidade de saúde, ou seja facilitando o acesso. Outros pontos revelados neste estudo foram: a interação entre saúde e escola, a melhoria nos indicadores de saúde, além da oportunidade da criação de vínculo com a escola, com os educandos, e, a aproximação com a equipe de saúde.

LIMITAÇÕES E DIFICULDADES PARA EXECUTAR O PROGRAMA

Quando questionados sobre as limitações e dificuldades para execução do programa, os entrevistados responderam:

***A dificuldade está com a equipe (ESF) de não fazer um planejamento, a escola não quer parar para fazer o trabalho em equipe, falta salas para fazer as atividades, planejamento com a educação, falta de treinamento para executar as ações** (E2).*

*Faltam pessoas da educação nas reuniões, **falta de comunicação, de tempo dos professores**, não tinha local privativo para realizar as ações, trazer também os pais para as reuniões (E3).*

Os entrevistados ressaltaram nas suas falas a dificuldade da realização do planejamento em equipe, como também de planejar junto aos profissionais de educação, e a falta de mobilização dos professores.

Questões financeiras, com deslocamento, com material, apesar da escola ajudar, falta cartolina, pincel, falta carro de som para reforçar o evento porque

o pessoal esquece, falta um automóvel para se deslocar (E7).

Falta de recursos materiais necessários para realizar as atividades, falta de incentivo por parte da secretaria de educação, que parece não ressaltar a importância do PSE para os profissionais (E25).

Falta de apoio da gestão, Secretaria Municipal de Saúde e Educação, cobra mas não apoia, sobrecarga de serviço, demanda grande para pouco tempo, a equipe não dá conta, uma escola com 400 crianças, a outra chega a mais ou menos 700 alunos (E12).

A demanda é grande e requer muito tempo, além do que já tem na ESF, e a dificuldade de interação dos educadores com os profissionais de saúde, falta entendimento dos profissionais da educação e sua indisponibilidade (E17).

É muita demanda de atendimento e de conciliar com as atividades do programa (E31).

A escassez de material é outra dificuldade apontada neste estudo, a falta de insumos é constante, ficando todo o custo para os profissionais que realizam as atividades, desde transporte para se deslocar até a escola, como material gráfico e toda a logística fica sob a responsabilidade de equipe.

Outra limitação que os enfermeiros relataram é a falta de apoio da gestão de saúde e educação, sentiam-se cobrados e sobrecarregados, como se o PSE fosse mais uma atribuição para a equipe, sem contrapartida, sem o suporte mínimo que necessitavam. Os entrevistados destacaram a dificuldade de conciliar os atendimentos da unidade de saúde, com as atividades externas que precisavam realizar no território.

Entre as dificuldades colocadas nos discursos está relacionada a sobrecarga de atividades, a conciliação das agendas e a rotina de trabalho das equipes, que refletiam na garantia da continuidade das ações.

Outras falas em relação ao suporte recebido pela gestão e pela escola, a seguir:

Primeiro é o apoio da escola que é muito falho, nem sempre eles estão disponíveis a ajudar, e a questão da secretaria de saúde que a gente vê alguma alteração, alguma patologia na criança, se precisar de encaminhamento tem que ser pela cota de exames da unidade que já é muito pouco, não tem algo específico para o programa” (E27).

O suporte da secretaria de saúde é meio fraco, poderia ser bem melhor, nem todas as vezes eles podem fornecer, quando tem material fornece. Quando chega o período de fazer as atividades eles avisam de “supetão”, deveriam avisar com antecedência para gente se programar e dar uma melhor assistência (E10).

Além da falta de apoio em insumos e transporte, eles frisaram a questão da não resolutividade dos problemas identificados na triagem feita pelos profissionais, vão até a escola, identificam as crianças que necessitam de encaminhamentos para outros serviços, e não tem retorno dessa demanda.

PROPOSTAS PARA MELHOR OPERACIONALIZAR A EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Diante do questionamento de qual a melhor forma de operacionalizar a execução do programa e o que eles sugerem, tiveram-se as seguintes falas como respostas:

Um melhor planejamento das ações com a escola e equipe, maior entendimento da escola sobre a importância das ações, participação dos pais, e coordenação da secretaria de saúde, mais reuniões com a escola, no início, meio e fim (E3).

Padronizar as ações junto à secretaria de saúde, junto ao planejamento da escola, já deixar definido no plano escolar anual o PSE, incluir a ESF no planejamento escolar anual, mais compromisso com relação a materiais para as atividades educativas (E20).

Destaca-se entre as falas, e, em sua grande maioria a questão da intersetorialidade que perpassa todo o contexto da discussão, desde o início quando são questionados sobre o conceito do PSE, quanto às dificuldades para operacionalizar o programa, quando é questionado sobre a melhor forma de executar o programa, a integração entre saúde e educação é colocada como ponto negativo, diante das falhas, como ponto positivo, no que falta realmente para que o programa aconteça na sua melhor forma.

É colocado também a questão da falta de envolvimento dos pais, dos familiares, da comunidade. Que tal iniciativa também deve partir dos profissionais que fazem o programa, de incentivar essa participação para entender melhor o PSE e aumentar a adesão.

Os entrevistados ressaltaram fortemente nos seus discursos sobre a magnitude dessa integração, e vão mais além, apontaram a família como parte fundamental do programa. Enfatizaram a necessidade emergente do diálogo entre saúde e educação.

Apoio maior da gestão, mais reuniões, treinamentos, planejamento com a escola, maior envolvimento da equipe, pois a cobrança maior é para o enfermeiro (E14).

Planejamento de ações, identificando as necessidades de saúde daquela população, fazer um diagnóstico da realidade da escola, ter uma maior parceria dos gestores com os profissionais, programação e organização das atividades, ter retorno dos encaminhamentos, ter continuidade do tratamento indicado (E16).

Salientaram a necessidade de reuniões entre escola-equipe de saúde para conhecer a realidade dos estudantes, da comunidade escolar. Traçar um diagnóstico para então partir para o planejamento das ações, trazendo como consequência o maior envolvimento entre as partes, criação de vínculo entre os profissionais da saúde e educação, e, para que haja uma divisão de tarefas e não sobrecarregue somente a saúde com toda a responsabilidade da execução do programa.

Maior organização da gestão, mais articulação também entre a saúde e educação, capacitações, ter materiais e ter algum instrumento que a gente pudesse avaliar se nossas ações estão surtindo efeito (E22).

Os entrevistados enfatizaram a necessidade da melhoria do abastecimento de insumos e materiais para realização das atividades, sugeriram capacitações em conjunto com os profissionais da educação, para conhecerem e se apropriarem do programa, para que os professores possam dar sua contribuição ao PSE.

As falas confirmaram que, para que haja efetividade nessa prática integrada são imprescindíveis conhecimento e capacitação sobre o PSE, a fim de preparar e propiciar mais desempenho e envolvimento dos profissionais da saúde e da educação.

Eu acho que deveria ter uma equipe da secretaria de saúde só para fazer isso, para desafogar a gente que tem acúmulo de atividades (E31).

Foi sugerido em algumas falas, que tivesse uma equipe específica para atuar junto à escola no PSE, pois relataram estarem bastante assoberbados com outras atribuições da ESF, e destacaram que trata-se de um público bem numeroso e de uma demanda grandiosa de atividades a serem realizadas.

DISCUSSÃO

O PSE prevê articulação de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ESF, às ações das redes de educação básica pública, para ampliar o alcance e o impacto nas condições de saúde de estudantes e suas famílias, com atenção integral, otimizando os espaços, os equipamentos e os recursos disponíveis para tal⁹.

O PSE apresenta cinco componentes, os dois primeiros referem-se à atenção integral à saúde dos educandos, e promoção e prevenção à saúde respectivamente, o terceiro sobre educação permanente e continuada dos profissionais da saúde e da educação, o quarto em relação ao monitoramento e avaliação de saúde dos educandos, por meio de instrumentos de avaliação, e o quinto, sobre monitoramento do programa¹⁰.

A concepção de ações direcionadas à prevenção de doenças e/ou controle destas está alicerçada na forma de ver e conduzir as ações no processo saúde-doença no princípio da educação para a saúde. Isso, para evitar o adoecimento, como também um processo de triagem, há uma compreensão do PSE como um programa que pode contribuir para a superação das dificuldades de aprendizagem por meio do diagnóstico e medicalização, evidenciando uma compreensão reducionista do processo¹¹.

No que tange às ações propriamente ditas, as estratégias que podem ser utilizadas são teatro, dança, música, gincanas, nas diversas temáticas a serem abordadas, dessa forma os alunos são motivados a participar. O modelo tradicional de educação para a saúde na escola sustentado no acúmulo de informações e conhecimento é insuficiente, por meio de palestras está fadado ao fracasso e não adesão dos alunos às atividades. Assim, faz-se necessária a inserção dos alunos como atores desse processo, como dispositivo de mudanças de comportamento⁵.

Quando se fala em intersetorialidade, em parceria, não apenas no papel da escola

como receptora das ações, não se resume a ceder o espaço, nem somente disponibilizar materiais e equipamentos, mas sim, em compartilhar as ações, discutir, planejar, e avaliar o programa em conjunto.

Dessa forma, para que as ações sejam eficazes é necessário que todos os atores envolvidos, profissionais da saúde, professores e alunos, conheçam o programa, e, que haja um diálogo constante entre a ESF e a escola.

A Enfermagem se destaca e se diferencia pelo desenvolvimento de práticas interativas e integradoras de cuidado, às quais vêm adquirindo uma repercussão cada vez maior, tanto na educação e promoção da saúde^{12:228}. O enfermeiro se destaca pela sua pró-atividade em relação aos profissionais componentes da equipe, principalmente, nas atividades de educação em saúde. No âmbito do PSE, a liderança do enfermeiro também se destaca na condução da articulação com a equipe de saúde, com a escola, e com a comunidade, para o desenvolvimento das atividades previstas pelo programa.

O PSE é um programa que deve ser contínuo, não deve ser realizado apenas quando cobrado pela gestão, a assistência não deve ser pontual, e sim, permanente, é necessário esse entendimento por parte dos profissionais que se sentem cobrados pela gestão quando se aproxima o prazo para envio das informações sobre as atividades realizadas.

As informações precisam ser obrigatoriamente registradas, enviadas e validadas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para que haja o monitoramento das ações e seja enviado o recurso do PSE para o município. Todas as informações lançadas são monitoradas pela gestão federal, daí a importância do registro das ações pelas equipes de saúde¹⁰.

Acredita-se que o caminho para o sucesso do programa seja fortalecer a intersetorialidade, de forma que haja participação, envolvimento e diálogo, entre toda a equipe de saúde e os profissionais de educação para o desenvolvimento das atividades, de forma contínua e integrada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção da maioria dos profissionais o PSE veio como estratégia de prevenção de doenças. Do ponto de vista de saúde integral, a criança está inserida em uma família, dentro de uma comunidade em que a equipe de saúde está apoiando, acompanhando todos, longitudinalmente, do nascer ao envelhecer, esperava-se um maior entendimento sobre promoção a saúde na escola. Termos como intersetorialidade, territorialização, vínculo, integralidade, devem ser os norteadores de todos os profissionais que participam do PSE.

Os principais problemas de saúde detectados e citados pelos profissionais relacionavam-se à saúde bucal, problemas dermatológicos, nutricionais ou carenciais, gravidez na adolescência, DST'S, parasitoses, arboviroses (dengue, chicungunha, zika).

Problemas contemporâneos como obesidade, exposição à violência, ao álcool e drogas devem ser debatidos com os alunos e a comunidade.

As principais dificuldades para implementação do PSE na percepção dos enfermeiros, diz respeito sobre a falta de participação da escola (gestores, professores e funcionários), a falta de material para trabalhar as atividades na escola, o envolvimento parcial das ESF, e a falta de apoio das secretarias de saúde e educação. Há uma necessidade de educação permanente em saúde sobre temas trabalhados no programa, não apenas no sentido de operacionalização, mas de sensibilização e mudança de ideias a respeito do que é promoção à saúde. Também foi observado que os professores das escolas participantes devem estar motivados a participarem do PSE, de uma maneira cooperativa e integradora, e, não ficar com a participação exclusiva da ESF responsável pelo programa.

Compreende-se que há necessidade de articular, além de ações pontuais de educação em saúde, ações que sejam planejadas e realizadas durante todo o ano letivo, que sejam interdisciplinares e intersetoriais, estabelecendo fluxos e ações contínuas envolvendo as Secretarias de Saúde e Educação. Espera-se que se realize um trabalho contínuo, que faça parte do cronograma de atividades curriculares das escolas, e, que aborde a saúde com enfoque na qualidade de vida.

O PSE precisa ser apropriado e apreendido pelas ESF como fazendo parte de suas atividades rotineiras, informação desconhecida por grande parte dos profissionais, que só realizam as atividades de forma pontual, e quando são cobradas pela gestão. Os profissionais entrevistados apresentam o desejo de continuar o programa, em contribuir na melhoria da saúde das crianças, e, em consolidar as atividades na escola, na perspectiva de contar com um apoio maior e melhor por parte da gestão e da escola.

O impacto no cotidiano de vida dos alunos com a participação do PSE engloba a mudança de hábitos e/ou comportamentos e a socialização dos conhecimentos. É importante que este impacto positivo seja em todas as escolas em que o PSE está inserido.

O PSE ainda é recente em Petrolina-PE, e este estudo não esgota a discussão sobre a temática, mas pode ajudar a refletir e superar as dificuldades encontradas a fim de se obter resultados satisfatórios no acompanhamento de saúde dos escolares.

REFERÊNCIAS

Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, Menezes Filho A. Cross-sectorial analysis in the health at schools program. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 25];40(2):261-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0261.pdf> BRASIL.

Ministério da Saúde (BR). Caderno do gestor do PSE [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Nov 28]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.

Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [cited 2017 Nov 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior AD, Moreira TMM. School health program implementation in Fortaleza-CE: performance of the family health strategy staff. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 28]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>

Silva KL, Sena RR, Gandra EC, Matos JAV, Coura KRA. Health promotion in the school health programme and nursing inclusion. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 28];18(3):614-22. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>

Gaçavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidi H, Contarato PC, et al. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 15];20(1):90-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Pernambuco. Petrolina. População: estimativa [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/petrolina/panorama>

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

Silva CS, Bodstein RCA. A theoretical framework on intersectoral practice in School Health Promotion. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 18];21(6):1777-88. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/en_1413-8123-csc-21-06-1777.pdf

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2017/2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 25]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf

Cord D, Gesser M, Nunes ASB, Storti MMT. The Meanings that Professionals who Work in the School Health Program (SHP) Give to Learning Difficulties: Pathologization and Medicalization of School Failure. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 18];35(1):40-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00040.pdf>

Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 18];17(1):223-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>

PROPOSTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO ÀS LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 14/10/2021

Alessandra Rodrigues Martins

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4629240833794241>

Clóris Regina Blanski Grden

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1553605916742408>

Jacy Aurélia Vieira Sousa

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0037886915300527>

Márcia Daniele Seima

Universidade Federal do Paraná
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7157347373168316>

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4443754010685656>

RESUMO: **Objetivo:** elaborar proposta de protocolo de condutas teórico-práticas interdisciplinares a despeito de boas práticas na atenção a integridade da pele, com ênfase na prevenção de lesões em âmbito hospitalar. **Metodologia:** O estudo aborda conceitos, classificações, intervenções e recomendações, as quais foram elaboradas a partir dos resultados

da coleta de dados e posterior busca na literatura nacional e internacional, tendo como base artigos recentes e *guidelines* amplamente difundidos internacionalmente. **Resultados:** Destaca-se como um diferencial do material, a abordagem interdisciplinar contida, sendo a partir desse elencados medidas preventivas relacionadas as lesões comumente observadas em âmbito hospitalar: lesão por pressão, lesão de pele relacionada a adesivo médico, lesão por fricção e dermatite associada a incontinência. **Considerações finais:** A presente proposta evidenciou recomendações e intervenções preventivas às lesões de pele abordando fatores comumente relacionados: aspectos extrínsecos e intrínsecos ao paciente, pele, umidade, pressão, forças de atrito e dispositivos, concernindo em um instrumento norteador de condutas preventivas interdisciplinares.

PALAVRAS - CHAVE: Idosos; Unidades de Terapia Intensiva; Pele; Protocolos; Enfermagem Geriátrica

PROPOSED INTERDISCIPLINARY PROTOCOL FOR THE PREVENTION OF SKIN INJURIES IN ELDERLY HOSPITAL UNITS

ABSTRACT: Objective: to develop a proposal for a protocol of interdisciplinary theoretical-practical conduct, despite good practices in the care of skin integrity, with an emphasis on the prevention of injuries in the hospital environment. **Methodology:** The study addresses concepts, classifications, interventions and recommendations, which were elaborated from the results of data collection and subsequent search in national and international

literature, based on recent articles and guidelines widely disseminated internationally. **Results:** It is highlighted as a differential of the material, the interdisciplinary approach contained, and from this list preventive measures related to injuries commonly observed in hospitals: pressure injury, skin injury related to medical adhesive, friction injury and associated dermatitis incontinence. **Final considerations:** This proposal evidenced recommendations and preventive interventions for skin lesions, addressing commonly related factors: extrinsic and intrinsic aspects of the patient, skin, moisture, pressure, frictional forces and devices, concerning a guiding instrument for interdisciplinary preventive conducts. **KEYWORDS:** Aged; Intensive Care Units; Skin; Protocols; Geriatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As lesões de pele acometem grande parte dos idosos internados, principalmente aqueles que estão sob cuidados intensivos, causando desconforto e dor, maior manejo requerido, incremento nos custos do tratamento e prejuízos para qualidade de vida intra e extra hospitalar. Deste modo, medidas preventivas são essenciais para minimizar essas condições.

Pesquisadores das ciências do envelhecimento evidenciam barreiras modificáveis, que constituem impedimento para prevenção de lesões em ambiente intensivo, como por exemplo: dificuldades na educação para prevenção, evidenciado pelo excesso de orientações preventivas, porém sem priorizar a execução das mesmas; dificuldade para identificação do risco de lesões e estadiamento quando a lesão está presente, bem como, a falta de conhecimento dos recursos preventivos disponíveis (COYER *et al.*, 2019).

Para tanto, se faz necessário a elaboração e implantação de protocolos e programas de educação permanente sob a perspectiva interdisciplinar, destinado ao cuidado da população idosa hospitalizada, a fim de garantir o cuidado integral de qualidade desempenhado em conjunto pela equipe interprofissional, por meio de planos preestabelecidos em protocolo, com vistas ao alinhamento de ideias, padronização das ações, a fim de garantir segurança e qualidade dos serviços prestados (MITTAG *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o presente documento objetiva a elaboração de proposta de protocolo de condutas teórico-práticas interdisciplinares a despeito de boas práticas na atenção a integridade da pele, com ênfase na prevenção de lesões em âmbito hospitalar. No entanto, o mesmo não se destina a ser um manual ou um compêndio de instruções, mas sim uma ferramenta para orientar a prática e melhorar a tomada de decisão por equipes interprofissionais no atendimento de pacientes com maior risco de desenvolver condições cutâneas. Sua implementação deve ser revista e adaptada, quando necessário, conforme cada instituição ou ambiente de prática e em consonância as necessidades do cliente .

2 | CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

2.1 Lesão por Pressão

São consideradas lesões por pressão (LP) os danos na pele e/ou tecidos adjacentes causados por fatores de força, pressão, cisalhamento, fricção e umidades, comumente associados à presença de proeminência óssea. Contudo, esse tipo de lesão pode se apresentar de diversas formas, recebendo a classificação de seus estágios de acordo com o tecido acometido, como apresentados abaixo: (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019).

- Estágio 01: Pele íntegra apresentando eritema não branqueável a digito pressão em região de proeminência óssea
- Estágio 02: Rompimento da camada mais apical da pele, com perda da epiderme e exposição da derme. Também enquadra-se nessa categoria bolhas íntegras com conteúdo límpido ou rompidas.
- Estágio 03: Rompimento derme, apresentando perda da espessura total da pele e visualização do tecido adiposo. Nesse estágio não é possível verificar o acometimento de fáscia muscular, músculos, tendões e ossos.
- Estágio 04: Comprometimento de estruturas mais profundas, ao exemplo de fáscia, músculos, tendões e ossos. Sendo comumente observado a formação de tunéis.
- Lesão inclassificável ou não estádiável: Classificado quando a lesão por pressão apresenta o leito coberto por tecido necrótico, escara ou esfacelo, sendo inviável a avaliação do leito da lesão e por sua vez impossibilitando a identificação da estrutura acometida.
- Lesão por pressão tissular profunda: Lesão caracterizada por presença de pele íntegra com mancha não branqueável em região de proeminência óssea. Sua coloração pode variar de vermelho escuro, purpura ou marrom, com alteração de temperatura e sensibilidade em comparação a região perilesional.
- Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Trata-se de lesões advindas das forças de atrito entre o dispositivo médico e a pele, ao qual comumente é verificado pelo dano com formato do dispositivo. Classificada conforme as demais lesões por pressão, tendo em vista a porção afetada
- Lesão por pressão em membranas mucosas: Recebem essa denominação lesões observadas em membranas mucosas. Não são categorizadas devido a anatomia do tecido.

2.2 Lesão por Adesivo Médico

Lesões de pele relacionados a adesivos médicos, internacionalmente conhecidas como *Medical Adhesive-Related Skin Injuries* (MARSIs), são definidas pela presença de danos à pele, cuja permanência é possível observar após 30 minutos da retirada do adesivo (MCNICHOL *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018).

Essa lesão ocorre em detrimento do contato da pele com o agente irritante adesivo, podendo ser fita adesiva, materiais adesivos para fixação de dispositivos, eletrodos, curativos e demais insumos com cobertura adesiva (OUSEY; WASEY, 2016). Ela não apresenta classificação diferenciada, porém pode-se apresentar de diversas maneiras, ao exemplo de descamação, lacerações, bolhas, foliculite, dermatite e maceração da pele (MCNICHOL *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018), como observado demonstrado nas imagens do quadro 3.

| IMAGEM | CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO |
|--|--|
|  | <p>Descamação da pele: Retirada de uma ou mais camadas da epiderme após remoção da fita adesiva ou curativo. Concernem em lesões comumente rasas, podendo estar acompanhada de eritema e bolhas.</p> |
|  | <p>Lesão por tensão: Separação da epiderme e derme com rompimento delas, em virtude da distensão da pele em detrimento a fita adesiva ou curativo inflexível.</p> |
|  | <p>Lesão por fricção: Lesão traumática ocasionada pela força mecânica e fricção da pele com o artefato adesivo. Nessa lesão pode ser observada perda da espessura parcial ou total da pele</p> |
|  | <p>Dermatite de contato irritativa: Dermatite causada pelo contato direto da pele com agente irritante. A lesão apresenta-se bem delimitada, com hiperemia, edema e presença de vesículas. Normalmente tem curta duração</p> |

| | |
|--|--|
|  | <p>Dermatite alérgica: Esta lesão ocorre em resposta celular imunológica ao componente do adesivo, comumente caracterizada por área de eritema com presença de vesículas, com acometimento para além da área de exposição e maior tempo de permanência.</p> |
|  | <p>Maceração: Lesão resultante do contato prolongado da pele com umidade. Caracterizada por pele enrugada, com coloração esbranquiçada ou acinzentada.</p> |
|  | <p>Foliculite: Lesão de caráter inflamatório no folículo piloso decorrente da remoção inadequada do adesivo causando atrito. Manifestam por pequenas elevações da pele em torno folículo, além de poder aparecer manchas e pápulas na região.</p> |

Quadro 3 – Classificação e descrição de lesões por adesivo conforme McNichol e colaboradores, 2013.

Fonte: MCNICHOL, Laurie; LUND, Carolyn; ROSEN, Ted; GRAY, Mikel. Medical Adhesives and Patient Safety. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 365-380, 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/won.0b013e3182995516>.

2.3 Lesão por fricção

São denominadas lesões por fricção todas feridas traumáticas provocadas por fricção isolada ou acompanhada de cisalhamento, comumente observadas entre idosos longevos e prematuros. Referem-se a lesões causadas pelo descolamento das camadas mais apicais da pele, podendo haver rompimento dos tecidos ou não, e com perda da espessura parcial ou total da pele (LEBLANC *et al.*, 2016; STRAZZIERI-PULIDO *et al.*, 2017).

Embora existam outras classificações de lesão por fricção presentes na literatura, a mais difundida e aceita internacionalmente foi desenvolvida inicialmente por Payne e Martin (1993), os quais foram os precursores da temática desenvolvendo o sistema de classificação *Skin Tear Audit Research (STAR)*, apresentados no quadro 4.

| IMAGEM | CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO |
|--|--|
|  | Categoria 1a: Sem perda tecidual, neste caso o retalho cutâneo apresenta-se com coloração normal e pode ser realinhado à posição anatômica normal. |
|  | Categoria 1b: Sem perda tecidual, retalho encontra-se pálido ou escurecido e também pode ser realinhado à posição anatômica normal. |
|  | Categoria 2a: Há perda tecidual parcial, o retalho possui coloração normal, porém não é possível o realinhamento à posição anatômica. |
|  | Categoria 2b: Há perda tecidual parcial, com retalho de coloração pálida ou escurecida, no qual o retalho cutâneo não pode ser realinhado. |
|  | Categoria 3: Perda tecidual total, com retalho completamente ausente. |

Quadro 4 – Classificação e características das lesões por fricção segundo o Payne e Martim - 1993

Fonte: LEBLANC, Kimberly; BARANOSKI, Sharon. Rasgos de pele: estado da ciência: declarações de consenso para a prevenção, previsão, avaliação e tratamento de rasgos de pele ©. **Avanços no tratamento da pele e feridas**, v. 24, n. 9, p. 2-15, 2011.

DERMATITE ASSOCIADA INCONTINÊNCIA

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é um dos tipos de Lesão de Pele Associada à Umidade ou *Moisture associated skin damage (MASD)*, como é internacionalmente conhecida. A DAI é caracterizada por dermatose inflamatória caracterizada por eritema, erosão e maceração da pele, decorrente do contato da pele com urina ou fezes. Essas alterações tornam a pele mais friável para o rompimento e infecções por microrganismos, ao exemplo da infecção fúngica e comumente presente na DAI (BEECKMAN, 2017).

Embora seus sinais sejam específicos, a forma de apresentação pode diferir conforme a gravidade da condição. Dessa forma, a DAI é classificada em duas categorias: categoria 1, quando o tecido é danificado, apresentado de eritema e/ou edema, porém sem apresentar rompimento da pele; categoria 2, quando observa-se erosão moderada ou grave na epiderme, presença de exsudato, podendo haver sinais de infecção (BEECKMAN *et al.*, 2015).

3 | METODOLOGIA

As intervenções e recomendações descritas foram elaboradas a partir dos resultados obtidos na coleta de dados, bem como por meio de ampla busca na literatura nacional e internacional, tendo como base artigos recentes e *guidelines* amplamente difundidos internacionalmente.

Destaca-se como um diferencial destas recomendações, a abordagem interdisciplinar contida. Uma vez que a interdisciplinaridade é um movimento contemporâneo, o qual emerge da perspectiva dialógica, corroborando para fusão e integração das ciências e áreas de conhecimento, em favor do rompimento da hiperespecialização e fragmentação dos saberes na saúde (JAPIASSU, 1976), conforme demonstrado na figura abaixo:



Figura 3 – Ilustração do conceito de interdisciplinaridade em saúde, conforme Japiassu, 1976.

Fonte: As autoras, 2021

Além disso, na prática clínica, o desenvolvimento não compreende tão somente o atendimento simultâneo de duas ou mais profissões ao mesmo paciente. Embora seja recomendado o atendimento neste formato de consulta ampliada, a abordagem interdisciplinar vai para além desse conceito e abrange a realização de condutas e cuidados que perpassam, e no contexto hospitalar, devem ser desenvolvidas por todas as áreas de conhecimento atuantes nesse meio, seja na gestão ou atendimento direto ao paciente.

Nessa perspectiva, para facilitar a compreensão dos usuários que manusearão este protocolo, as estratégias foram divididas em condutas de gerenciamento da atenção à

saúde tegumentar e cuidados interdisciplinares na atenção à saúde tegumentar.

4 | RESULTADOS

4.1 Intervenções e Recomendações

4.1.1 Gerenciamento da atenção à saúde tegumentar

Em grande parte dos setores é designado um profissional específico, sobretudo enfermeiros, para realizar o gerenciamento da assistência e do setor como um todo, estando o poder de decisão designado somente ao gestor. No entanto, com a complexidade dos casos e necessidades emergentes se faz necessário uma equipe interdisciplinar a cargo do gerenciamento da assistência nos cuidados quanto sistema tegumentar.

Para tanto, propõe-se a instituição e fortalecimento de uma comissão de cuidados com a pele, composto por profissionais representantes das áreas: Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina, Odontologia e Serviço Social. Para além disso, é necessário integrar as categorias para que atuem de modo interdisciplinar na prática clínica.

Sendo a esses, em conjunto com a gestão de cada setor e por meio da atuação interprofissional, a responsabilidade de realizar e fazer cumprir as ações abaixo:

- Implementar um plano preventivo as lesões por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (SOARES; HEIDEMANN, 2018; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2015).
- Gerenciamento de insumos e infraestrutura necessária para garantia de prevenção de lesões de pele (RNAO, 2016).
- Solicitar ao setor de compras melhor investimento no gerenciamento de lesões de pele deve ser defendido como uma prioridade estratégica para garantir a qualidade e segurança do atendimento, a fim de melhorar os resultados de saúde dos pacientes que sofrem dessas lesões (ZULKOWSKI, 2017).
- Capacitação dos profissionais por meio de educação continuada a respeito da identificação de lesões, fatores de risco e medidas preventivas (RNAO, 2016; STERN *et al.*, 2014).
- Avaliar o conhecimento, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde sobre avaliação e manejo das lesões de pele, antes e após participar de atividades de treinamento, por meio de ferramenta de avaliação adequada, confiável e validada (STREHLOW; FORTES; AMARANTE, 2018).
- Acompanhar os incidentes e auxiliar a análise dos eventos adversos relacionados a lesões de pele, contribuindo com as sugestões das ações imediatas, assim como com o planejamento de ações a serem desenvolvidas a médio e

longo prazo (SILVA *et al.*, 2020);

- Contribuir com as estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação (MARTINS *et al.*, 2020);
- Divulgar os indicadores definidos no protocolo para que a equipe operacional possa tomar conhecimento dos resultados, contribuindo para a realização das melhorias a serem feitas com vistas a atingir as metas definidas (CALDINI *et al.*, 2018);
- Apoiar as equipes interdisciplinares na execução do protocolo (SOARES; HEIDEMANN, 2018; RNAO, 2016).
- Motivar os profissionais a quebrarem barreiras disciplinares e voltar a atenção a saúde cutânea dos internados (MAZZO *et al.*, 2018).
- Viabilizar atendimentos de telessaúde com profissional especialista, como o Enfermeiro Estomaterapeuta, para as equipes assistenciais, a fim de auxiliar a tomada de decisão (GARDE, 2016, STERN *et al.*, 2014).
- Prezar pela interação entres os diferentes segmentos da Rede de Atenção a Saúde, a fim de garantir continuidade no tratamento, com vistas a estabilização da saúde do paciente e diminuição de reinternação do mesmo (MENEZES *et al.*, 2019).

4.2 Cuidados interdisciplinares na atenção à saúde tegumentar

Embora as equipes de saúde sejam formadas por diversas categoriais profissionais, muitas vezes o cuidado direto aos pacientes é destinado somente a profissões específicas, principalmente para os cuidados corporais e com a pele, onde se observa o predomínio de profissionais de Enfermagem. No entanto, tal como nas atividades gerenciais, a atuação interdisciplinar é fundamental na realização de boas práticas de cuidados preventivos as lesões de pele no âmbito hospitalar, em quaisquer setores de internamento e durante toda estadia do paciente na unidade.

Tendo em vista que o cuidado deve ser continuado e realizado de forma adequada desde a admissão até a alta, permeando todos os setores pelos quais o paciente passar, os cuidados elencados nesta proposta de protocolo foram distribuídos em duas seções: admissão/internamento e planejamento de alta.

4.3 Admissão/Internamento

Aspectos extrínsecos

- Incluir na rotina de discussão de caso questões tegumentares inerentes aos pacientes internados com vistas a determinar um plano preventivo e de tratamento as lesões de pele (RNAO, 2016).
- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados (COYER *et al.*, 2021);

- Verificar o risco de desenvolver lesões de pele conforme escalas predictoras específicas, classificar e registrar na placa de identificação à beira leito (HOVERSTEN *et al.*, 2020; SOARES; HEIDEMANN, 2018).
- Registrar em prontuário eletrônico todos os aspectos observados, pontuações em escalas predictoras e condutas prescritas (SERPA *et al.*, 2020).
- Manter o ambiente adequado livre de riscos ao paciente, prezando pela qualidade e segurança do paciente, verificando e corrigindo possíveis falhas no cuidado que possam incorrer em danos ao paciente (COYER *et al.*, 2021; TOFFOLETTO *et al.*, 2016).
- Orientar o uso de camisetas com mangas compridas e calças que cubram as pernas em pessoas com alto risco de desenvolvimento de lesão por fricção (BENBOW, 2017).

Aspectos intrínsecos

- Realizar anamnese clínica e psicossocial, com exame físico na avaliação inicial e sempre que houver mudança significativa no estado de saúde do paciente (BONIFANT; HOLLOWAY, 2019).
- Atentar às comorbidades apresentadas ou relatadas pelos pacientes e acompanhantes, bem como medicamentos de uso contínuo (BENBOW, 2017).
- Verificar os fatores de risco comumente associados a presença de lesões, a saber: extremos de idade e peso, déficit cognitivo, restrição de mobilidade, incontinência e umidade, situação nutricional prejudicada, comorbidades, uso de dispositivos médicos, vulnerabilidades da pele (HOVERSTEN *et al.*, 2020).
- Avaliar cognição do paciente por meio de aplicação de instrumento válido, ao exemplo do Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI *et al.*, 1994)
- Determinar o estado nutricional de todos os pacientes em risco de desnutrição por meio de um instrumento de avaliação válido na admissão e com determinação de prazo de reavaliação conforme necessidade identificada na avaliação nutricional (FISCHER; POLL, 2019; RNAO, 2016).
- Elaborar e documentar um plano individualizado de intervenção nutricional com base nas necessidades nutricionais, via de alimentação e nos objetivos a serem alcançados (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Pele

- Avaliação da pele do cliente na admissão e reavaliação diária durante todo internamento, identificação de alterações e notificação das lesões já existentes (BLACK; BERKE, 2020).
- Durante a inspeção da pele deve-se observar qualquer alteração de cor, relevo e temperatura, tais como: pele seca, fina, quebradiça, descamativa, pegajosa, edemaciada (BLACK; BERKE, 2020; BONIFANT; HOLLOWAY, 2019; HOMMEL; SANTY-TOMLINSON, 2018).

- Verificar sinais de desidratação, tal como verificação do turgor da pele (BONIFANT; HOLLOWAY, 2019; GIARETTA *et al.*, 2016).
- Avaliar condições de higiene corporal, priorizando manter a pele limpa, seca e hidratada (VASCONCELOS; CALIRI, 2018).
- Limpeza da pele quando apresentar sujidade, como secreções e sangue, utilizando água morna e sabão neutro ou próximo ao pH da pele (como os sabonetes líquidos sem antissépticos) para reduzir a irritação e o ressecamento da pele e evitar o uso de água quente e excesso de fricção da pele (PAYNE, 2020; ZULKOWSKI, 2017).
- Averiguar a presença de eritema sobre regiões de proeminências ósseas, uma vez que tal fato indica possível dano ao tecido e deve ser tratado imediatamente para prevenir o agravamento do quadro (HOMMEL; SANTY-TOMLINSON, 2018).

Umidade

- Fornecer aparador (comadre ou papagaio) aos pacientes com cognição preservada e garantir que ele tenha fácil acesso a eles (SALOMÉ *et al.*, 2020).
- Quando houver cuidador presente recomenda-se envolver o mesmo no cuidado ao paciente, sendo possível orientá-lo a fornecer aparador, monitorar eliminações fisiológicas e informar a equipe quando houver necessidade de troca de fraldas, para que o paciente não fique muito tempo com a pele em contato com urina e fezes (PAYNE, 2020).
- Gerenciamento da umidade da pele a fim de evitar desidratação ou maceração cutânea (SALOMÉ *et al.*, 2020; ZULKOWSKI, 2017).
- Atentar para incontinência urinária e fecal, assim como outras fontes de umidade, tais como: extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de lesões de pele, suor excessivo e extravasamento de linfa em pacientes edemaciados (KELLY-OFLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020; PAYNE, 2020).
- Observar e notificar condutas contraindicadas na prevenção da lesão por umidade, tais como: uso de duas fraldas absorventes de uma só vez, para evitar que ela apresente extravasamento, e uso de plástico sob o lençol de transferência para evitar que as eliminações passem para o lençol debaixo (SILVA *et al.*, 2020).
- Gerenciamento da incontinência em pacientes do sexo masculino por meio da utilização de coletor urinário externo descartável ou sonda vesical de demora para ambos os sexos (quando indicada), em caso de lesão de pele importante já instalada. No entanto, deve-se atentar para os sinais sugestivos de lesões eventualmente por esses dispositivos (ZAGHBIB *et al.*, 2019).
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, tais como creme de prevenção a base de vitamina A+D e óxido de zinco em todos os pacientes em uso de fraldas, bem como, creme ou spray

barreira para casos com alto risco de desenvolvimento de DAI, segundo Escala de Nix (PAYNE, 2020).

Pressão

- Verificar e realizar mudanças de decúbito por meio de aplicação de relógio de orientação de mudança de decúbito a cada duas horas quando deitado. Ressalta-se aqueles que estiverem restritos a mudança de decúbito, devem ser reposicionados no leito para fins de descompressão de proeminências ósseas (BLACK; BERKE, 2020).
- Garantir o uso de colchão adequado conforme o risco de desenvolver lesão por pressão, sendo fornecido colchão piramidal para aqueles que apresentarem risco leve e colchão pneumático aos que tiverem risco alto para LP (BEECKMAN *et al.*, 2019; FURUYA-KANAMORI *et al.*, 2018).
- Verificar o uso de dispositivos contraindicados para prevenção de lesões por pressão, ao exemplo de: almofadas em pele de carneiro sintética, dispositivos tipo “bóia” em formato de anel, luvas cheias d’água e sacos de fluídos intravenosos (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019; RNAO, 2016).
- Utilizar curativo preventivo multicamadas para fins de proteção de proeminências ósseas em indivíduos com alto risco de desenvolvimento de LP. Ressalta-se que para escolha do curativo preventivo deve-se considerar o tamanho e a região anatômica a ser aplica, capacidade do mesmo gerir o microclima, facilidade na aplicação e remoção (HOVERSTEN *et al.*, 2020; FULBROOK; MBUZI; MILES, 2019; FURUYA-KANAMORI *et al.*, 2018).
- Suspender membros inferiores com coxim de apoio, para que haja flutuação dos calcâneos e os mesmo não fiquem em atrito com a superfície do colchão (VASCONCELOS; CALIRI, 2018).

Forças de atrito

- Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após avaliação e atendimentos assistenciais (SALOMÉ *et al.*, 2020).
- Utilizar lençol móvel como dispositivo para auxiliar na transferência e mobilidade no leito, a fim de minimizar o atrito com a pele e possíveis lesões relacionadas à fricção (BENBOW, 2017).
- Durante o atendimento, se houver necessidade de manejo do paciente sem auxílio do lençol móvel, recomenda-se que ele seja mobilizado por meio de pontos chaves, a fim de evitar atrito das mãos dos profissionais com a pele do paciente (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019).
- Evitar uso de contenções mecânicas (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Dispositivos

- Realizar o gerenciamento de dispositivos médicos, com vista a retirada precoce

(SANTOS *et al.*, 2021).

- Inspeccionar a pele ao redor dos dispositivos médicos, com intuito de verificar possíveis alterações como: edema, eritema, maceração, descamação, calor e umidade (ZAGHBIB *et al.*, 2019).
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos, realizando rodízio de fixação e mobilização para a redução de pressão (SANTOS *et al.*, 2021).
- Informar e notificar os setores competentes quando houver problemas com a qualidade dos dispositivos, implicando em danos ao paciente (SILVA *et al.*, 2020).
- Manter a pele sempre limpa e seca sob e em torno do dispositivo médico (COYER *et al.*, 2021; HOMMEL; SANTY-TOMLINSON, 2018).
- Utilizar curativo protetor com hidrocoloide para lesões relacionadas a dispositivo médico (VERA *et al.*, 2020).
- Optar pelo uso de fitas menos aderentes para fixação de dispositivos e curativo, quando necessário. Importante aplicar cuidadosamente o adesivo, de modo a não colocar tensão durante a aplicação, somente uma leve pressão após colocado (KELLY-OFLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020).
- Tal como a aplicação, os adesivos devem ser removidos de maneira lenta e suave, segurando com uma mão o tecido adjacente para que a pele não se mova junto ao adesivo, puxando suavemente o adesivo pelos cantos, para fora em ângulo igual ou inferior à 45° (KELLY-OFLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020).

Planejamento de alta

- Procurar integrar o cuidador no cuidado ao paciente sempre que possível, de modo a treiná-lo continuamente na realização de cuidados que terá de desempenhar no domicílio (GIRONDI *et al.*, 2021; BENBOW, 2017).
- Participar do planejamento de alta hospitalar, por meio de capacitação aos familiares/cuidadores quanto aos cuidados com pele no domicílio (BEECHEY *et al.*, 2015).
- Utilizar meios e linguagem simples para que o ensinamento passado seja de fácil entendimento ao familiar/cuidador e fornecer tais orientações em material impresso, para que os cuidadores possam levar para a casa e consultar (MARTINS *et al.*, 2020).
- Encaminhar para atendimento ambulatorial interdisciplinar sempre que disponível, tais como os serviços oferecidos pelos programas de residência multiprofissional em saúde (MENEZES *et al.*, 2019; GRDEN *et al.*, 2020).
- Viabilizar integração com a rede de atenção primária a saúde, por meio de articulação com as unidades básicas de saúde, estratégia saúde da família e serviços de atenção domiciliar, a fim informar a situação clínica do paciente pós alta e suas necessidades. De forma a atuar em conjunto auxiliando no momento

de transição do internamento para o domicílio (MENA *et al.*, 2020; SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Nesta etapa é importante destacar a atuação da atenção primária a saúde no reestabelecimento da saúde do paciente, e principalmente na reabilitação pós-hospitalar, para garantir a estabilização do estado de saúde e melhor qualidade de vida, de modo que o indivíduo tenha suas necessidades atendidas na atenção primária, sem necessitar de cuidados hospitalares, principalmente intensivos (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Além disso, ressalta-se a importância do fortalecimento de programas e estratégias que visam a saúde do paciente idoso, sobretudo aqueles que se encontram domiciliados e acamados, com difícil acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, é possível refletir sobre aspectos que vão além da vivência hospitalar e sua visão, muitas vezes biologicista, partindo para o âmbito familiar e psicossocial, evidenciada por cenários comumente observados na prática, tais como: a dificuldade financeira para adesão ao tratamento, pouco preparo de familiares em lidar com o idoso diante de uma situação nova (GIRONDI *et al.*, 2021).

Em consonância ao cenário caótico do adoecimento e suas implicações, encontram-se os serviços de saúde que estão sobrecarregados em decorrência do processo sucateamento e falta de incentivo financeiro nos principais programas de atendimento a comunidade, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dificultando ainda mais o acesso da população aos serviços de saúde.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo proposto foi elaborado após ampla busca na literatura científica, com foco nas medidas preventivas que contemplam os diferentes períodos do internamento e as lesões de pele mais observadas na prática clínica: Lesão por Pressão, Lesão por Adesivo Médico, Lesão por Fricção e Dermatite Associada a Incontinência. Bem como, os fatores comumente relacionados: aspectos extrínsecos e intrínsecos, pele, umidade, pressão, forças de atrito e dispositivos.

Além disso, o presente estudo possibilitou a construção de um instrumento norteador para prevenção de lesões de pele no contexto hospitalar, sob a ótica interdisciplinar. De modo a evidenciar a relevância da prática interdisciplinar na prevenção e redução de danos à pele, elencando medidas preventivas que são de responsabilidade de toda a equipe e podem ser executados pelos diferentes profissionais que compartilham o cuidado ao idoso, incluindo familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

BEECHEY, R. *et al.* **An evidence-based approach to the prevention and initial management of skin tears within the aged community setting: a best practice implementation project.** JBI Evidence Synthesis, v. 13, n. 5, p. 421-43, 2015.

BEECKMAN, D. **A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps.: Evidence, knowledge gaps and next steps.** Journal Of Tissue Viability, v. 26, n. 1, p. 47-56, 2017.

BEECKMAN, D. A. *et al.* **Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward.** Wounds International. 2015; [acesso Out 01, 2019]. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forwar>.

BEECKMAN, D. *et al.* **A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents.** International Journal Of Nursing Studies, v. 97, p. 105-13, 2019.

BENBOW, M. **Assessment, prevention and management of skin tears.** Nurs Older People, v. 29, n. 4, p. 31-9, 2017.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* **O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral; impacto da escolaridade.** Arq Neuro-Psiquiatria, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/en_0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68075.pdf. Acesso em: 01 set. 2021.

BLACK, J.M.; BERKE, C.T. **Deep Tissue Pressure Injuries.** Critical Care Nursing Clinics Of North America, v. 32, n. 4, p. 563-72, 2020.

BONIFANT, H.; HOLLOWAY, S. **A review of the effects of ageing on skin integrity and wound healing.** British Journal Of Community Nursing, v. 24, n. 3, p. 28-33, 2019.

CALDINI, L.N. *et al.* **Evaluation of educational technology on pressure injury based on assistance quality indicators.** Rev Rene, n. 19, e32695, 2018.

COYER, F. *et al.* **Implementation and evaluation of multilayered pressure injury prevention strategies in an Australian intensive care unit setting.** Australian Critical Care, p. 1-10, 2021.

EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel and PPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida.** EmilyHaesler: EPUAP/NPIAP/PPIA, 2019.

FISCHER, M.Q.; POLL, F.A. **Relação entre o estado nutricional, nutrição precoce, hiperglicemia e desfecho clínico de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2019.

FULBROOK, P.; MBUZI, V.; MILES, S. **Effectiveness of prophylactic sacral protective dressings to prevent pressure injury: a systematic review and meta-analysis.** International Journal Of Nursing Studies, v. 100, p. 103400-36, 2019.

FURUYA-KANAMORI, L. *et al.* **Effectiveness of Different Topical Treatments in the Healing of Pressure Injuries: A Network Meta-analysis.** Journal of the American Medical Directors Association, v. 20, n. 4, p. 399-407, 2019.

GARDE, J.B. **Utilidad de la tele dermatología en el paciente geriátrico de movilidad reducida.** Piel, v. 31, n. 5, p. 305-7, 2016.

GIARETTA, V.M.A. *et al.* **Proposta de uma escala para avaliar o turgor da pele de idosos.** Rev Cienc Saude, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2016.

GIRONDI, J.B.R. *et al.* **Ações de cuidadores na prevenção e tratamento de lesões de pele no idoso.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 95, n. 34, p. 1-12, 2021.

GRDEN, C.R.B. *et al.* Ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis como cenário de atuação ao idoso. In: GRDEN, C.R.B.; CABRAL, L.P.A.; KRUM, E.A. (org.). **Programa de Residência Multirprofissional em Saúde do Idoso: experiências e reflexões.** Ponta Grossa: Uepg, 2020. p. 101-11.

HOMMEL, A.; SANTY-TOMLINSON, J. Prevenção de Lesões por Pressão e Gerenciamento de Feridas. In: HERTZ, K.; SANTY-TOMLINSON, J. **Enfermagem em fraturas por fragilidade: cuidado holístico e manejo do paciente ortogerátrico.** Cham (CH): Springer, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543831/> doi: 10.1007 / 978-3-319-76681-2_7. Acesso em 12 jun. 2020.

HOVERSTEN, K.P. *et al.* **Prevention, Diagnosis, and Management of Chronic Wounds in Older Adults.** Mayo Clinic Proceedings, v. 95, n. 9, p. 2021-34, 2020.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KELLY-O'FLYNN, S.; MOHAMUD, L.; COPSON, D. **Medical adhesive-related skin injury.** British Journal Of Nursing, v. 29, n. 6, p. 20-6, 2020.

KIM, T.H. *et al.* **Medical adhesive related skin injury after dental surgery.** Journal Of Dental Anesthesia And Pain Medicine, v. 18, n. 5, p. 305-8, 2018.

LEBLANC, K. *et al.* **The Art of Dressing Selection.** Advances In Skin & Wound Care, v. 29, n. 1, p. 32-46, 2016.

MANGANELLI, R.R. *et al.* **Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, e 41, p. 1-21, 2019.

MARTINS, N.B.M. *et al.* **Percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre prevenção de lesão por pressão.** Revista de Atenção à Saúde, v. 18, n. 63, p. 43-51, 2020.

MAZZO, A. *et al.* **Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação.** Esc. Anna Nery, v. 22, n. 1, e20170182, 2018.

MCNICHOL, L. *et al.* **Medical Adhesives and Patient Safety.** Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing, v. 40, n. 4, p. 365-80, 2013.

MENA, L.S. *et al.* **Prevenção de lesão por pressão no domicílio: revisão integrativa.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 8806-20, 2020.

MENEZES, T.M.O. *et al.* **Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa.** Rev. Bras. Enferm, v. 72, supl. 2, p. 294-301, 2019.

MITTAG, B.F. *et al.* **Cuidados com Lesão de Pele: ações da enfermagem.** Estima, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017.

OUSEY, K.; WASEK, S. **Clinician perspectives on medical adhesiverelated skin injuries.** Wounds UK, v. 12, n. 4, p. 42-46.

PAYNE, D. **Skin integrity in older adults: pressure-prone, inaccessible areas of the body.** British Journal Of Community Nursing, v. 25, n. 1, p. 22-6, 2020.

PAYNE, R.L.; MARTIN, M.L. **Defining and classifying skin tears: need for a common language.** Ostomy/Wound Management, v. 39, n. 5, p. 16-20, 1993.

RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario **Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales.** Registered Nurses' Association of Ontario, 2016. Disponível em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0027_Manejo_LPP_2016_final.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.

SALOMÉ, G.M. *et al.* **Algorithms for prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis.** ESTIMA, v. 18, e1320, 2020.

SANTOS, V.B. *et al.* **Pacientes com COVID-19 em prona: validação de materiais instrucionais para prevenção de lesões por pressão.** Rev. Bras. Enferm, v. 74, supl. 1, e20201185, 2021.

SERPA, L.F. *et al.* **Incidence of hospital-acquired pressure injury: a cohort study of adults admitted to public and private hospitals in Sao Paulo, Brazil.** Wound Repair And Regeneration, v. 29, n. 1, p. 79-86, 2020.

SILVA, S.V. *et al.* **Avaliação das notificações de lesões de pele de um hospital de ensino.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 2, p. 6876-89, 2020.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária.** Texto contexto – enferm, v. 27, n. 2, e1630016, 2018.

STERN, A. *et al.* **Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care.** BMC Health Services Research, v. 14, n. 1, p. 1-25, 2014.

STRAZZIERI-PULIDO, K.C. *et al.* **Incidence of Skin Tears and Risk Factors.** Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing, v. 44, n. 1, p. 29-33, 2017.

STREHLOW, B.R.; FORTES, V.L.F.; AMARANTE, M.V. **Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Elderly Patients: nurses' self-reported knowledge.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 10, n. 3, p. 801-9, 2018.

TOFFOLETTO, M.C. *et al.* **Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 6, p. 1039-45, 2016.

VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L. **Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva.** Esc. Anna Nery, v. 21, n. 1, p. 01-09, 2017.

VERA, J.L. *et al.* **The preventive effect of hydrocolloid dressing to prevent facial pressure and facial marks during use of medical protective equipment in COVID-19 pandemic.** British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery, v. 58, n. 6, p. 723-5, 2020.

ZAGHBIB, S. *et al.* **Severe penile injury due to condom catheter fixed by a rubber band: a case report.** International Journal Of Surgery Case Reports, v. 64, p. 120-2, 2019.

ZULKOWSKI, K. **Understanding Moisture-Associated Skin Damage, Medical Adhesive-Related Skin Injuries, and Skin Tears.** Adv Skin Wound Care, v. 30, n. 8, p. 372-81, 2017.

CAPÍTULO 19

REDE ESPECIALIZADA DE ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS EM CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Data de aceite: 01/11/2021

Raquel Rangel Cesario

Fernando César Padula Silva

Isabela Ewbank Barbosa

Luciano Roberto Bessa Filho

RESUMO: O Diabetes Mellitus é doença crônica que cursa com hiperglicemia persistente e pode ser classificado de acordo com sua base genética ou ambiental-comportamental. Dentre os fatores ambientais, ressalta-se a importância do estilo de vida, alimentação e atividade física. A hiperglicemia persistente cursa, ao longo dos anos, com complicações agudas e crônicas de elevada morbimortalidade. Cabe portanto, que o sistema e a rede de saúde estruturem-se de forma clara e objetiva para que se consigam oferecer serviços e atendimento ao paciente diabético que viabilizem o enfrentamento de sua doença. O atendimento integral e com equipe multidisciplinar garante ao paciente diabético melhor enfrentamento de sua doença e posterga ou impede o surgimento de complicações vasculares, neurológicas, cardíacas e cerebrais. É fundamental, assim, a caracterização da Rede de Atenção Especializada ao paciente diabético para que seja reconhecido o itinerário terapêutico do paciente na rede além de sua infraestrutura, equipe de serviço e ações ofertadas.

PALAVRAS - CHAVE: Diabetes Mellitus,

Serviços de Saúde, Assistência à saúde, Sistema Único de Saúde.

SPECIALIZED CARE FOR DIABETES MELLITUS IN INTERIOR OF SÃO PAULO

ABSTRACT: Diabetes Mellitus is a chronic disease that courses with persistent hyperglycemia and can be classified according to its genetic or environmental-behavior basis. Among the environmental factors, the importance of lifestyle, diet and physical activity is highlighted. Persistent hyperglycemia courses, over the years, with the acute and chronic complications of high morbidity and mortality. Therefore it is important that the health system and network are structured in a clear and objective way so that they are able to offer services and care to diabetic patients that enable them to cope with their disease. Comprehensive care and multidisciplinary team ensure that diabetic patients are able to cope with their disease and delay or prevent the onset of vascular, neurological, cardiac, and cerebral complications. Therefore, it is essential to characterize the Specialized Care Network for Diabetic patients so that the patient's therapeutic itinerary can be recognized in the network, in addition to its infrastructure, service team and actions offered.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Health Services, Delivery of health care, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrino-metabólica que cursa

com hiperglicemia persistente decorrente de falha na produção e/ou ação de insulina. Classificado entre Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 no qual o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) corresponde à maioria dos casos da doença e possui etiologia múltipla. Fatores genéticos e ambientais corroboram para seu surgimento em pacientes de todas as idades, especialmente naqueles próximos da quarta década de vida. O alicerce terapêutico do diabetes deve incluir não somente o uso de medicamentos que controlam a glicemia como também garantir o autocuidado do paciente a partir do suporte nutricional e físico adequados. Alcançar o controle metabólico não só mediante terapia farmacológica, mas também a partir do bom manejo dietético e de exercícios físicos pode minimizar a ocorrência de complicações cardiovasculares e neuropáticas decorrentes do DM. (DIABETES, 2019). É fundamental a intervenção da equipe multiprofissional de saúde diretamente com os pacientes diabéticos, colocando-os no centro do cuidado e proporcionando melhores estratégias medicamentosas, nutricionais e comportamentais, que possam auxiliá-lo no enfrentamento e controle metabólico de sua doença. Aos serviços de saúde, impõe-se, portanto, a capacidade de problematizar a história natural da doença de forma a garantir a realização do cuidado desses pacientes ao longo do tempo. Idealmente, os municípios e regiões necessitam de pontos de atenção específicos e de competência ao paciente com DM que incluam ações de promoção, prevenção e cuidado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e observacional que buscou caracterizar o serviço de atendimento especializado ao paciente com diabetes em um município no interior de São Paulo no ano de 2021. Os dados foram coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no SIA-SUS - disponíveis na Internet - e em entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave dos serviços especializados de Diabetes Mellitus. Os usuários do(s) serviço(s) não foram identificados a partir de seus cadastros. Não houve contato direto com pacientes, nem com seus prontuários clínicos pessoais, razão pela qual, após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado para eventuais informantes-chave que forneceram dados primários para pesquisa.

DIABETES MELLITUS

Aspectos Epidemiológicos

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde em todos os países e seus números vêm aumentando gradativamente nas últimas décadas. Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que 424,9 milhões de pessoas possuem DM, o que significa 8,8% da população mundial com idade de 20 a 79 anos (DIABETES, 2019). É a condição crônica que mais cresce, e destaca-se pela gravidade das suas complicações, além de ser

considerado um problema de saúde pública em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade, tabagismo e sedentarismo - fatores de risco bem conhecidos para o desenvolvimento da doença e suas complicações. Os pacientes diabéticos, portanto, representam uma importante carga financeira à sua família e ao sistema de saúde no qual está inserido, e a isso configura-se ao diabetes umas das principais causas de DALY (Disability - Adjusted Life Years) (DIABETES, 2019).

Classificação do Diabetes Mellitus, Busca Ativa e Rastreamento

Diabetes mellitus (DM) é a doença endócrino metabólica que cursa com hiperglicemia persistente decorrente de deficiência na produção insulínica ou resistência em sua ação nos tecidos (DIABETES, 2019). Pode ser classificada de acordo com sua etiologia em dois grandes grupos principais: DM tipo 1 e DM tipo 2. Diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) é o protótipo de doença autoimune em que há destruição de células beta pancreáticas com deficiência completa na produção insulínica (Caderno de Atenção Básica para DM, 2013). Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) possui etiologia multifatorial e envolve possivelmente fatores ambientais, comportamentais e algum grau de influência genética (Caderno de Atenção Básica para DM, 2013). Os pacientes costumam ter diagnóstico na meia idade, embora os casos de DM 2 na infância e adolescência estejam aumentando, muito por conta do estilo de vida adotado nos dias de hoje (DIABETES, 2019). Por longos períodos de tempo o DM2 permanece assintomático e seu diagnóstico é, muitas vezes, feito ao acaso ou após longos períodos de doença quando já sobrevêm complicações crônicas.

Devem ser rastreados – possibilitando diagnóstico e tratamento precoces com redução no desenvolvimento de complicações -adultos assintomáticos acima de 45 anos de idade ou em qualquer idade que tenham algum fator de risco tal qual sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial, história familiar de DM 2, histórico de diabetes gestacional, doença cardiovascular, síndrome de ovários policísticos, dislipidemia e inatividade física (DIABETES, 2019) (Caderno de Atenção Básica para DM, 2013). O rastreamento, detecção precoce e intervenção oportunas possibilitam que o serviço de saúde viabilize uma linha de cuidado ao paciente diabético por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, em diferentes pontos de atenção à saúde. A Atenção Básica é imprescindível no processo organizacional no cuidado ao paciente com diabetes mellitus tipo 2. A Atenção Primária deve identificar as necessidades do serviço primário de atendimento - Unidades Básicas de Saúde - quanto ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, relacionando as necessidades logísticas e estabelecendo fluxos assistenciais e itinerários terapêuticos de cuidado ao paciente. Cabe ainda a esse serviço determinar a população de pessoas com DM e seus fatores de risco mais comuns, com o propósito de definição de metas e programação de cuidado (Caderno de Atenção Básica para DM, 2013).

Adesão Terapêutica do Paciente Diabético

A adesão é a medida comportamental que corresponde à cumprir as recomendações preconizadas por um profissional de saúde no controle da doença. No diabetes, a pouca adesão à terapêutica relaciona-se a desfechos ruins como as complicações crônicas a longo prazo: retinopatia, nefropatia e amputações de membros. Alguns fatores envolvidos são o acesso e disponibilidade às medicações nos serviços de saúde, condições sociodemográficas do paciente, relação entre paciente-profissional-serviço de saúde, esquema terapêutico complexo, cronicidade e sintomatologia escassa além do pouco conhecimento e compreensão da doença e da importância do tratamento (Faria et al., 2014). Boa adesão terapêutica corrobora com bons índices glicêmicos e com metas laboratoriais atingidas.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Brasil passa, atualmente, por um processo de transição epidemiológica e demográfica. O perfil demográfico contemporâneo é resultado da redução da mortalidade geral, da queda nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida (Eugênio Vilaça, 2010). Já a transição epidemiológica baseia-se na substituição da carga de doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas (De Souza et al., 2018). As mudanças epidemiológicas e demográficas ocorreram em um período ímpar do país em que observamos a estruturação de políticas sociais e de um Sistema Único de Saúde (SUS) que visam se adequar às necessidades de saúde de sua população (De Souza et al., 2018).

Para o adequado enfrentamento à nova realidade de saúde populacional, o novo contingente de estabelecimentos de saúde precisa se readaptar. O sistema de saúde organizado de forma fragmentada e atendendo às demandas agudas e episódicas deve se reorganizar para garantir atendimento continuado e integral aos pacientes portadores de doenças crônicas (Mendes, 2010). As redes de saúde (RASs) devem se estabelecer de forma horizontal, organizada de maneira poliárquica e sistêmica para que todos os serviços de atenção à saúde sejam igualmente relevantes e necessários. Com isso, há a formação de uma rede horizontal de serviços, centralizada na Atenção Primária, considerando-se como o primeiro nível de atenção e há um continuum entre os níveis primário, e terciário, estabelecidos a partir de mecanismos de referência e contrarreferência de seus serviços. A base de tudo isso se dá na atenção primária com suas intervenções de promoção, prevenção e reabilitação de agravos bem como práticas curativas, recapacitadoras e paliativas. Já os demais níveis de atenção devem garantir atenção oportuna e eficaz conforme sua capacidade tecnológica (Eugênio Vilaça, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) as redes de saúde fazem parte de um

conceito em que há “ a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (Mendes, 2010). A RAS apresenta o objetivo comum de agir colaborativamente entre diferentes serviços de saúde, de maneira não hierárquica. Buscam garantir a atenção integral e holística ao sujeito com ações de promoção, prevenção de agravos, curativas e reabilitadoras (Mendes, 2010). A hierarquia do cuidado - em sistema piramidal de atenção fundamentado na complexidade tecnológica dos níveis de atenção - é substituída pela poliarquia e o sistema organiza-se em forma de teia horizontal tendo a APS como o centro e os demais pontos como interdependentes (FIGURA 1) (Mendes, 2012).

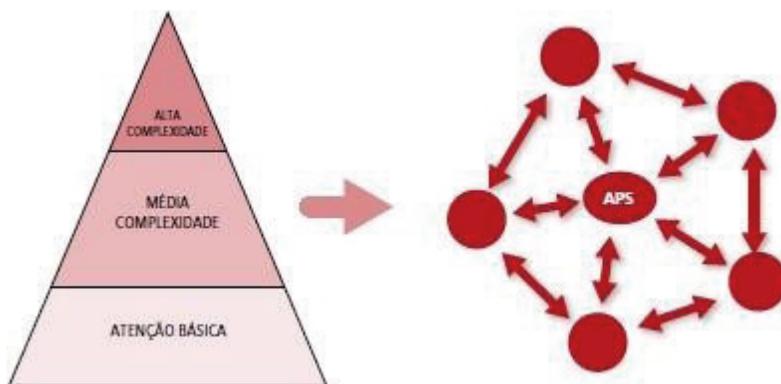


Figura 1. Mudança do sistema piramidal de atenção para a rede poliárquica de saúde

Fonte: (Mendes, 2010).

A Atenção Primária nas Redes de Atenção À Saúde

A concepção de Atenção Primária surge, dentro do contexto da RAS a partir Relatório Dawson que, em 1920, no Reino Unido, descreveu a organização do atendimento ao paciente em diferentes níveis como os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços complementares e os hospitais terciários. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, definiu-se como APS: “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (Mendes, 2012). A concretização da APS e sua expansão se dá com a municipalização das unidades e responsabilização por parte de cada município. A partir desse momento, necessitava-se de maior fortalecimento da APS a fim de garantir, como princípio ordenador do SUS, a integralidade da atenção e das ações de saúde (Mendes, 2012). O Governo Itamar Franco,

em 1993, criou o Programa de Saúde da Família (PSF) agregando uma dimensão qualitativa no processo da Atenção Primária em Saúde.

A Atenção Primária em Saúde no Atendimento ao Paciente Diabético Portador de Doenças Crônicas

A Atenção Primária e as equipes de saúde devem garantir aos pacientes usuários serviços e atenção de caráter individual e/ou coletivo nos diferentes níveis de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação de doenças. Especialmente ao paciente portador de alguma condição crônica de saúde, como o Diabetes Mellitus, alguns pontos críticos da APS devem ser resolvidos a fim de se garantir o cuidado pleno e continuado aos pacientes.

Cabe à Atenção Primária garantir o acesso avançado da população ao serviço. Ou seja, o acesso às unidades e equipes de saúde está relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e demanda espontânea bem como as atividades coletivas, atendimento em grupos, procedimentos e exames realizados. Os serviços devem ser capazes de atender às necessidades de saúde da população de forma completa embasados em diretrizes clínicas com boas evidências científicas. A Atenção Primária deve ainda, buscar a integralidade do cuidado e atenção variando desde a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação dos agravos. O indivíduo deve ser atendido e abordado de forma holística o que, muitas vezes, passa pelo cuidado de diferentes profissionais (BÁSICA, 2014).

A doença crônica apresenta complexidade na sua forma de apresentação e consequentemente na sua forma de cuidado. Em associação ao grau de severidade, deve-se avaliar o grau de autocuidado do paciente em um caráter dinâmico e dependente exclusivamente do paciente diante do enfrentamento de sua doença. A Atenção Primária é fundamental ao apoiar o portador de condição crônica e fornecer-lhe informações que suportem o seu enfrentamento e gerenciamento da doença. Sistemáticamente, ao associar a severidade da doença e o autocuidado do paciente consegue-se reconhecer com maior clareza quais as reais necessidades de cuidado de cada paciente e, assim, melhor recomendar estratégias de atenção à doença (BÁSICA, 2014).

O Paciente com Diabetes na Rede de Saúde em Cidade do Interior de São Paulo

Em visitas agendadas e entrevistas com profissionais que participam da Rede de Atenção Especializada ao Diabetes Mellitus na cidade, assuntos específicos foram aventados com a responsável técnica e administrativa do local, tais como estrutura física, equipe multiprofissional, serviços e ações prestadas, distribuição insumos e medicamentos, caracterização epidemiológica geral do público beneficiado, redes de atenção em saúde com foco em referência e contrarreferência.

O controle e dispensação de medicamentos na instituição é realizado pelo

farmacêutico, em um sistema individualizado (Não vinculado ao sistema utilizado durante as consultas médicas no serviço), com cadastro completo do paciente, história clínica, comorbidades e descrição da medicação utilizada, em termos de quantidade e qualidade. Diante disso, foi discutida qual a real necessidade desta distinção, tendo em vista que o prontuário do paciente de fato já é registrado integralmente, com prescrição e consultas médicas prévias. Porém em relato, a dispensação de medicações e insumos (Glicosímetros e Fitas) não se dá apenas para pacientes em acompanhamento no serviço, mas é oferecida para todo e qualquer paciente da cidade, que esteja cadastrado e normatizado pelo Programa de Insumos. A distribuição dos medicamentos é regulada pela RENAME (Relação Nacional de medicamentos essenciais), instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME é realizada pelo Ministério da Saúde, com auxílio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Trata-se da base fundamental para orientação da prescrição e abastecimento do SUS e é dividida entre componentes básicos, especializados e estratégicos de medicações.

As consultas na rede especializada são marcadas e programadas de acordo com a demanda da rede de atenção básica, ou seja, é um serviço secundário, considerado de referência, o qual o paciente deve ser atendido em unidade básica de saúde antes de ser referenciado para atendimento especializado na casa do diabético. A seguir, este paciente é atendido no serviço, e seu acompanhamento é individualizado, ou seja, número e intervalo de consultas, plano terapêutico e etc. Após avaliação e manejo, este paciente pode ser contra-referenciado para atenção básica, para ter acompanhamento longitudinal no próprio território de atuação da unidade básica de saúde, voltando aos cuidados do médico que o referenciou.

Em conta, são aproximadamente dois mil pacientes cadastrados no local. Estatística esta que é totalmente global, sem delimitação entre o perfil epidemiológico, etário, clínico ou patológico, ou seja, não há como delimitar qual é o retrato da população em acompanhamento no serviço. Isso se deve, segundo a administração, por diversos motivos, principalmente pelo próprio programa / sistema da prefeitura, o qual não consegue arquivar separadamente os atendimentos do local por descrição das patologias e equívocos médicos durante a consulta, associando registros de CID com descrição errada, excluindo assim a possibilidade de pesquisa numérica e qualitativa dos pacientes diabéticos e sua patologia específica. Além disso, foi argumentado que a demanda populacional de atendimento é superior à capacidade administrativa do serviço, gerando assim dificuldades organizacionais e de atendimentos.

CONCLUSÃO

Levando em conta todos os aspectos supracitados, conclui-se que o serviço

especializado de atenção ao paciente diabético na cidade tem um papel fundamental sobre aqueles que possuem outras doenças endocrinológicas, no âmbito do tratamento, acompanhamento longitudinal e na prevenção de comorbidades e complicações destas patologias. Contudo, há inúmeras lacunas a serem preenchidas no âmbito da epidemiologia e caracterização da população geral e específica dos serviços de atenção ao paciente com diabetes, prejudicando as bases de dados essenciais para organização de programas em saúde e ações governamentais voltadas para atenção básica, visando uma melhor prevenção primária, responsável por precaver patologias potencialmente evitáveis.

Dessa forma é necessário criar métodos eficazes para quantificar e qualificar o público usuário. Só assim, poderia se alcançar uma verdadeira promoção de saúde e prevenção de doença direcionada e mais eficaz dentro da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

Básica, Cadernos de Atenção. Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Brasília, 2013.

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. CADERNO de Atenção Básica par DM. Brasília, 2013

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R.D. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo:Pearson, 200
Diabetes, S.B.D. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Clannad, 2019

De Souza, M. D. F. M., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Changes in health and disease in Brazil and its states in the 30 years since the unified healthcare system (SUS) was created. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1737– 1750. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>

Eugênio Vilaça, M. (2010). As redes de atenção à saúde Health care networks. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 2297–2306.

Faria, H. T. G., dos Santos, M. A., Arrelias, C. C. A., Rodrigues, F. F. L., Gonela, J. T., Teixeira, C. R. de S., & Zanetti, M. L. (2014). Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(2), 254–260. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009>

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. In *Ciência & Saúde Coletiva* (Vol.15, Issue 5). <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>

Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). *Diretrizes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. 30. OMS. (2008). *Agora Mais Que Nunca*.

Paim, J. S. (2004). Atenção à saúde no Brasil. *Saúde No Brasil - Contribuições Para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*, 15–44. [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6539/1/Paim JS. Atenção a saude. 2004.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6539/1/Paim%20JS.%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude.%202004.pdf)

Portela, G. Z. (2016). Atenção Primária à Saúde: um ensaio 255. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(2), 255–276.

Salci, M. A., Meirelles, B. H. S., & Da Silva, D. M. G. V. (2017). Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>

Uchoa, E., Rozemberg, B., & Porto, M. F. de S. (2002). Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *Informe Epidemiológico Do Sus*, 11(3), 115–128. <https://doi.org/10.5123/s0104-16732002000300002>

Veiga Mottin da Silva, J., De Fátima Mantovani, M., Puchalski Kalinke, L., & Martins Ulbrich, E. (2015). Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial DM. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 626–632.

SABERES E CUIDADOS DE SAÚDE E A PASTORAL DA CRIANÇA: SUBSÍDIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 30/09/2021

Célia Maria Gomes Labegalini

<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>

Roberta Tognollo Borotta Uema

<https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>

Marcela Fernandes Travagim

<https://orcid.org/0000-0002-7525-9506>

Heloá Costa Borim Christinelli

<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>

Dandara Novakowski Spigolon

<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>

Kely Paviani Stevanato

<https://orcid.org/0000-0003-1872-8246>

Barbara Andreo dos Santos Liberati

<https://orcid.org/0000-0003-3678-7530>

Maria Antônia Ramos Costa

<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>

Iara Sescon Nogueira

<https://orcid.org/0000-0001-5815-9493>

Pâmela Patrícia Mariano

<https://orcid.org/0000-0002-7673-7581>

Ieda Harumi Higarashi

<https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

<https://orcid.org/0000-0003-1680-9165>

RESUMO: Analisar os saberes e cuidados de saúde desenvolvidos por famílias, a partir do trabalho assistencial da Pastoral da Criança. Pesquisa de abordagem qualitativa, na qual foram entrevistados 16 familiares que frequentam regularmente as atividades da pastoral de dois municípios de portes distintos do noroeste do Paraná, no período de maio a julho de 2014, com auxílio de um roteiro semiestruturado. Posterior à transcrição dos relatos, procedeu-se à análise temática de conteúdo. Após a análise emergiram as seguintes categorias: A pastoral da criança como agente de ampliação de saberes e cuidados; Apoio no cuidado: atuação da Pastoral da Criança; Pastoral da Criança: percepções maternas. **Conclusão:** percebemos o reconhecimento pelas famílias do importante papel da organização como promotora da educação popular em saúde, pautada em uma postura de valorização da qualidade de vida e de promoção da autonomia e inclusão social das famílias atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Participação comunitária. Assistência integral à saúde. Mães.

KNOWLEDGE AND HEALTH CARE AND PASTORAL CARE OF THE CHILD: GRANTS FOR PRIMARY CARE

ABSTRACT: To analyze the knowledge and health care provided by families from the relief work of the Pastoral. This is a qualitative study in which we interviewed 16 families who regularly attend the activities of the two municipalities of different sizes of northwestern Paraná pastoral, in the period from May to July 2014, with the help of a script semi-structured. After the transcription

of reports, proceeded to the thematic content analysis. After analysis emerged the following categories: Child pastoral as an agent of expansion of knowledge and care; Support in care: performance of the Pastoral; Pastoral of the Child: maternal perceptions. we perceive the recognition by the families of the important role of the organization as a promoter of a health education program, based on an attitude of appreciation of the quality of life and promote independence and social inclusion of the families.

KEYWORDS: Consumer Participation. Comprehensive health care. Mothers.

1 | INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas no Brasil nas últimas décadas influenciaram a criação e reformulação dos programas e das políticas públicas. As melhorias progressivas do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, trouxeram um relaxamento nas ações voltadas a infância. Contudo, a fim de superar essa ruptura e revalorizar a puericultura e atenção à saúde da criança, foi criado os Programas como “Rede Cegonha” e “Brasil Carinhoso”, visando garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a fim de assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, contemplando a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento. O programa era direcionado a cinco frentes: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, assistência e controle das doenças diarreicas e controle de doenças preveníveis por imunização (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009).

Para além das ações do setor público e privado, e no contexto assistencial à criança, a Pastoral de Criança (PC) apresenta-se como um importante exemplo de cuidado à saúde materno-infantil no Brasil nos últimos 20 anos, gestado a partir da iniciativa do terceiro setor da sociedade. A pastoral é uma organização filantrópica e sem fins lucrativos que conta com a atuação de voluntários para realização de acompanhamento a famílias carentes (CNBB, 2021).

Criada em 1983 pela Dra. Zilda Arns, médica sanitária, em parceria com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), atualmente a pastoral atua em todos os estados do Brasil, envolvendo uma rede de 230 mil voluntários, sendo 92% deles do sexo feminino. A cada mês, cerca de 1,7 milhão de crianças menores de seis anos e 80 mil gestantes são assistidas pela organização (SANTOS; PIERANTONI; SILVA., 2010; CNBB, 2021).

O foco de atenção da PC preconizava em alguns momentos as mesmas cinco frentes do PAISC. Os voluntários também ajudam na organização serviços comunitários, orientam

as famílias em relação à nutrição e alimentação, o aproveitamento adequado dos alimentos, ensinam a preparação e uso do soro caseiro, discutem a utilização de plantas medicinais, incentivam o aleitamento materno, auxiliam no conhecimento do desenvolvimento infantil, atuam em atividades de geração de renda e alfabetização de jovens e adultos (SANTOS; PIERANTONI; SILVA., 2010; CNBB, 2021).

A base de atuação da pastoral é a família e a comunidade. Seu trabalho junto à clientela infantil é reconhecido internacionalmente como uma das iniciativas mais importantes com foco nas áreas de saúde e educação da criança. Sua dinâmica consiste em delegar para líderes comunitários, a mobilização das famílias no cuidado de seus filhos, contando com três momentos de trocas de informações: dia da pesagem, visitas domiciliares e reuniões mensais entre os líderes de uma mesma comunidade, a fim de refletir e avaliar o trabalho realizado (SANTOS et al., 2017).

Os voluntários da pastoral compartilham informações com as famílias assistidas de um modo positivo e útil, contribuindo para a formação de vínculos e criando forças para a participação de atividades que melhorem não somente sua qualidade de vida, mas também das crianças acompanhadas, construindo uma rede de cuidados entre a pastoral, a unidade básica de saúde e a própria família (BENGOZI et al., 2010).

O presente estudo se justifica em função da importância cada vez maior de considerar as práticas populares, incorporando estes conhecimentos e saberes no contexto da atenção básica, enquanto mecanismo de promoção da autonomia da comunidade, bem como com vistas ao fortalecimento dos vínculos desta com a rede de atenção em saúde. Face o exposto e considerando a importância do papel da PC no cuidado prestado às famílias e tendo em vista a escassez de estudos abordando sua atuação, o objetivo deste estudo foi analisar os saberes e cuidados de saúde desenvolvidos por famílias atribuídos ao trabalho de assistência da Pastoral da Criança.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, voltado para a população assistida pela PC em dois municípios do noroeste do estado do Paraná-Brasil, cujas características populacionais possuem perfis distintos. O município “A” possui área total de 47,052 Km² e população de 357.077 habitantes (IBGE, 2014a) enquanto o município “B” apresenta área total de 20,470 Km² e população de 4.603 habitantes (IBGE, 2014b).

No município “A”, aproximadamente 24 paróquias contam com as atividades da PC, sendo que em cada paróquia existe um coordenador geral e cerca de cinco a seis líderes que são responsáveis por um determinado número de famílias. Nesse município a escolha das famílias ocorreu por intermédio da coordenação da organização, a qual indicou seis paróquias com maior atuação. A partir desta indicação e no sentido de contemplar os diversos contextos assistidos pela pastoral do município, optou-se por selecionar um familiar

de cada paróquia. No município “B”, por tratar-se de um município de pequeno porte e com uma única paróquia, foram abordadas 10 famílias, selecionadas de um total de 110, em função de participarem com maior regularidade das atividades da pastoral.

Participaram da pesquisa 16 familiares, que atendiam aos critérios de inclusão do estudo: participar das atividades desenvolvidas pela PC com frequência e residir no município A ou B. A escolha do familiar entrevistado foi aleatória, sendo abordado aquele que estivesse na residência no momento da entrevista e se dispusesse a participar. A princípio não houve pré determinação do número de sujeitos participantes, pois a quantidade de indivíduos foi definida pela saturação dos dados e, principalmente, na medida do alcance dos objetivos previamente estabelecidos.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2014, por meio de entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado, composto em sua primeira parte por dados de caracterização e sócio demográficos, e a segunda parte composta por perguntas sobre há quanto tempo a família era acompanhada pela pastoral, porque o realizava, o que foi aprendido e de que maneira o trabalho da pastoral influenciou no cuidado de seu filho. Além disso, foi realizado também o genograma e ecopama a fim de entender melhor a estrutura familiar e as redes de apoio existentes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas na íntegra, no sentido de preservar a fidedignidade das informações. Para assegurar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra E de ‘entrevista’ e com números arábicos, de acordo com a sequência de realização das mesmas.

Os dados foram analisados utilizando-se da análise temática de conteúdo, a qual consiste em: 1º) Pré análise dos dados: primeiro contato com o material, fase na qual organizamos os dados brutos para formulação das ideias iniciais. Para tanto procedemos à realização de leituras flutuantes, separando as informações seguindo as regras principais propostas pela autora de: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 2º) Exploração do material e formação de categoriais: classificamos os dados, grifando com diferentes cores as partes semelhantes do texto. Posterior à isso, agrupamos as frases semelhantes em categorias temáticas iniciais as quais seriam discutidas com outros autores da área; 3º) Tratamento das categorias obtidas e interpretação: após a seleção das categorias mais significativas e representativas aos objetivos do estudo, inferimos e comparamos com a opinião de outros autores relevantes na área (BARDIN, 2011).

Assim, com foco no objetivo proposto, elencamos como categorias: 1) A pastoral da criança como agente de ampliação de saberes e cuidados; 2) Apoio no cuidado: um diferencial da Pastoral da Criança; 3) Pastoral da Criança: o reconhecimento materno. A discussão dos achados baseou-se na relação entre as práticas populares em saúde e a atenção básica, tomando por referencial a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS).

A PNEP, assim como o SUS, tem como base a universalidade, a equidade, a

integralidade e a efetiva participação popular. Traz uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Todas essas premissas são permeadas pelo diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, e o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a sua inserção destes no SUS (BRASIL, 2012). Dessa forma, a PC torna-se uma instituição que trabalha com os preceitos da educação popular e como a própria política ressalta, estimula e valoriza as parcerias e o apoio entre essas instituições.

Com base nestes pressupostos, foi proposta a presente investigação, tendo sido o projeto de pesquisa analisado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), com parecer nº 653.826 (CAAE: 29326814.7.0000.0104), em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação à caracterização dos participantes do estudo, todas eram do sexo feminino, com idade variando entre 17 e 72 anos e média de 36 anos. Nove das participantes eram casadas, cinco possuíam união estável, uma era solteira e a outra separada. Sobre o grau de parentesco com a criança acompanhada pela PC, uma é bisavó, três avós e doze são mães.

Em se tratando do grau de escolaridade, uma era analfabeta, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, quatro apresentavam ensino médio incompleto e sete, o ensino médio completo. Nove das respondentes eram donas de casa, duas aposentadas, uma era agente comunitária de saúde, uma vendedora, uma cabelereira, uma auxiliar de produção e uma auxiliar de serviços gerais.

Apenas seis relataram alguma doença, dentre elas varizes, hipertensão arterial sistêmica, problemas de memória e tireoide, anemia, diabetes mellitus, e lúpus. Somente uma era fumante. A renda familiar mensal variou de um salário mínimo e meio até cinco salários mínimos, sendo que sete famílias possuíam renda mensal de R\$1.448,00. Dez famílias apresentavam dois contribuintes da renda, em três havia um responsável pela renda, uma única família apresentava três contribuintes da renda e duas famílias apresentavam quatro contribuintes da renda.

As residências possuíam entre quatro e sete cômodos, sendo quatro de madeira, três mistas e as demais de alvenaria. O número de integrantes em cada família variou de três a sete, com média de cinco pessoas residindo no mesmo domicílio. As famílias possuíam entre uma e cinco crianças, com média de duas crianças por família, e a faixa etária destas variou entre cinco meses e treze anos, com média de quatro anos. No total, 29 crianças eram acompanhadas pela pastoral sendo 18 meninas e 11 meninos, e somente três possuíam alguma doença, sendo anemia e autismo. Todas as crianças em idade

escolar frequentavam a escola.

A idade dos companheiros variou entre 20 e 80 anos, com média de 41 anos. Um era alfabetizado, dois apresentavam ensino fundamental incompleto, quatro possuíam ensino fundamental completo, um o ensino médio incompleto e sete, o ensino médio completo. Treze parceiros eram assalariados, dois eram aposentados e um estava desempregado por ocasião das entrevistas. Apenas três relataram alguma doença, sendo os principais agravos relacionados a problemas no coração, rins e estômago, trombose e epilepsia. Somente um era fumante.

A PC realiza o acompanhamento da família desde a gestação até a criança completar seis anos de idade. No estudo encontramos que o tempo de acompanhamento com a pastoral variou de um ano e quatro meses até treze anos, com média de cinco anos. O tempo relatado pelas famílias é maior do que o tempo de acompanhamento da criança pela PC, em função de muitas famílias terem tido mais do que um filho acompanhado pela pastoral. A maior parte das famílias conheceu a Pastoral por meio de voluntárias que foram visitá-las ainda durante a gestação, duas relataram que foram convidadas por vizinhas e amigas que já faziam acompanhamento, uma pela mãe que também era voluntária, outra por indicação da irmã que já era acompanhada e uma por ter participado quando criança.

Da abordagem da temática central do estudo, emergiram as categorias descritas a seguir:

1) A pastoral da criança como agente de ampliação de saberes e cuidados

O cuidado desenvolvido pela PC engloba cinco frentes: cuidados com a gestante, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação, sendo todas estas atividades contempladas nos relatos das mães entrevistadas. Com a finalidade de descrever os relatos concernentes a cada grupo de atividades, a categoria foi subdividida em: Cuidados e Saberes para e com a Gestante, Cuidados e saberes para e com a Criança e Cuidados com a Alimentação.

Cuidados e saberes para e com a Gestante

Dentre os aprendizados que acontecem nesse período, os mais relatados pelas entrevistadas foram em relação ao desenvolvimento da gravidez, juntamente com seus sinais e sintomas, e o aleitamento materno.

[...] Quando eu estava grávida era tão gostoso, [...] (a voluntária) explicava o primeiro mês, o que é que estava acontecendo, aí os cinco meses, que o bebê já estava sentindo, que era pra conversar com ele, que ele entendia e ele entendia mesmo! Nossa!! (E12)

[...] na gravidez ela falava as coisas que eu estava sentindo, como que ia ser. A cada mês ela falava o jeito que estava sendo [...].(E13)

Ah meu Deus do céu, o que que eu aprendi?! Ixi, como dar de mama [...] também as coisas pra não ter enjojo, queimação [...]. (E9)

O acolhimento e acompanhamento da gestante tem início assim que se descobre a gravidez e este geralmente é realizado por uma voluntária da PC. O contato precoce, a escuta ativa e sem preconceitos, além de questionamentos e preocupações sobre as mudanças que ocorrem durante esse período, faz com que as mulheres sintam-se a vontade com a voluntária além de auxiliar no processo de criação de vínculo.

Para que a gestante sinta-se à vontade, o profissional deve considerar seu momento de vida e sua produção histórico-social, e isto somente é construído a partir do diálogo. A PNEPS define o diálogo como o conjunto de trocas entre os homens mediatizados pelo mundo, ou seja, considerando suas interações com o mundo, com a vida e com a sociedade (BRASIL, 2012).

É possível perceber pelos relatos, que as mulheres entrevistadas sentiam-se à vontade com as voluntárias, de modo que a informação recebida era realmente ouvida e levada em consideração. Além disso, cabe ressaltar o fato de que as informações relatadas ou reproduzidas pelas entrevistadas diziam respeito a gestações ocorridas há algum tempo, o que sinaliza que o que foi orientado a elas nesse período, foi de fato introjetado ou significativo para o momento que estas estavam vivenciando.

Ressalta-se que a assistência pré-natal engloba a atenção à mulher no período gravídico puerperal proporcionando cuidado integral de qualidade, e garantindo uma gestação saudável para o binômio mãe-bebê. Utilizar novas abordagens e estratégias educativas que possibilitem maior aproximação e melhores esclarecimentos sobre o pré-natal trabalho de parto e parto, e posterior puerpério, no qual a gestante sente-se acolhida, é fundamental para ajudá-la a sensibilizar-se a cuidar de sua saúde (FACUNDO et al., 2020).

Quando o processo educativo é significativo, ou seja, quando atende as necessidades reais do educando, este é realmente incorporado e produz mudanças nas formas de expressar e realizar ações, como no caso o auto cuidado e o cuidado do outro. Quando o discurso do entrevistado, no caso as mães, é coeso e coerente assim como encontrado em nossa pesquisa, ocorre um processo de reflexão que leva ao fortalecimento do cuidado existente na relação mãe-filho (MONTEIRO et al., 2020).

Cuidados e saberes para e com a criança

Sobre os cuidados relativos às crianças, as falas referem-se à assistência direta do recém-nascido, incluindo a higiene, como segurá-la no colo e colocá-la para dormir, o controle de peso, medicamentos caseiros, medidas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto, controle do crescimento e desenvolvimento infantil, além da amamentação.

A fazer a pomadinha para o bumbum com a maisena, a ginastica pra cólica, ah é tanta coisa que agora a gente até esquece, mas é muita coisa assim, boa para as crianças [...]. (E3)

Olha elas explicam bastante coisa né, como cuidar das crianças...eu lembro quando eu tive meu filho, eu era muito novinha, tinha 17 anos, tinha coisa que

eu nem sabia como lidar com criança, e foram com as mulheres da pastoral que eu aprendi bastante coisa. (E16)

O nascimento de um filho, apesar de ser um evento bastante esperado, pode gerar certas situações estressoras dentro do ambiente familiar. Quando se trata do primeiro filho, e das chamadas “mães de primeira viagem”, a ansiedade geralmente vem à tona, podendo dificultar este momento tão importante na vida das mulheres. Ter alguém por perto e sempre presente, orientando cuidados básicos e relatando sua própria experiência, ajuda a se sentir menos desorientada e mais segura para cuidar de seu filho.

As práticas populares da PC, enquanto práticas sociais, ocorrem no encontro entre diferentes sujeitos, e assim como preconizado pela PNEPS, se identificam com uma postura mais integradora e holística que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população (BRASIL, 2012).

Tais práticas norteiam-se através da apropriação e interpretação do mundo pelas classes populares, que ocorre a partir da sua ancestralidade, de suas experiências e condições de vida. Valorizar a escuta e o saber do outro, no qual o sujeito é percebido em sua integralidade e pertencente a um determinado contexto sociocultural são considerações demasiadamente importantes, em especial no que tange ao cuidado com puérperas, pois estas recebem uma enorme gama de informações e sugestões advinda de diversas fontes, científicas e sociais, causando muitas vezes insegurança materna, influenciando diretamente no cuidado (BRASIL, 2012).

Apesar de esta ser uma das funções ou atribuições do profissional de saúde, não só da rede básica, mas também da atenção hospitalar, é na comunidade que essas mulheres buscam auxílio. Tal escolha por parte da mulher se justifica pela busca de uma identificação com a pessoa que oferece este suporte, ao procurar ser acolhida por alguém tão leiga como ela, e que já vivenciou aquele momento, desprovida deste modo, de julgamentos e que possa auxiliá-la nessa fase.

A busca de auxílio e parcerias nos bairros como as associações de moradores e organizações não governamentais é uma estratégia útil para difundir as práticas de educação em saúde, conseguindo alcançar vários grupos populacionais, além de serem estimuladas pela própria comunidade que participa ativamente no planejamento e na realização das atividades (GUERREIRO; RODRIGUES; QUEIROZ; FERREIRA, 2014).

Cuidados com a Alimentação

A alimentação é um dos pilares de atuação da PC, e os relatos demonstram que esse é um assunto muito valorizado pelas famílias, e importante não somente para o crescimento infantil, mas também um auxiliar valioso na qualidade de vida, constituindo-se em tema abordado ainda na gestação.

Acho que a dar mais valor nos legumes por inteiro, valorizar a casca, lavando bem dá pra fazer várias coisas com a casca, porque na casca tem mais

vitaminas, mais proteínas e... estar analisando o peso... as vezes, ah acho que está bom o peso, ah eu acho que não, que está um pouquinho abaixo né... vamos dar uma analisada, conversar com o pediatra. (E5)

Como eu aprendi a diferenciar o que é bom pra ela no alimento... às vezes você dá aquele alimento, mas sem saber e na pastoral foi onde eu aprendi o que é bom no alimento, não só pra ela como pra gente também. (E7)

Para as famílias, aprender como aproveitar de forma mais completa as qualidades dos alimentos, utilizando também as cascas e saber desenvolver técnicas que auxiliem na alimentação da criança, além do controle de peso mensal é algo que faz a diferença no acompanhamento infantil. Nota-se a preocupação com o baixo peso, visto que esse é comumente associado a patologias. Não foi relatada a preocupação com o sobrepeso das crianças por parte das mães.

Estudo realizado com cuidadoras comunitárias de crianças, demonstrou que o cuidado com a alimentação também foi relatado, reforçando que mesmo quando o alimento planejado estava em falta, elas lançavam mão da adaptação e da flexibilidade (RIBEIRO et al., 2020).

O trabalho conjunto de membros da comunidade aproxima os conteúdos das reais necessidades de saúde da população, permitindo a mais plena implementação dos preceitos de humanização, acolhimento e participação social no enfrentamento das iniquidades em saúde, como no caso da desnutrição. A problematização a partir das condições das famílias permite o levantamento de situações e a proposição de atividades de manejo alimentar, levando a economia e maior aproveitamento dos alimentos além do conhecimento de seus benefícios nutricionais (BRASIL, 2012).

Tanto a introdução precoce como a tardia de novos alimentos pode trazer malefícios à saúde infantil, daí a preocupação em realiza-la mediante acompanhamento. Quando precoce, interfere na duração do aleitamento materno e na absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno, como o ferro e o zinco; quando tardia, interfere diretamente no crescimento e desenvolvimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes (MAIS et al., 2014).

2) Apoio no cuidado: um diferencial da Pastoral da Criança

As mães abordadas referem que o aprendizado obtido pela ação da PC ajuda no cuidado de seu filho, o que consolida a percepção de ser esta organização, um elemento de grande importância na rede de apoio, em especial para as primíparas, uma vez que o puerpério e a chegada do bebê configuram um período de transição estrutural que demanda atenção e cuidado.

Ah, me ajudando porque eu não sabia nada né... eu não sabia como cuidar, como amamentar [...] eles me ajudaram. (E6)

Ah ajudou bastante [...] não sei se foi a Dona Dirce (voluntária), quem que foi. Eu fiquei ruim, quando eu estava acho que de sete meses e foi ela que me encontrou e me ajudou a levar para o hospital [...] eu fiquei internada [...] estava quase perdendo todos os meus filhos. (E12)

Nestes cenários, as voluntárias da Pastoral, em função do vínculo previamente estabelecido, são percebidas como aliadas, que auxiliam as gestantes tanto no que diz respeito às dúvidas mais simples relacionadas à experiência da gestação, até o acompanhamento de momentos difíceis como o da internação, o que sinaliza a confiança depositada pelas mães nas voluntárias.

Para que essa fase pós parto flua naturalmente e para que a transição do papel de ser somente mulher para o de ser mãe ocorra tranquilamente, é necessário que o apoio surja de tal maneira a garantir condições de mobilizar o meio em que a puérpera está inserida e propiciar condições saudáveis à família. Já foi relatado em outros estudos que este é um momento no qual a recém mãe não recebe tanto apoio dos outros familiares, ou mesmo dos profissionais de saúde, uma vez que o foco de atenção passa a ser somente o bebê, fato que torna este momento mais delicado e ainda mais merecedor de atenção (PRIGOL; BARUFFI, 2017).

O apoio voltado para a autonomia e emancipação dos sujeitos é um dos focos da PNEPS. Ao se discutir os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições, as mães encontram na PC uma aliada para o enfrentamento de suas necessidades. Uma família orientada adequadamente, segura de suas redes de apoio e conhecedora de estratégias de enfrentamento é capaz de detectar novos problemas na sua realidade e solucioná-los, baseado na formulação de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas (BRASIL, 2012).

Outras dúvidas relatadas pelas mães e surgidas durante o desenvolvimento da criança estiveram relacionadas a indagações quanto a como cria-las e educa-las, com ênfase a problemas de comportamento como as manhas e birras comuns da idade.

[...] como lidar melhor com as crianças [...] como estar educando...a melhor maneira...faze-los comer mais frutas, mais verduras... certas birras, certas manhas... certas orientações que no dia a dia você precisa né... às vezes você não sabe direito como lidar. O povo fala, ah não pode bater, não pode deixar de castigo e... o que que nós devemos fazer? Porque... na televisão só fala assim: não pode, não pode, mas e qual a maneira certa? Onde? Qual a pessoa que vai orientar a gente da maneira certa? Como devemos agir corretamente sem que tenha um tapinha de vez em quando, sem que coloque no cantinho...qual a melhor maneira de fazer isso? Isso eu queria saber... falta muita ajuda nessa parte. (E5)

Principalmente essa fase que ela está agora, que quer tudo, que não consegue entender o que pode e o que não pode, esses conselhos que eu queria, por que é difícil essa idade que está agora [...] não sabe entender [...] mas eu tento explicar [...]. (E10)

Hoje se percebe que muitas famílias ficam um pouco perdidas quando se deparam

com problemas de relacionamento com seus filhos e acabam por delegar a educação e o cuidado deles a outras pessoas. Nas falas foi possível perceber que as mães não sabem quando dizer “não”, quando tem que adotar uma postura mais firme ou mesmo até onde vai o certo e o errado na educação de seus filhos, o que impulsionou as mesmas a solicitarem ajuda na PC.

Tanto os pais como os educadores tem valores e objetivos específicos que se complementam e ajudam na criação das crianças. Cabe a toda sociedade e não apenas aos setores ligados à educação, transformar ações pequenas do cotidiano em reflexões, com possíveis repercussões positivas no desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças (SANTOS; BRAGA; PRADO, 2017).

No entanto, a dificuldade em encontrar respostas para essas perguntas, uma vez que cada ambiente familiar é único. Infelizmente, para tal angústia não há uma única resposta fácil ou correta. O que as participantes podem conseguir, e que pode ser de grande valia, são as experiências acumuladas pelas próprias voluntárias, e que se reproduzidas podem eventualmente auxiliar na solução do problema enfrentado.

3) Pastoral da Criança: o reconhecimento materno.

As entrevistadas consideram o trabalho da PC muito importante, não só pelo apoio educativo, mas também pelo apoio social no cuidado às crianças. Além de ser um estímulo ao convívio social e à formação de redes de apoio com outras mães, a PC é vista como um ambiente acolhedor.

Eu acho que tudo em si na pastoral é um aprendizado que se a gente aprende, é pra vida inteira... pra gente ir passando pra neta e se eu alcançar o bisneto, a mesma coisa né [...] da minha parte eu quero incentivar que todos participem... levar as crianças... não ter preguiça, às vezes ficam acomodados de tirar um sábado pra ir levar, mas depois que a gente vai lá é muito gostoso e a gente aprende. Aprende com as pessoas que estão ali no dia a dia de cada um, é muito bom. E7

Ah é muito bom, por que assim, as coisas que eu não sabia eles vem aqui e ensinam a gente, o que agente não sabe eles explicam, o que agente não entende eles explicam de novo sabe, tem uma paciência para explicar. E14

Pelas falas é possível perceber que a PC proporciona às famílias momentos de divertimento e bem estar, além de ser a referência em uma situação de necessidade. Outro ponto levantado foi em relação à paciência das voluntárias durante as orientações. Pode-se inferir que as mães sentem-se livres em dizer que não entenderam determinada informação, pois sabem que a voluntária explicará novamente, sem efetuar julgamentos sobre a sua pessoa.

Quando o saber científico é repassado de forma impositiva, sem a consideração do saber popular, numa reprodução de um modelo de educação verticalizada, com orientações pontuais e generalizadas, e sem a devida valorização do sujeito e de suas

necessidades, os resultados do processo educativo podem ser desastrosos. É preciso lembrar e colocar em prática que as pessoas possuem ideologias, conhecimento prévio e sabem expressar opiniões, e que suas ações são advindas de experiências e vivências anteriores (GUERREIRO; RODRIGUES; QUEIROZ; FERREIRA, 2014).

As atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde são geralmente associadas à realização de palestras expositivas, pelas quais a comunidade não tem interesse, e nas quais não se sente bem em perguntar e participar. Infelizmente, essa é uma cena que se repete com frequência, fazendo com que as famílias busquem cada vez mais nos grupos sociais e organizações como a PC, o apoio, conhecimento e auxílio necessário para cuidarem de seus filhos e resolverem seus problemas.

O fato dos participantes sentirem-se integrantes das práticas de educação contribui para o fortalecimento de identidades e do espírito de coletividade, permitindo a construção de redes, de movimentos, e de articulações em nível local e municipal, necessários para ampliação da qualidade da saúde das populações. O apoio social advindo dessas redes manifesta-se como de extrema importância na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

Outro ponto levantado pelas entrevistadas foi o do reconhecimento do trabalho da PC para os desamparados. Embora a maior parte das famílias acompanhadas pela pastoral da criança seja carente socioeconomicamente, durante a realização das entrevistas foi possível abordar famílias de diversas classes sociais e que referiram que o trabalho da pastoral é de suma importância para crianças menos favorecidas e / ou que estão passando por problemas sociais.

[...] para as crianças que não tem apoio da família, às vezes tem alguma criança que está passando por alguma dificuldade, alguma coisa e elas podem estar auxiliando, se está acontecendo alguma coisa na casa de violência, a criança pode chegar e falar para as mulheres da pastoral [...]. (E16)

[...] por que tem umas mães que não ligam para os filhos, então [...] daí pelo menos tem outro olhando por aquele pobrezinho, dá uma dó, eu acho que ajuda bastante. (E2)

É possível perceber pelos relatos que as mães demonstram grande preocupação com relação às crianças, no que concerne ao recebimento de cuidado adequado, e que ainda passam por situações de violência doméstica. Pelo vínculo já existente com a família, a pastoral acaba por se tornar aliada no processo de detecção desses problemas, exercendo assim um papel importante na intervenção junto a outras instâncias, com vistas à buscar a resolução dos mesmos.

Estudo realizado (MELLO et al., 2014) aponta conclusões que vem ao encontro do que foi encontrado em nosso estudo, pois destaca a PC como um ambiente de apoio social, além da igreja, da creche e dos serviços de saúde. Segundo as mães, estes são locais onde elas podem contar com ajuda, sanar suas dúvidas e dificuldades, além de

conseguirem suporte.

A preocupação das famílias e da PC com esse tipo de situação social também é preconizada pela PNEPS, a qual reafirma que é necessário superar as diversas formas de exploração, alienação, opressão, discriminação e violência ainda presentes na sociedade que desumanizam as relações, produzem adoecimento e injustiças, visando à transformação da realidade, com vistas à emancipação (BRASIL, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível apreender que a PC impacta de forma muito positiva a rede de suporte à família, estendendo suas ações a vários momentos da vida de seus integrantes, seja no acompanhamento da gestação, seja no seguimento do processo de crescimento e desenvolvimento da criança. As mães demonstraram possuir um vínculo bastante positivo e consistente com as voluntárias, que assumem um papel de suma importância no cuidado prestado a seus filhos. Destacaram além dos cuidados durante a gestação e alimentação infantil, o apoio da pastoral voltado a crianças e famílias em situações de risco e com maior vulnerabilidade social.

A PC pode ser reconhecida como uma organização que promove educação popular em saúde, e que vem ao encontro das premissas da PNEPS, devendo ser reconhecida e valorizada pelos serviços de saúde, em especial na atenção básica, como a própria política sugere, pois melhora significativamente a atenção a família, sua qualidade de vida e promove a autonomia e valorização social das classes menos favorecidas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENGOZI, T.M et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

CNBB. Confederação Nacional dos Bispos do Brasil. **Pastoral da Criança. Promovendo a vida para todas as crianças**. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br>. Acesso em 28 set. 2021.

FACUNDO, S.H.B.C. et al. *Communication technologies used by nurses in prenatal care*. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, n. 1, p. 1-9, 2020.

FRIAS, P.G.; MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

GUERREIRO, E.M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, p. 13-21, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos**: dados gerais do município. Maringá. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=411520&search=Imaringa>. Acesso em 09 maio 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos**: dados gerais do município. Marumbi. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=411550>. Acesso em 09 maio 2014b.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, s./n., p. 93-104, 2014.

MELLO, D.F. et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 52-60, 2014.

MONTEIRO, M.G.A. et al. Consulta de enfermagem em puericultura na perspectiva de mães atendidas pela estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, s./v., p.e37945, 2020.

PRIGOL, A.P.; BARUFFI, L.M. O papel do enfermeiro no cuidado à puérpera. **Rev. enferm. UFSM**, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2017.

RIBEIRO, J.P. et al. Atividades de educação em saúde ofertadas à gestantes e puérperas em um hospital de ensino. **Expressa Extensão**, v. 25, n. 2, p. 154-167, 2020.

SANTOS, C.G. et al. O trabalho da Pastoral da Criança no apoio a mulheres e crianças em estado de vulnerabilidade em Mogi das Cruzes-SP. **Revista Científica UMC**, v. 2, n. 2, 2017.

SANTOS, M.R.; PIERANTONI, C.R.; SILVA, L.L. Agentes comunitários de saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1165-1181, 2010.

SANTOS, Z.L.O.; BRAGA, A.P.; PRADO, C.M.N. Participação da família no desenvolvimento da aprendizagem da criança. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 7, n. 2, p. 33-44, 2017.

CAPÍTULO 21

SAÚDE DIGESTIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: A PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 15/08/2021

Livia Maria Pordeus Coura Urtiga

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/1831920931825949>

Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/5471706105126025>

Maria Eduarda Ribeiro Coutinho da Franca Pereira

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/6541476102565220>

Deborah Cristina Nascimento de Oliveira

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/3254215183726634>

Rodrigo Baracuhya da Franca Pereira

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/0607379586899320>

Eduardo Antonio Montenegro Cabral

Faculdade de Medicina Nova Esperança

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/5935303365762050>

Eduardo Henrique da Franca Pereira

Universidade Federal da Paraíba

Médico Gastroenterologista e Endoscopista,

Mestre em obesidade e membro titular da

SOBED e FBG

João Pessoa - PB

<http://lattes.cnpq.br/7527543351441142>

Iasmin Pordeus Coura Urtiga

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/7245617986220010>

João Victor Fernandes de Paiva

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Médico-Residente da Secretaria de Saúde da

Paraíba

João Pessoa – PB

<http://lattes.cnpq.br/4523017838803653>

RESUMO: O presente estudo foi obtido através de dados coletados em artigos publicados na íntegra; tal trabalho acadêmico refere-se à saúde digestiva no contexto da pandemia do COVID-19 e a prevalência da obesidade, enaltecendo a importância da equipe multidisciplinar. Considerando o cenário vigente, a relação entre o físico e o emocional das pessoas tornou-se cada vez mais intrínseca, refletindo em alterações psicossomáticas e conseqüentemente, atingindo na saúde digestiva, visto que, o trato gastrointestinal é bastante significativo para a regulação hormonal e a homeostasia sistêmica. Tendo a obesidade como uma comorbidade a qual resulta em mudanças fisiológicas, como aumento do tecido adiposo, desregulação da pressão arterial, além dos altos níveis de glicemia sanguínea, resultando em uma cadeia de processos inflamatórios. O aumento gradativo do ganho de peso está relacionado com o

sedentarismo, que é um fator bastante recorrente na sociedade atual, sendo assim, pode ser considerado um problema de saúde pública. Portanto, é coerente que órgãos públicos incentivem a prática de exercícios físicos com o intuito de promover o bem-estar social, sendo a equipe de caráter multidisciplinar a principal aliada para um tratamento efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Coronavírus; Prevalência.

ABSTRACT: The present study was obtained through data collected from articles published in full; such academic work refers to digestive health in the context of the COVID-19 pandemic and the prevalence of obesity, highlighting the importance of the multidisciplinary team. Considering the current scenario, the relationship between the physical and emotional aspects of people has become increasingly intrinsic, reflecting in psychosomatic changes and, consequently, affecting digestive health, since the gastrointestinal tract is quite significant for hormonal regulation and systemic homeostasis. Having obesity as a comorbidity which results in physiological changes, such as increased adipose tissue, dysregulation of blood pressure, in addition to high blood glucose levels, resulting in a chain of inflammatory processes. The gradual increase in weight gain is related to a sedentary lifestyle, which is a very recurrent factor in today's society, therefore, it can be considered a public health problem. Therefore, it is coherent that public bodies encourage the practice of physical exercise in order to promote social well-being, with the multidisciplinary team being the main ally for an effective treatment.

KEYWORDS: Obesity; Coronavirus; Prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

A COVID-19 (do inglês: coronavirus disease 2019) consiste em uma doença contagiosa decorrente da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 da família Coronavírus. Tal enfermidade foi responsável pela maior crise sanitária dos últimos anos atingindo, além da saúde física, a saúde mental e a renda de milhões de famílias, desencadeando, portanto, uma série de consequências em vários aspectos da vida.

A estimativa de infectados e mortos impacta diretamente sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros (FIOCRUZ, 2021).

O estresse causado pela situação atual pode levar a alterações psicológicas e ao aparecimento de sintomas psicossomáticos. Um grande número de pesquisas mostrou associações significativas entre estresse percebido e queixas psicossomáticas (ZIDKOVA, 2021).

Diante deste cenário catastrófico, é possível associar o prejuízo na saúde mental das pessoas com o aparecimento de patologias endócrinas, metabólicas e nutricionais. Dentre essas patologias têm-se: obesidade, síndrome metabólica, síndrome do intestino irritável, gastrite, diabetes mellitus, além de doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial sistêmica.

O que acontece no trato gastrointestinal é tão importante para o funcionamento do cérebro e regulação das emoções que pesquisadores passaram a chamar esse relacionamento de eixo cérebro-intestino. Outros, reconhecendo o quanto os microrganismos são essenciais para nosso bem-estar, falam em eixo-intestino-microbiota-cérebro.

São evidentes os diversos impactos na saúde ocasionados pela COVID-19 exigindo, portanto, uma abordagem multiprofissional na assistência é fundamental. Ainda são escassos os artigos que integrem a atuação dos diversos profissionais da saúde e os reflexos da atuação da equipe multiprofissional na assistência à saúde na pandemia. Porém, já é possível identificar na literatura científica a contribuição da equipe multiprofissional nesse contexto (SILVA, 2021).

O presente estudo tem por objetivo descrever a prevalência da obesidade e sua relação com doenças psicossomáticas em meio a pandemia do COVID-19, bem como a importância do envolvimento de uma equipe de caráter multidisciplinar na terapêutica das comorbidades.

2 | MÉTODO

Este estudo trata-se de revisão sistemática bibliográfica da literatura. A busca de artigos foi realizada em maio de 2021 nas principais bases de dados, utilizando os idiomas inglês e português.

Os critérios de inclusão dos artigos (elegibilidade) adotados foram: artigos publicados na íntegra disponíveis eletronicamente, em língua portuguesa ou inglesa que abordavam essa temática. Os descritores foram utilizados tanto associados quanto isolados. São eles: Saúde digestiva; Doenças metabólicas; Doenças psicossomáticas; Distúrbios psiquiátricos; Distúrbios dos sono; Distúrbios funcionais do aparelho digestivo; Equipe multidisciplinar.

Foram excluídas da pesquisa as publicações que não estiveram relacionadas com o objetivo desta revisão bibliográfica, publicações nos formatos de trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, relato de caso, resenha e resumo de congresso, publicações que não estiveram disponibilizados on-line em formato completo, bem como em idiomas além do português e inglês.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pandemia da COVID-19, em algumas regiões do Brasil, foi orientado o isolamento social, sendo recomendado que as pessoas saíssem de casa somente em casos de extrema necessidade, para controlar a contaminação pelo vírus em questão. Porém, desenvolveram-se efeitos negativos com impactos econômicos, sociais, físicos e mentais com consequências de curto, médio e longo prazo, decorrente da mudança abrupta no estilo de vida pode provocar impactos na saúde física e mental da população (MARÇAL & RABELO, 2021).

O isolamento social pode ser associado diretamente ao crescimento nos casos de obesidade na população de forma que fatores psicológicos, nutricionais e relacionados ao sedentarismo, geram um cenário propício para o desenvolvimento de tal enfermidade (MARÇAL & RABELO, 2021).

A obesidade tem sido enfrentada na atualidade, com um crescimento exponencial nas últimas décadas, sendo acompanhada por uma série de outros problemas, os quais englobam questões endócrinas e cardiovasculares, por exemplo (FRANCISCHI et al., 2000).

Essa afecção acarreta uma série de riscos para os pacientes, uma vez que neste quadro há o aumento da quantidade de tecido adiposo, o qual possui diversas funções endócrinas e metabólicas, como a produção e liberação de adipocinas e citocinas que participam da regulação das respostas imunológicas, da regulação da pressão arterial, da coagulação sanguínea, do controle da glicemia sistêmica, além de ter papel importante na resposta inflamatória. Visto que uma desordem nestas funções acarretam vários problemas deve-se encarar essa patologia como um verdadeiro problema de saúde pública (DE FRANCISCHI et al., 2000).

Para que haja um equilíbrio no peso corporal e um controle da obesidade, o gasto energético necessita ser maior do que o consumo energético diário. Diante disso, evidencia-se que apenas a reeducação alimentar não é suficiente para uma ideal perda ponderal, sendo fundamental associá-la a atividade física, a qual será responsável pelo aumento do gasto calórico. A taxa metabólica de repouso (TMR) é o componente de maior gasto energético diário, quando há a restrição calórica na dieta do paciente, ocorre uma redução da TMR decorrente da diminuição da massa muscular, acarretando a redução na perda de peso e tendência de retorno ao peso inicial (CIOLAC & GUIMARÃES, 2004).

Embora haja uma série de pesquisas comprovando o efeito do exercício aeróbio sobre a perda de peso, conforme Ciolac & Guimarães a inclusão da musculação mostra-se vantajosa, pois essa prática tende a aumentar a massa muscular que diminui em decorrência da dieta, otimizando a perda de gordura corporal. Tratando-se dos obesos, a atividade física recomendada é de inicialmente 150 minutos por semana com intensidade moderada, progredindo para 200 a 300 minutos na mesma intensidade (CIOLAC & GUIMARÃES, 2004).

O tratamento da obesidade é de suma importância para o bem-estar do indivíduo, devendo ser realizado de forma interdisciplinar, pela multifatorialidade de etiologias da doença. Dentre as condutas necessárias, destacam-se o acompanhamento nutricional e psicológico, ambos associados à constante atividade física. Excepcionalmente nos casos de comorbidades associadas, deve ser realizado o acompanhamento especializado para cada enfermidade.

4 | CONCLUSÃO

Assim sendo, esse estudo demonstrou claramente que um alto percentual de inatividade física e a ingestão calórica de alimentos foi exacerbado durante o confinamento domiciliar, culminando em impactos deletérios na saúde de pacientes com distúrbios alimentares. Outrossim, o aumento do nível de atividade física causa melhora significativa da saúde e está inversamente associado ao desenvolvimento de doenças crônicas, como a obesidade.

Torna-se necessário enfatizar a grande importância de fazer novas pesquisas com amostras de estudos maiores para analisar e explorar os hábitos alimentares e desenvolver políticas de saúde pública para promover um estilo de vida saudável auxiliando a população sobre a importância da manutenção da atividade física na pandemia, desde que todos os protocolos de biossegurança determinados pelas autoridades sanitárias sejam seguidos.

Destarte, no contexto atual e de pós pandemia, o uso de recursos tecnológicos, para incentivar crianças, adolescentes, adultos e idosos a serem mais ativos pode ser uma alternativa relevante no combate a obesidade e prevenção doenças cardiovasculares e metabólicas nos próximos anos devido os agravos causados pelo isolamento durante a pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

CIOLAC, E.G. & GUIMARÃES, G.V. **Exercício físico e síndrome metabólica**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 10, p. 319, 2004.

DE FRANCISCHI, R.P.P. et al. **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento**. Revista de Nutrição, v. 13, p. 17, 2000.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. Fundação Oswaldo Cruz: uma fundação a serviço da vida [online]. Acesso em 03 de junho de 2021. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia> >.

MARÇAL T.A. & RABELO D.M.R.D.S. **Reflexos da pandemia de COVID-19 e do distanciamento social sobre o peso corpóreo da população**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, p. 11666, 2021.

SILVA, I. M. et al. **Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo**. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e53210313439, 2021. Acesso em: 03 de junho de 2021. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/350459895_Trabalho_da_Equipe_Multiprofissional_no_contexto_da_COVID-19_Diversos_olhares_um_so_objetivo >

ZIDKOVA, R. et al. **The Coronavirus Pandemic and the Occurrence of Psychosomatic Symptoms: Are They Related?** Int. J. Environ. Res. Public Health, 2021, 18, 3570

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

Adesão 7, 84, 114, 115, 116, 118, 119, 121, 126, 129, 137, 139, 173, 176, 180, 181, 198, 206

Aleitamento materno 5, 16, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 213, 214, 217, 220

Atenção Básica 8, 8, 12, 39, 47, 116, 163, 173, 209, 210, 212, 214, 215, 224

Atividade física 79, 82, 153, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 203, 229, 230

Automedicação Pediátrica 4, 21, 23, 24, 26, 28, 29

C

Câncer 5, 35, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 91, 112, 116, 159

Caxumba 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140

Cesárea 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108

Ciências da saúde 1, 3, 7, 17, 131, 137, 138

Coqueluche 131, 134, 135, 139

COVID-19 5, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 157, 158, 159, 161, 162, 201, 202, 226, 227, 228, 230

Crianças 4, 5, 12, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 37, 38, 39, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 112, 139, 141, 171, 173, 176, 178, 179, 183, 213, 214, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 230

Crianças com necessidades especiais 5, 64, 67, 70, 71

Cuidador 65, 66, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 195, 197

D

Desmame precoce 5, 32, 33, 36, 39, 40

Diabetes mellitus 6, 8, 89, 90, 94, 203, 204, 205, 210, 211, 216, 227

E

Estilo de vida 6, 72, 77, 89, 114, 154, 157, 159, 160, 203, 205, 228, 230

H

Hepatite A 134, 135, 136, 138

Hepatite B 18, 113, 134, 135, 136, 137, 138

I

Idosos 6, 8, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 185, 186, 189, 200, 201, 213, 230

Instituição de longa permanência 88

Isolamento social 54, 75, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 228, 229

L

Lesões de pele 8, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 198, 200, 201

M

Meningite 131, 134, 136, 139, 140, 143

O

Obesidade 9, 33, 35, 38, 94, 168, 183, 205, 226, 227, 228, 229, 230

P

Pandemia 5, 9, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 111, 114, 154, 157, 158, 159, 226, 228, 230

Parto 4, 6, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 35, 46, 47, 48, 49, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 218, 221

Parto humanizado 10, 95, 97, 100, 103, 106, 107, 108

Parto normal 3, 5, 6, 8, 9, 10, 106, 108

Pastoral da criança 8, 212, 215, 217, 223

Promoção da saúde 4, 3, 11, 116, 122, 123, 130, 172, 201, 208

Q

Qualidade de vida 5, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 90, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 172, 183, 186, 198, 211, 212, 214, 219, 224

R

Rubéola 131, 132, 133, 134, 135, 139, 140

S

SARS-CoV-2 55, 56, 57, 59, 60, 227

Saúde da família 6, 18, 39, 109, 110, 111, 175, 197, 210, 225

Saúde digestiva 9, 226, 228

Saúde Materno Infantil 4, 11, 12, 15, 18

Saúde sexual 7, 106, 111, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

Sistema Único de Saúde 6, 4, 11, 12, 13, 14, 20, 95, 106, 123, 140, 169, 181, 203, 206

U

Unidade Hospitalar 8, 185

V

Vacinação 113, 131, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 217

Varicela 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141

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

8

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

 www.arenaeditora.com.br
 contato@arenaeditora.com.br
 [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

8


Atena
Editora
Ano 2021