Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4

Atena Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4

Atena Editora
2019

2019 *by Atena Editora*
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

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

Conselho Editorial
Ciências Humanas e Sociais Aplicadas
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

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

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

Atena Editora
Ano 2019

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

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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde pública e saúde coletiva [recurso eletrônico] : dialogando sobre interfaces temáticas 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dialogando Sobre Interfaces Temáticas; v. 4)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-598-3
DOI 10.22533/at.ed.983190209

1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

Atena Editora
Ano 2019

APRESENTAÇÃO

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

Sabemos que a equipe de saúde cumpre um papel fundamental não apenas no laboratório e no hospital, mas no contexto da sociedade e do seu avanço, por isso cada vez estudos integrados são relevantes e importantes para a formação acadêmica. Deste modo neste trabalho que compreende o quarto volume da obra reunimos trabalhos desenvolvidos com enfoque direcionado ao serviço social, prática profissional, determinantes sociais da saúde, avaliação social, saúde mental; política de saúde, cuidado pré-natal, vulnerabilidade social, aleitamento materno, planejamento, modelo de gestão, infecções sexualmente transmissíveis dentre outros.

Viabilizar novos estudos em saúde pública é de extrema importância para países em desenvolvimento, da mesma forma que é preciso cada vez mais contextualizar seus aspectos no ensino e extensão. Isso nos leva à novas metodologias, abordagens e estratégias que conduzam o acadêmico à um aprendizado mais específico e consistente.

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

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE

Cíntia Raquel da Silva Castro
Antônia Iara Adeodato
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.9831902091

CAPÍTULO 2 12

A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO PRÁTICA POTENCIALIZADORA NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGA: UM ENSAIO TEÓRICO

Paola Lopes Lima
Karina Oliveira de Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.9831902092

CAPÍTULO 3 24

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Leia Simone Agostinho de Sousa
Naiane de Sousa Silva
Tágila Andreia Viana dos Santos
Laiana Dias Prudêncio
Thaís Nayara Silva Costa
José Alberto Lima Carneiro
Ellane Patrícia da Silva Franco
Gabriel Renan Soares Rodrigues
Mariana de Fátima Barbosa de Alencar
Marina Ribeiro da Fonseca
Leilane Estefani Mota da Costa Ferreira
Nadiana Vieira Silva

DOI 10.22533/at.ed.9831902093

CAPÍTULO 4 35

A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES QUE BUSCAM O SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Bruna Caroline Silva Falcão

DOI 10.22533/at.ed.9831902094

CAPÍTULO 5 45

A PERCEPÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Kelly Alves de Almeida Furtado
Olindina Ferreira Melo
Roberta Cavalcante Muniz Lira

DOI 10.22533/at.ed.9831902095

CAPÍTULO 6 53

AÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DAS TERAPÊUTICAS AO IDOSO COM ALZHEIMER

Daniel Aser Veloso Costa
Leticia Gleyce Sousa Rodrigues
Emmanueli Iracema Farah

DOI 10.22533/at.ed.9831902096

CAPÍTULO 7 65

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL MÉDICO E MITOS EM SAÚDE BUCAL EM GESTANTES

Elisa Miranda Costa
Karen Lorena Texeira Barbosa
Rafiza Félix Marão Martins
Ana Carolina Mendes Pinheiro
Juliana Aires Paiva de Azevedo
San Diego Oliveira Souza

DOI 10.22533/at.ed.9831902097

CAPÍTULO 8 75

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA INTERRUPÇÃO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MARANHENSE

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

DOI 10.22533/at.ed.9831902098

CAPÍTULO 9 86

ANÁLISE DA EFICÁCIA DOS MODELOS DE DISPENSAÇÃO E SEU IMPACTO PARA O GERENCIAMENTO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Antônia Crissya Ximenes Farias
Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes
Alana Cavalcante dos Santos
Camilla Rodrigues Pinho

DOI 10.22533/at.ed.9831902099

CAPÍTULO 10 94

ASPECTOS FUNCIONAIS DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Murilo Rezende Oliveira
Daniela Gonçalves Vargas
Jaciéli Charão Vargas
Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

DOI 10.22533/at.ed.98319020910

CAPÍTULO 11 105

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Raquel Freitas dos Santos
Walter Ney de Sousa Sales
Tacyana Pires de Carvalho Costa
Francisco Lucas de Lima Fontes
Adalberto Moreira da Silva Júnior
Luan da Silva Morais
Josélia Costa Soares
Ariane Freire Oliveira
Márcia Sandra Rêgo de Sousa
Maurício José Almeida Morais
Jakson de Oliveira Gaia
Onédia Naís de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.98319020911

CAPÍTULO 12 117

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COLOSTOMIA

Leísse Mendes da Silva
Abraão Lira Carvalho
Joana Maria Machado Mendes
Verônica Natália Machado Mendes
Lucas Mendes da Silva
Geovane Moura Viana
Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Mara Célia Santos Matos
Paula Késia do Nascimento Silva
Charlles Nonato da Cunha Santos
Erica Maria Fernandes Ferreira
Mara Julyete Arraes Jardim

DOI 10.22533/at.ed.98319020912

CAPÍTULO 13 128

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Patrícia Cristina de Sousa
Ernando Silva de Sousa
Lindamaria Oliveira de Miranda
Juliana Falcão da Silva
Gislaine de Carvalho Sousa
Érica Débora Feitosa da Costa
Ana Carolina Amorim de Sousa
Gildene da Silva Costa
Ítalo Arão Pereira Ribeiro
Letícia Lacerda Marques
Juliana Nunes lacerda
Leonilson Neri dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.98319020913

CAPÍTULO 14 140

ATENDIMENTO AMBULATORIAL A PACIENTES ACOMETIDOS COM ÚLCERA VENOSA EM MEMBROS INFERIORES, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isaac Newton Machado Bezerra
Francisco Canindé dos Santos Silva
Vinícius Costa Maia Monteiro
Jânio Luiz do Nascimento
Laísla Ludmyla Sousa de Farias
Luan Thallyson Dantas de Assis
Bárbara Danielle Calixto de Alcântara
Aurélia de Oliveira Bento
Zacarias Ramalho Silvério
Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta
Mariel Wagner Holanda Lima
Grasiela Piuvezam

DOI 10.22533/at.ed.98319020914

CAPÍTULO 15 143

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACONSELHAMENTO E APOIO A ADOLESCENTES HOMOSSEXUAIS

Annah Lídia Souza e Silva
Bárbara Catellene Cardoso da Costa
Isabelle Coelho de Azevedo Veras
Ênnio Santos Barros
Maria Olyntha Araújo de Almeida
Waleria da Silva Nascimento Gomes

DOI 10.22533/at.ed.98319020915

CAPÍTULO 16 153

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO QUINTO SINAL VITAL: DOR

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Patricia Fernandes Albeirice da Rocha
Egrimária Cardoso de Araujo
Eliane Ramos da Silva Gonçalves
Dayane Clock
Sergio Celestino Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.98319020916

CAPÍTULO 17 164

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Beatriz Borges Pereira
Irineu De Sousa Júnior
Cinthya Suyane Pereira Silva
Carmy Celina Feitosa Castelo Branco
Marilha Neres Leandro
Samara Cíntia Rodrigues Vieira
Amanda De Andrade Marques
Ana Caroline Fernandes Sampaio
Caroline Medeiros Machado
Maria Auxiliadora Macedo Callou

DOI 10.22533/at.ed.98319020917

CAPÍTULO 18 176

BANCO DE LEITE HUMANO E AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL BIOMÉDICO

Aline Costa Souza
Samara Maria Pereira de Andrade

DOI 10.22533/at.ed.98319020918

CAPÍTULO 19 181

CUIDADOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Beatriz Aiko Nagayoshi
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki
Luciano Garcia Lourenção

DOI 10.22533/at.ed.98319020919

CAPÍTULO 20 193

DESAFIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS

Miriam Juliana Lanzarini Lacerda
Andréia Marinho do Nascimento
Cleane Martins Brasil
Grace Anne Andrade da Cunha

DOI 10.22533/at.ed.98319020920

CAPÍTULO 21 202

DIAGNOSTIC CONDUCT AND MANAGEMENT OF NEONATAL SEPSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Álef da Silva Amorim
Sara Oliveira da Silva
Vasti Léia da Silva Lima
Peter Richard Hall

DOI 10.22533/at.ed.98319020921

CAPÍTULO 22 214

ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA ACESSAR E AUXILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Paula Cristina Rodrigues Frade
Luana Mota da Costa
Brenda Luena Assis Lisboa
Luiz Marcelo de Lima Pinheiro
Luísa Caricio Martins
Gláucia Caroline Silva de Oliveira
Aldemir Branco de Oliveira-Filho

DOI 10.22533/at.ed.98319020922

CAPÍTULO 23 225

ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Kyzze Correia Fontes
Diogo do Vale Aguiar
Antônio Carlos Pereira

DOI 10.22533/at.ed.98319020923

CAPÍTULO 24 238

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS RELAÇÕES LESBOAFETIVAS: CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE POLÍTICAS PÚBICAS ESPECÍFICAS

Emilly Ravany Marques de Moura e Silva
Kaline Dantas Magalhães
Ana Michele de Farias Cabral
Daiana Gleice de Araújo da Silva
Milena de Lima Pereira

DOI 10.22533/at.ed.98319020924

CAPÍTULO 25 249

O SEGUIMENTO COMPARTILHADO ENTRE A ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO PRIMÁRIA – INTERVENÇÃO PELO ARCO DE MAGUEREZ

Felipe Moraes da Silva
Marinese Hermínia Santos
Eremita Val Rafael
Patrícia de Lourdes Silva Dias
Amanda Santos Barros
Marcos Ronad Mota Cavalcante
Alberto Joaquim Goveia Diniz Neto
Clístenes Alyson de Souza Mendonça
Dannylo Ferreira Fontenele
Luís Felipe Castro Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.98319020925

CAPÍTULO 26 257

PADRÃO NUTRICIONAL DE PARTICIPANTES DE UM PROJETO EXTENSIONISTA IMPLEMENTADO NO ÂMBITO UNIVERSITÁRIO

Joyce Sousa Aquino Brito
Elaine Aparecida Alves da Silva
Isabel Oliveira Aires
Yasmin Emanuelly Leal Araújo
Maria Clara Pinto Andrade
Suely Carvalho Santiago Barreto
Maria do Socorro Silva Alencar

DOI 10.22533/at.ed.98319020926

CAPÍTULO 27 268

PARTO HUMANIZADO: O PAPEL DA ENFERMAGEM EM DEFESA DA VIDA

Antonia Gomes de Almeida Neta
Joana Angélica Leite Belarmino de Amorim
Yaskara Letícia Duarte Trajano
Rafael Tavares Silveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.98319020927

CAPÍTULO 28 277

PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE A SAÚDE PREVENTIVA OFERTADA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dulcimar Ribeiro de Matos
Fabrícia Castelo Branco de Andrade Brito
Francisco Lucas de Lima Fontes
Josélia Costa Soares
Luan da Silva Morais
Sâmara Gabriele Ferreira de Brito
Maria Idalina Rodrigues
Ariane Freire Oliveira
João Victor Alves Oliveira
Sandra Maria Gomes de Sousa
Lucilene da Silva Silva
Regina Célia Soares de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.98319020928

CAPÍTULO 29 288

INGESTÃO DIETÉTICA DE COBRE E MARCADORES DO DANO MUSCULAR EM PRATICANTES DE MUAY THAI

Bruna Emanuele Pereira Cardoso
Alana Rafaela da Silva Moura
Lourrane Costa de Santana
Yasmin de Oliveira Cantuário
Ana Raquel Soares de Oliveira
Jennifer Beatriz Silva Morais
Loanne Rocha dos Santos
Larissa Cristina Fontenelle
Stéfany Rodrigues de Sousa Melo
Thaline Milany da Silva Dias
Dilina do Nascimento Marreiro
Kyria Jayanne Clímaco Cruz

DOI 10.22533/at.ed.98319020929

CAPÍTULO 30 300

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ - BRASIL

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Alana Cavalcante dos Santos
Derivânia Vieira Castelo Branco
Francisca Aila de Farias
Adna Vasconcelos Fonteles

DOI 10.22533/at.ed.98319020930

CAPÍTULO 31 310

SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON EM PACIENTE ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

DOI 10.22533/at.ed.98319020931

CAPÍTULO 32 317

USO CONSCIENTE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Givanildo de Oliveira Santos
Gilberto Teixeira da Silva
Rodrigo Ferreira de Souza
Rosemari de Oliveira Bozelli
Lais Mirele Oliveira Martins Daciuk

DOI 10.22533/at.ed.98319020932

CAPÍTULO 33 324

ANÁLISE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS CAPITAIS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR INOVADOR PARA AS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo
Ryanne Carolynne Marques Gomes

DOI 10.22533/at.ed.98319020933

SOBRE O ORGANIZADOR 331

ÍNDICE REMISSIVO 332

CAPÍTULO 1

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE

Cíntia Raquel da Silva Castro
Universidade Federal do Ceará, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
Fortaleza - Ceará

Antônia Iara Adeodato
Universidade Federal do Ceará, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
Fortaleza - Ceará

Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho
Universidade Federal do Ceará, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
Fortaleza - Ceará

RESUMO: No campo da saúde, a atuação do assistente social tem como finalidade valorizar a dimensão social e subjetiva dos indivíduos nas práticas de atenção e gestão, efetivando os princípios e diretrizes do SUS. No âmbito do transplante renal, campo empírico deste trabalho, verifica-se que a vulnerabilidade social é um dos principais determinantes do processo saúde-doença, configurando-se como obstáculo a adesão ao tratamento de saúde. Este estudo busca analisar a atuação profissional do assistente social no processo de avaliação social dos usuários que se encontram em acompanhamento pré-transplante renal no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), em Fortaleza, Ceará. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental que analisou o instrumental da entrevista social realizada pelos profissionais de serviço social no ambulatório de transplante renal do HUWC. Utilizou-se a entrevista social como instrumento que subsidia a avaliação social, considerando os contextos socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais em que os indivíduos estão inseridos e as possíveis situações de vulnerabilidade social que repercutem sobre o processo de adesão. Mediante a identificação dos determinantes sociais da saúde, o assistente social realiza o acompanhamento ao paciente e sua família e intervém em situações que se referem à organização da vida. A avaliação social poderá ser favorável se, após essas intervenções, o usuário obtiver condições objetivas de aderir ao transplante. Deverão ser avaliados os possíveis riscos de não adesão e o comprometimento a recuperação do paciente. Pode-se apreender que o transplante vai além da substituição de órgãos adoecidos por outros saudáveis, sendo de fundamental importância uma atuação interdisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social, transplante renal, prática profissional, determinantes sociais da saúde, avaliação social.

THE SOCIAL WORKER'S PERFORMANCE IN THE EVALUATION OF KIDNEY PRE-TRANSPLANT PATIENTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF FORTALEZA-CE

ABSTRACT: In health studies, the social worker's performance aims to enrich the social and subjective dimension of the individuals in the care and management practices, effecting the principles and directives of SUS. In the scope of kidney transplantation, the empirical field of this study, it is verified that social vulnerability is one of the main determinants of the health-disease process, configuring itself as an obstacle to adherence to health treatment. This study aims to analyze the professional performance of the social worker in the process of social evaluation of the patients who are in kidney pre-transplant at the Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), in Fortaleza, Ceará. This is a bibliographical and documentary research that analyzed the instrument of the social interview conducted by social workers of the renal transplantation ambulatory of HUWC. Social interview was used as an instrument that subsidizes social evaluation, considering the social, economic, political, cultural and environmental contexts in which individuals are inserted and the possible situations of social vulnerability that have repercussions on the adhesion process. Through the identification of the social determinants of health, the social worker follows the patient and his family and intervenes in situations that refer to the organization of life. The social evaluation may be favorable if, after these interventions, the user obtains objective conditions to adhere to the transplant. The possible risks of non-adherence and the commitment to recovery of the patient should be evaluated. It can be understood that transplantation goes beyond the substitution of diseased organs for healthy ones, being of fundamental importance an interdisciplinary action.
KEYWORDS: Social Service, kidney transplantation, professional performance, social determinants of health, social evaluation.

1 I INTRODUÇÃO

A temática da determinação social da saúde ganhou notoriedade a partir da década de 1970, quando houve um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença. Esse movimento de crítica, vinculado a corrente da medicina social latino-americana, trouxe importantes contribuições a respeito das relações entre saúde e sociedade, que culminaram na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença.

Segundo a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), os determinantes sociais de saúde são aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Considerando estas dimensões sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde, dentro de uma perspectiva ampliada, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, relacionando-se aos condicionantes de saneamento, ambiente de trabalho, serviços

de saúde e educação, incluindo as redes sociais e comunitárias. Assim, conforme definido pela OMS, a saúde deve ser entendida como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tomando o arcabouço jurídico-político brasileiro, expresso na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde (nº8080/1990 e nº 8142/1990), considera-se que o direito universal à saúde e a obrigatoriedade do Estado de provê-la pressupõe que as ações de saúde devem ser planejadas de forma intersetorial e articuladas às outras políticas, integrando uma rede de proteção social. Nesse sentido, as políticas sociais e econômicas são propostas como campos de ações de estratégias específicas da saúde que visam à redução do risco de doença e de outros agravos (BRAVO, 2009).

A prevalência da determinação social nos processos de saúde/doença incide, consecutivamente, na ampliação dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social. No seu cotidiano de trabalho, o assistente social é chamado a intervir em situações que se referem à organização da vida e aos modos de viver em sociedade, identificando as necessidades sociais em saúde que dizem respeito às condições de vida e trabalho, ao acesso às tecnologias que melhoram/prolongam a vida, à construção de vínculos afetivos e à autonomia de cada indivíduo no seu modo de conduzir a vida, realizando mediações com as políticas sociais, como forma de promover saúde.

Frente às demandas institucionais, as ações profissionais do assistente social, permeadas pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, materializam o caráter interventivo da profissão. Na concretização destas intervenções se torna necessária à utilização de procedimentos, instrumentos e técnicas. Os instrumentos e técnicas do Serviço Social podem ser definidos como "elementos que efetivam tanto as finalidades como a direção social das ações predefinidas pelos profissionais" (GUERRA, 2017, p. 32).

Um dos instrumentos mais utilizados pelos assistentes sociais é a entrevista social, configurando-se como um mediador entre o conhecimento da realidade e a demanda gerada pelos usuários atendidos. A entrevista social caracteriza-se como sendo um diálogo que se estabelece entre o profissional e o usuário à medida que vai se desvendando o real, com o intuito de definir e ampliar as possibilidades de atuação profissional. Permeada por uma dimensão política, o profissional poderá agir racional e intencionalmente a fim de oferecer respostas concretas às demandas postas (GUERRA, 2017).

Incorporando a discussão sobre instrumentalidade, neste trabalho busca-se analisar a atuação profissional do assistente social no processo de avaliação social dos usuários que se encontram em acompanhamento pré-transplante renal no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), em Fortaleza, Ceará. De acordo com Marques e Nascimento (2016, p.146) "o transplante de órgãos é um procedimento

cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de um paciente doente, por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou morto". No caso específico do transplante renal, a doação pode ser feita por um familiar que possua compatibilidade ou por doadores falecidos.

Assim, utiliza-se a entrevista social como instrumento para analisar os aspectos abordados durante a avaliação social dos pacientes, considerando os diversos contextos sociais e as possíveis situações de vulnerabilidade social que repercutem sobre o processo de adesão ao tratamento. Na avaliação realizada pelos assistentes sociais do HUWC são considerados os determinantes sociais da saúde e sua repercussão nas condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Importa destacar que os determinantes sociais da saúde são compreendidos como desdobramento da questão social. Dentro dessa ótica, a questão social é definida como um conceito que expressa às desigualdades geradas pelo modo de produção capitalista, onde sua gênese é própria do processo de acumulação e reprodução do capital. O agravamento da questão social é fruto das políticas concentracionistas, e expresso no aumento do desemprego e do subemprego (IAMAMOTTO e CARVALHO, 2013).

2 I PERCURSO METODOLÓGICO

A realização da pesquisa social no campo da saúde propõe aproximação e interpretação do objeto pesquisado. Setubal (2007, p. 65) evidencia que para observar a essência de uma realidade, e não apenas o seu fenômeno, é necessário o ato investigativo que se aprofunda na realidade concreta "pela identificação das múltiplas determinações que lhes são peculiares e que lhes dão força e sentido para existir em determinado tempo da sociedade".

Partindo desse pressuposto, a presente pesquisa caracteriza-se de natureza qualitativa, pois como aponta Minayo (2014, p. 36) esse tipo de pesquisa trás para a análise "o subjetivo e o objeto, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos". Vale lembrar, contudo, que cada pesquisador trabalha com os dados conforme a visão de mundo que as sustenta. E neste caso, reflete o olhar das assistentes sociais inseridas no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, vinculado à Universidade Federal do Ceará.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental que analisou o instrumental da entrevista social realizada pelos profissionais de serviço social residentes no ambulatório de transplante renal do HUWC. A partir do acompanhamento com os pacientes que se encontram no pré-transplante renal, observou-se a relevância da entrevista social no processo de avaliação que antecede o transplante, de modo a conhecer e intervir na realidade social dos pacientes. A entrevista social configura-se, portanto, como instrumento central que subsidia a avaliação social, considerando os

contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais em que os indivíduos estão inseridos e as possíveis situações de vulnerabilidade social que repercutem sobre o processo de adesão ao transplante.

No levantamento dos dados da pesquisa documental foi utilizado o instrumento da entrevista social pertencente ao Serviço Social do HUWC, empregado no registro das informações repassadas pelos usuários durante a aplicação da entrevista social. Conforme Pimentel (2001, p.180), a análise documental possibilita estudos primordialmente baseados em documentos "sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta".

A entrevista social que será base de análise nesta pesquisa, como mencionado anteriormente, é realizada no primeiro contato entre profissional e paciente no período pré-transplante. Inicialmente, a entrevista dispõe de informações referentes à identificação do paciente, como nome completo, idade, religião, filiação, estado civil, nome do cônjuge, naturalidade, endereço de residência, grau de escolaridade, grupo étnico-racial. Em seguida, busca-se conhecer o cuidador principal ou referências de cuidado do paciente, composição e renda familiar, acompanhamento social em instituições vinculadas às políticas setoriais, situação socioeconômica e trabalhista, profissão, recebimento de benefícios sociais, acesso a meios de transporte, condições de moradia (tipo de residência, situação do imóvel, número de pessoas no domicílio, abastecimento de água, saneamento básico, energia elétrica), consumo de álcool e/ou substancias psicoativas (alcoolismo, tabagismo, outras drogas).

Consideram-se ainda as situações de vulnerabilidade e risco social (trabalho infantil, exploração sexual, violência física, abuso/violência sexual, violência psicológica, violência patrimonial, negligência, violência contra a mulher, abuso financeiro, homofobia, tráfico de pessoas, adolescente autor de ato infracional, pessoas sem referência familiar) e são apresentadas às notificações para a rede socioassistencial, encaminhamentos e parecer social. Por fim, consta a evolução social, onde são descritas as informações do acompanhamento social, ou seja, as ações, procedimentos, encaminhamentos realizados pelos assistentes sociais.

As informações obtidas por meio da entrevista social permitem que o/a profissional apreenda o contexto social do paciente de forma ampla, percebendo as condições que englobam o processo de saúde/doença. A entrevista possui continuidade e evoluções considerando o percurso de tratamento do paciente, sendo retomada em outros atendimentos ambulatoriais, durante o período de internação e no período pós-transplante. Além disso, esse instrumento permite que o profissional planeje e execute suas ações e encaminhamentos, apresentando alguns subsídios também para a equipe multiprofissional.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES: ENTREVISTA SOCIAL, CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL E INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS

Para que seja possível uma compreensão das demandas sociais de forma ampla e embasada, Guerra (2017, p. 68) enfatiza que é necessária a utilização de "instrumentos e procedimentos que possibilitem a apreensão da realidade para além da imediaticidade". Esses instrumentos devem ser capazes de apreender determinada realidade social, ou mesmo institucional, para que se criem planos de intervenção.

Pode-se afirmar, deste modo, que é no cotidiano das relações sociais que os assistentes sociais exercem intervenções voltadas aos determinantes sociais da saúde, com a finalidade de transformar as condições subjetivas e objetivas dos sujeitos atendidos. Alterar os instrumentos e as condições postas é a forma com que os profissionais delineiam a instrumentalidade de sua profissão. Guerra (2000) adverte que as ações profissionais são permeadas de instrumentalidade quando os instrumentos existentes são modificados, adequados e criados com o objetivo de alcançar uma intencionalidade.

No campo da saúde, o assistente social necessita compreender como os determinantes sociais de saúde podem limitar o acesso ao tratamento continuado dos pacientes e sua intervenção deve pautar-se na garantia do direito à saúde de forma universal e integral. Para isso, é essencial uma visão holística das iniquidades em saúde, entendendo que essas não podem ser desvinculadas da questão social.

Com base no exposto, apresenta-se a seguir os pontos principais da entrevista social realizada com os pacientes que se preparam para o transplante renal no HUWC. Por meio de sua execução, importantes determinantes de saúde são identificados e estratégias de intervenção da equipe multiprofissional podem ser vislumbradas e direcionadas.

IDENTIFICAÇÃO	
Informações gerais sobre a identificação do paciente.	Nome, idade, religião, estado civil, filiação, naturalidade, município/estado de origem, endereço (caso o paciente resida em outro município ou estado, necessita-se saber onde ele ficará hospedado no período do tratamento, seja em casa de apoio, residência alugada, casa de parentes), área da residência (urbana ou rural), acesso a transporte.
PERFIL DO CUIDADOR	
Informações sobre o principal cuidador (a) ou cuidadores.	Nome, parentesco, disponibilidade e outras referências familiares.
ACOMPANHAMENTO SOCIAL	

Informações sobre demais acompanhamentos realizados pelo paciente na rede de saúde ou em outras políticas setoriais.	Acompanhamento em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) geral e o CAPS álcool-droga, Programa de Tratamento Fora de Domicilio (TFD), dentre outros.
SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E OCUPACIONAL	
Informações sobre a situação socioeconômica do paciente e sua família.	Composição familiar, situação trabalhista e ocupacional, renda familiar, acesso a programas e benefícios sociais.
ESCOLARIDADE	
Grau de escolaridade do paciente e seu principal cuidador.	Não alfabetizado, alfabetizado, fundamental I, fundamental II, ensino médio, superior, pós-graduação.
CONDIÇÕES DE MORADIA	
Informações sobre as condições de moradia do paciente e seu núcleo familiar.	Residência própria, alugada, casa de acolhimento, situação de rua, número de pessoas no domicílio, abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico.
CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	
Informações sobre o consumo de álcool e/ou outras drogas.	Uso de álcool, tabaco e outras drogas. Considera-se o tempo de uso e de abstinência.
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES OU RISCO	
Situações identificadas pelo profissional de serviço social que podem intervir no processo de adesão ao tratamento e/ou precisam de encaminhamentos para a rede socioassistencial.	Situação de trabalho infantil, exploração sexual, violência física, abuso/violência sexual, violência psicológica, violência patrimonial, negligência, abuso financeiro, homofobia, tráfico de pessoas, adolescente autor de ato infracional, pessoa sem referência familiar, dentre outros.
NOTIFICAÇÃO PARA A REDE SOCIOASSISTÊNCIAL E ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS	
Órgãos ou instituições que foram notificadas e registro das informações sobre os encaminhamentos realizados pelo assistente social.	Encaminhamento para Ministério Público, Promotoria do Idoso, Secretarias de Saúde, CRAS, CREAS, Centro de Referência da Mulher, Defensoria Pública, dentre outros. Encaminhamentos e orientações sobre BPC (idoso ou pessoa com deficiência), auxílio doença, bolsa família, passe livre, dentre outros.

Os critérios centrais a serem trabalhados fazem referência, primeiramente, a situação socioeconômica do paciente e de sua família, principalmente os familiares que residem no mesmo domicílio (núcleo familiar). A partir disso, pode-se adentrar em uma perspectiva abrangente sobre o binómio saúde/doença, especificamente em um processo de tratamento de saúde complexo como o transplante renal. O adoecimento de um indivíduo reverbera no contexto e dinâmica de todo o núcleo familiar e dos cuidadores. Ribeiro (2007) enfatiza que as famílias influenciam e são influenciadas pelo adoecimento de um membro, sendo esta família a principal fonte de ensinamentos, crenças e comportamentos individuais que possuem relação com a saúde.

> Uma premissa básica corresponde ao modelo biopsicossocial em que os vários subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitário, etc.) interagem uns com os outros, de forma que interferem na saúde e doença. A experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus membros e mostra ainda que, em cuidados primários de saúde, é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. [...] Os familiares são ainda a maior fonte de apoio emocional e suporte social. A doença crónica afeta todos os aspectos da vida familiar. Os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados (RIBEIRO, 2007, p. 299).

O trabalho do assistente social, nesse contexto, possui atribuições e competências relevantes para a formação do processo terapêutico construído pela equipe multiprofissional. A práxis desse profissional deve voltar-se para realidade vivida pelo paciente, considerando os fatores sociais, econômicos e culturais, políticos e ambientais que fazem parte do cotidiano dos indivíduos e identificando determinantes que poderão exercer influência sobre o processo saúde/doença. Esses determinantes perpassam os mais diversos aspectos de vida dos usuários. A partir do estudo dessa realidade, o profissional de serviço social pode atuar nas ramificações da questão social, visando à garantia de direitos do indivíduo e as estratégias que favoreçam o seu tratamento de saúde.

Percebe-se, assim, que *o determinante econômico* configura-se como um dos mais importantes para a saúde por ser compreendido como um *determinante estrutural*, responsável pelo acesso do paciente desde o atendimento de saúde até a obtenção das necessidades básicas à subsistência. Carvalho (2013) argumenta que os determinantes que apresentam mecanismos estruturais tendem a ter repercussões em diversos âmbitos. Assim, quando se vislumbra uma realidade específica que apresenta vulnerabilidade econômica (em relação à renda individual e familiar), sabe-se que existirá perpetuação dessa vulnerabilidade em outros campos de vida do paciente.

A condição de moradia também se apresenta como importante para a manutenção de um tratamento adequado, especificamente no período pós-transplante renal. Importa destacar que os cuidados realizados no pós-transplante são de fundamental importância para o êxito do tratamento. Por isso, a situação de moradia, sendo em local insalubre, com ausência de água potável, energia elétrica, saneamento básico, com condições ruins de habitabilidade, pode prejudicar o estado de saúde do paciente, principalmente durante o período posterior a cirurgia.

A dependência química e seu tempo de abstinência também apresentam fatores significativos para a apreensão de resistências e limites terapêuticos, (re) direcionando as ações da equipe multiprofissional. A dependência ativa do paciente, do familiar e do cuidador interfere no direcionamento dos recursos terapêuticos e pode impossibilitá-lo de obter uma recuperação efetiva.

No âmbito do transplante renal do HUWC, as principais expressões da questão social identificadas pelos assistentes sociais reportam-se a pessoas sem referência

familiar; população em uso abusivo de álcool e tabaco; desigualdades em relação à área da residência, grau de escolaridade, situação trabalhista não formalizada, renda familiar abaixo de ¼ de salário mínimo, falta de acesso a programas e benefícios sociais, condições de moradia e de saneamento básico insalubres. Vale destacar que se entende que essas manifestações não acontecem apenas em sua singularidade, mas dizem respeito às bases que fundamentam a sociedade capitalista e expressam as contradições entre capital e trabalho.

A partir da identificação destas desigualdades identificadas, que evidenciam como os usuários vivem, são planejadas e sistematizadas ações de articulação com as políticas públicas sociais e o acompanhamento dos casos referenciados a rede socioassistencial. Os principais encaminhamentos sociais realizados são direcionamentos ao Centro de Referência da Assistência Social, Instituto Nacional de Seguro Social, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Promotorias de Saúde, Defensoria Pública, Centro de Atenção Psicossocial geral e álcool-droga, Centro de Referência Especializado da Assistência Social, Departamentos de Trânsito, além de Casas de Apoio municipais, ou entidades de acolhimento provisórias sem fins lucrativos. São realizadas ainda orientações sobre programas e benefícios assistenciais e previdenciários, requisição do cartão de gratuidade nos transportes públicos, inscrição no cadastro único, acesso ao Tratamento Fora de Domicílio, utilização de procuração e notificação em casos de violência.

Assim, a partir da análise dos pontos da entrevista social, pode-se compreender sobre os variados aspectos que envolvem o tratamento de saúde. Importa associar essas temáticas, que parecem isoladas, com a totalidade que constrói diversas formas de desigualdade. Na entrevista estudada, com fins práticos, os temas foram alocados de modo a possibilitar e facilitar a avaliação do assistente social, permitindo a percepção de condições favoráveis e desfavoráveis para a realização do transplante. Contudo, particularmente para o serviço social, torna-se relevante transpor os aspectos trabalhados de forma separada e realizar uma análise amplificada sobre a realidade.

O estudo dos principais pontos da entrevista social possibilita, deste modo, a apreensão da sua relevância no processo interventivo profissional, bem como na elaboração de dados que abordam a influência dos determinantes sociais na saúde da população. Os pontos avaliados facilitam o conhecimento da realidade do paciente e o direcionamento das ações profissionais voltadas aos determinantes sociais que limitam, não só o tratamento de saúde, mas outros aspectos de vida do usuário. Com base nesse entendimento, criam-se possibilidades, meios de acesso aos direitos sociais e caminhos a serem traçados pela equipe multiprofissional.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde, em sua evolução histórica, incorporou sentido abrangente. Conseguimos apreender que saúde não é apenas o oposto de doença, mas sua concepção compreende o ser humano de forma integral, considerando sua situação de vida e trabalho. Por isso, os estudos, políticas, ações e intervenções na área da saúde tornaram-se cada vez mais transversais, incorporando diversos saberes e permitindo que o paciente não seja mais percebido somente através de sua doença.

Desse modo, a avaliação realizada pelo serviço social no período pré-transplante renal, norteada pelo instrumento da entrevista, possui o intuito de pontuar os principais critérios para que o profissional conheça a realidade que permeia as condições de vida do paciente. Assim, é possível compreender a existência de vulnerabilidades que possam influenciar no processo de saúde/doença.

Tendo em vista as reflexões trazidas no decorrer do trabalho, podemos considerar que a entrevista social é efetiva na condução da avaliação social no período pré-transplante. Percebemos alguns parâmetros centrais para que seja possível a análise de situações que podem impossibilitar o tratamento continuado e tornar-se prejudicial para o usuário que precisa de transplante.

Todavia, a avaliação realizada pelo assistente social demanda um olhar aprofundado sobre a realidade apresentada, sendo ela complexa e contraditória. Os profissionais deparam-se com situações de vulnerabilidade que, muitas vezes, não são assistidas pelas políticas públicas e que impossibilitam ações básicas e cotidianas do tratamento, como deslocamento, alimentação adequada, moradia com infraestrutura favorável etc.

Por isso, devemos estar atentos à análise crítica e embasada dessas demandas, considerando que o trabalho do assistente social na saúde é atuar justamente nessas contradições e na garantia do acesso ao sistema de saúde. Esse desafio deve pertencer também a todos os profissionais da equipe multiprofissional, para que a terapêutica proposta ao paciente seja traçada considerando os determinantes de saúde e o seu contexto social, econômico e cultural.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/ Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf. Acesso em 19 mar. 2019.

CARVALHO, Antônio I. Determinantes sociais econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúdebrasileiro:** população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. **Capacitação em Serviço Social e política social**, v. 4, p. 53-63, 2000.

_____; SANTOS, C. M.; BACKX, S. (orgs). **A dimensão técnica operativa do serviço social: desafios contemporâneos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 38. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MARQUES, C.J; NASCIMENTO, E.M. **Transplante de orgãos: uma Análise à luz do Serviço Social.** Rev. Episteme Transversalis, Volta Redonda-RJ, v.7, n.2, p.141-150, juL./dez.2016

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes: Limitada, 2011.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec , 2014.

NOGUEIRA, V. M. R**. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, Campinas, v. X, n. 12, 2011.

OLIVEIRA, M. J. I.; SANTO, E. E. **A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social**. Caderno Saúde e Desenvolvimento. vol. 2, n.2, jan/jun. 2013.

PIMENTEL, Alessandra. **O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica.** Cadernos de pesquisa, n. 114, p. 179-195, 2001.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Desafios à pesquisa no Serviço Social**: da formação acadêmica à prática profissional. Revista Katálysis, v. 10, n. 3, p. 64-72, 2007.

RIBEIRO, Cristina. **Família, saúde e doença: o que diz a investigação**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, p. 299-306, 2007.

CAPÍTULO 2

A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO PRÁTICA POTENCIALIZADORA NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGA: UM ENSAIO TEÓRICO

Paola Lopes Lima
Psicóloga - Universidade Federal do Ceará (UFC); Especialista em Saúde Mental – Centro Educacional Ícone
Sobral - CE

Karina Oliveira de Mesquita
Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
Sobral - CE

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a estratégia de redução de danos como prática de cuidado potencializadora no cuidado ao usuário de drogas, atuando como política que vai de encontro à política proibicionista de guerra às drogas, que estigmatiza o usuário, não considerando a sua particularidade e os contextos que o levaram até o vício. Trata-se de um ensaio teórico e para a obtenção do referencial teórico foram feitas buscas de textos e artigos em sites e através da base de dados Scielo, utilizando-se dos seguintes termos: saúde mental; drogas; loucura; Reforma Psiquiátrica; e redução do dano. Foram buscadas também publicações em manuais, cartilhas, leis e documentos que versassem sobre a política de drogas no Brasil, a problemática do uso e abuso de drogas e a redução de danos. Primeiramente, foi realizado um resgate histórico dos diferentes contextos socioculturais quanto ao uso de drogas. Posteriormente foi feito um resgate sobre as políticas sobre drogas no Brasil. Por fim, realizou-se uma reflexão sobre a estratégia de redução de danos, como ela surge e como ela atua como potencializadora no cuidado ao usuário de drogas.
PALAVRAS-CHAVE: Redução do dano; Saúde mental; Política de saúde.

HARM REDUCTION AS STRATEGY TO POTENTIALIZE THE CARE FOR DRUG USERS: A THEORETICAL ESSAY

ABSTRACT: The present article has as its purpose to reflect upon the harm reduction strategy as a way to potentialize the care practice of drug users, acting as a policy that goes against the prohibitionist policy of war on drugs, which stigmatizes the users and doesn't consider their particularities or the context that lead them to addiction. This is a theoretical essay and in order to obtain the thoretical references, researches of texts and articles were made in websites and through Scielo's database, utilizing the following terms: mental health; drugs; insanity; Psychiatric Reform; and harm reduction. Searches were also made in publications of manuals, guidebooks, laws and documents that addressed the drug policy in

Brazil, the matter of drug use and drug abuse as well as harm reduction. First and foremost, a historic study of the different sociocultural contexts concerning drug use was performed. Secondly, a study on drug policies in Brazil was made. Finally, observations were made about the harm reduction strategy, how it emerges and how it acts as a way to potentialize the care practice of drug users.
KEYWORDS: harm reduction; mental health; health policy.

1 I INTRODUÇÃO

A redução de danos é uma política de saúde que tem como pressuposto a redução dos danos causados pela droga, sejam eles de natureza biológica, social e/ou econômica, sendo uma política pautada no respeito ao indivíduo e em seu direito de consumir drogas (ANDRADE et al, 2011 apud POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008).

A redução de danos surge como uma estratégia de cuidado que questiona os consensos sociais que se dão à droga e ao usuário desta, permitindo dar voz ao usuário e abrindo caminho para o entendimento de que há diferentes relações de uso da droga, sendo, assim, uma política que vai de encontro à política de guerra às drogas. Essa estratégia permite a possibilidade de se pensar como o usuário pode conviver com o consumo da droga, preconizando o autocuidado e a redução dos riscos – sociais e à saúde - que a droga pode causar. Dessa forma, essa estratégia se faz importante na medida em que considera a escolha do sujeito, o que acaba permitindo uma maior aproximação do mesmo com os dispositivos de saúde, visto que o sujeito, ao ser colocado como protagonista do cuidado à sua saúde, passa a se sentir parte daquilo, promovendo uma maior sensação de pertencimento.

Assim, pensando a redução de danos como estratégia no cuidado ao usuário de droga que considera a particularidade de cada sujeito, justifica-se esse estudo ao pensar a redução de danos como uma prática de cuidado que foge da lógica da abstinência total a partir do momento que pensa na singularidade do sujeito, considerando que muitos usuários não conseguem – e nem querem – largar a droga.

Por ser uma prática de cuidado que foge da abstinência, a qual é a estratégia mais difundida quando se trata do uso de drogas, a redução de danos muitas vezes é vista como uma tática de cuidado que prega e/ou estimula o uso da droga, quando, na verdade, ela apenas evita intervenções de cunho autoritário e preconceituosas. Essa ideia de apologia e/ou estímulo ao uso de drogas é vista, principalmente, por ainda haver um julgamento moral e preconceituoso quanto ao consumo de drogas, bem como um estigma em relação ao usuário da droga, havendo uma tendência a associar este à criminalidade, o que faz com haja um fortalecimento das práticas de exclusão do usuário. Quem parte desse discurso não entende, porém, que, antes de mais nada, é preciso haver uma aceitação e respeito à liberdade e autonomia do indivíduo que passa por uma situação problemática de dependência química, que

vai muito além do uso por lazer, mas que perpassa, até mesmo, uma situação de vulnerabilidade social.

A redução de danos, como estratégia que considera a singularidade do indivíduo e o contexto sociocultural da drogadição, atua como uma política que foge do discurso preconceituoso e estigmatizante que perpassa o uso de drogas. Assim, ao contrário de ser uma política que muitos acreditam que faz apologia à drogadição, a redução de danos é uma possibilidade de se pensar outras formas de cuidado ao usuário de droga que não seja apenas a abstinência total, partindo de uma perspectiva que foge da lógica repressiva e descriminalizante e que pactua com uma lógica mais humanizada.

Segundo Machado e Boarini (2013), a droga e seu uso perpassa outras esferas que não somente o comportamento individual, tendo também como esferas importantes a social, a econômica e a política, as quais determinam – e influenciam – o comportamento do sujeito. Assim, ao se pensar em uma prática de cuidado que foge às perspectivas proibicionistas de guerra às drogas, a redução de danos possibilita abrir espaço para uma reflexão e compreensão da droga como um fenômeno multideterminado. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo evidenciar a importância da estratégia de redução de danos no cuidado ao usuário de drogas.

2 I METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa teórica, de abordagem qualitativa. Segundo Demo (2004) a pesquisa teórica é “dedicada a reconstruir teorias, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos”. Este tipo de pesquisa não implica na imediata intervenção na realidade através de coleta de dados e pesquisa de campo, mas busca estabelecer uma discussão teórica sobre determinado tema.

Para construção do estudo, foram feitas buscas de textos e artigos em sites e através da base de dados Scielo, utilizando-se dos seguintes termos: saúde mental; drogas; loucura; Reforma Psiquiátrica; e redução do dano. Foram buscadas também publicações em manuais, cartilhas, leis e documentos que versassem sobre a política de drogas no Brasil, o uso de drogas e a redução de danos. A pesquisa foi desenvolvida no período de fevereiro a março de 2018.

Em um primeiro momento, optou-se por fazer um breve histórico sobre os diferentes contextos sociais e significados atribuídos à droga, bem como os controles sociais sobre o uso de droga em diferentes períodos históricos. Depois, é feito um resgaste histórico sobre política de drogas no Brasil, como ela se inicia e as transformações por quais ela passou. E por fim, buscou-se explanar como surge a redução de danos, seu conceito e sua utilização como estratégia de saúde pública – e mental - no Brasil.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Os diferentes contextos socioculturais quanto ao uso de drogas

A droga e seu uso nem sempre foram vistos de maneira nociva. Os conceitos em relação à droga foram modificando ao longo do tempo, de acordo com o contexto histórico, cultural, e também, a partir dos motivos referentes ao seu consumo. Além disso, até hoje existem diferentes interpretações quanto ao uso da droga e as consequências quanto ao seu consumo. Nos dois últimos séculos, porém, segundo Poaires (1999) apud Nunes; Jólluskin (2007), a droga passa a assumir uma tripla dimensão: a de mercadoria; a lúdica e/ou terapêutica, se colocando como uma fonte desinibidora no convívio social, e também, como uso no tratamento médico; e, por fim, a dimensão de objeto e origem do crime.

Na Antiguidade as drogas eram vistas como elo de ligação para o contato com as entidades divinas. Entretanto, outros fins foram se desenhando durante esse período histórico quanto ao consumo de drogas, sendo também reconhecidas como fonte de prazer e aplicação médica e farmacêutica. Nesse período, portanto, o uso de drogas era raramente associado como uma ameaça à saúde ou à ordem constituída (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Na Idade Média, influenciado pela forte presença do cristianismo, o qual passa a exercer, através da Igreja Católica, sua hegemonia cultural e ideológica, o emprego de drogas para fins terapêuticos passou a ser considerado como sinônimo de bruxaria e paganismo. O uso de droga passou a ser estigmatizado e isso se deu, principalmente, devido ao fato de que a dor e a mortificação da carne eram consideradas como uma forma de aproximação a Deus. Logo, seu uso para fins terapêuticos, deveria ser punido. Estas acusações serviam, evidentemente, a fins políticos e econômicos, visto que, o poder da Igreja Católica era hegemônico durante a Idade Média. É, portanto, a partir desse período, que o uso de droga passa a ser associado como um perigo à sociedade (BRASIL, 2014).

A campanha americana antidrogas, principalmente no período pós-guerra, fez com que fossem aprovadas leis que controlassem a proibição – e comercialização - de drogas como o ópio e a cocaína (e seus derivados) nos Estados Unidos, bem como, a Lei Seca em 1920. Esta última proibia o consumo de bebidas alcóolicas. O que aconteceu, porém, com essa política de proibição foi um aumento do consumo de bebidas alcóolicas, bem como a promoção de um violento comércio ilício destas, que passaram a ser produzidas sem qualquer cuidado e/ou supervisão (BRASIL, 2014).

Essa política antidrogas, capitaneada pelos Estados Unidos, foi acatada – e ainda é - por vários outros países, como uma tentativa de resolver os problemas ocasionados pelo consumo, produção e comércio das drogas, sendo pautada por políticas de abstinência e erradicação total do uso de drogas. O que essa política

de proibicionismo não considera, porém, são as heterogeneidades dos modos de consumos, razões e valores que sustentam o uso de substâncias psicoativas. Não considera, assim, o contexto em que o sujeito que utiliza a droga se encontra. Além disso, o proibicionismo não envolve toda a população, sendo afetada, principalmente, por essa política, uma parcela marginalizada da população, que é a principal criminalizada pela drogadição.

A estratégia de guerra à drogas, porém, começou a ser questionada, pois, mesmo com a repressão, o consumo de drogas continuava aumentando e os usuários, excluídos e estigmatizados pela sociedade, sendo a droga considerada apenas um problema de segurança pública e da Justiça, deixando de lado, assim, a problemática das drogas no contexto da saúde pública.

Essa questão do proibicionismo é pauta de muitas discussões até hoje. Afinal, a proibição faz mesmo com que o sujeito não use drogas? Esse questionamento, ao observar a realidade atual, só reforça a ideia de que a política de guerra às drogas não esgota o fenômeno das drogas, mas, muito pelo contrário, gera uma série de desdobramentos negativos, como a exclusão social e a violência, afinal, com a proibição do consumo, há um aumento do tráfico e um monopólio de mercado nas mãos das organizações criminosas. Além disso, com a proibição, por haver um mercado através do tráfico, há uma diminuição da qualidade do produto, o que faz com que o uso da droga traga consequências negativas para a saúde do usuário.

3.2 Breve histórico sobre política de drogas no Brasil

É somente na década de 1920 que o Brasil cria sua primeira intervenção política sobre a droga através de uma lei restritiva sobre o uso do ópio e da cocaína. Essa primeira medida registrada, considerada como o marco inicial do Brasil no controle sobre as drogas, era proveniente do campo da Justiça e da Segurança Pública e tinha como medida interventiva para com o usuário de droga a internação e o isolamento social. Na década seguinte, em 1938, foi publicada uma regulamentação, estabelecida no Decreto-Lei nº 891, que reconhecia a necessidade de uma fiscalização em relação ao uso de entorpecentes, reafirmando ainda a condenação do ópio e da cocaína e incluindo também drogas como a maconha e a heroína (MACHADO; BOARANI, 2013).

60 anos depois começam a surgir as primeiras legislações sobre essa temática. A Lei nº 6.368 de outubro de 1976, mais conhecida como “Lei de Entorpecente”, dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, bem como ao uso e abuso de substâncias entorpecentes que pudessem levar a dependência química. Até 1988, o governo federal priorizava políticas proibicionistas através da repressão ao tráfico de drogas em detrimento de ações focadas em prevenção, destinando a maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta. Além disso, as políticas públicas relacionadas às drogas, no âmbito federal, estavam sob responsabilidade do Conselho Federal de Entorpecentes (Cofen), o qual era vinculado ao Ministério da

Justiça (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009). É com a Lei nº 6.368/76 que a legislação rompe com a lógica das previsões anteriores na equiparação entre porte, consumo e comércio, tratando estas condutas com punições distintas. Se por um lado, houve um aumento de punição para a conduta do tráfico, por exemplo, por outro lado, houve um abrandamento das condutas relacionadas ao consumo (CHAVES, 2013) O que se mostra evidente é que as primeiras políticas sobre drogas no Brasil foram fortemente influenciadas por políticas proibicionistas, sendo mais relacionadas com questões de segurança pública do que de saúde pública.

Em 2005 o Brasil aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), na qual foram estabelecidos os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que as ações da oferta e da demanda fossem realizadas de forma articulada e planejada (BRASIL, 2014). A PNAD propunha uma interação entre governo e sociedade como uma forma de realinhar a política brasileira sobre drogas e tem como alguns pressupostos: a busca por um ideal de sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; o tratamento diferenciado entre o usuário, a pessoa de uso indevido, o dependente e o traficante de drogas; a busca pela conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas alimenta as atividades e organizações criminosas; a priorização da prevenção do uso indevido de drogas; a elaboração de um planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, o armazenamento, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas; o reconhecimento do uso irracional de drogas ilícitas como fator importante na indução da dependência, devendo, assim, ser objeto de um adequado controle social; entre outros. A PNAD também propunha estratégias de redução de danos como medida de intervenção, preventiva, assistencial e de promoção da saúde, reconhecendo em seus pressupostos que essa política não deve ser confundida como um incentivo ao uso de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (BRASIL, 2010).

Como um passo fundamental para implantação da PNAD, foi aprovada em 2006 a Lei 11.343/06, a qual foi responsável por instituir o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), prescrevendo ainda medidas para prevenção de uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. A lei também é responsável por estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, além de definir alguns crimes (BRASIL, 2006).

A Lei 11.343/06 trouxe como inovação a despenalização do porte para uso de drogas, ou seja, há um reconhecimento do caráter criminal da punição para o uso de drogas, mas não há uma previsão para a pena de prisão. Além disso, essa lei segue a tendência internacional de reconhecer a diferença entre usuários/dependentes e aqueles envolvidos no tráfico de drogas, oferecendo sanções jurídicas que possibilitem reconhecer tais diferenças (BRASIL, 2014).

A redução de danos também se mostrou presente na história da política de drogas no Brasil. A Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005 regula a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, devendo essas ações serem dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, sendo uma estratégia que visa reduzir os riscos associados ao uso da droga sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005). Essa Portaria, porém, prevê também a utilização da redução de danos como prática de cuidado que deve compreender ações de saúde que viabilizem a informação, educação e aconselhamento, assistência social e à saúde e a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites (BRASIL, 2005). É a partir do reconhecimento e regulação da redução de danos como prática de saúde por essa Portaria que esta estratégia começa a aparecer em outras legislações, sendo reconhecida como uma estratégia fundamental no cuidado ao usuário de drogas.

O que se pode perceber é que, com o passar dos anos foram sendo desenvolvidas políticas que não focassem apenas na repressão, mas que repensassem a droga e a dependência a ela como um fenômeno complexo, que exige a compreensão do contexto sociocultural, familiar e pessoal do indivíduo e que deve ser associada a uma questão de saúde pública.

3.3 A potencialidade da redução de danos como estratégia de cuidado ao usuário de drogas

No que diz respeito a origem da redução de danos, esta surge inicialmente na Inglaterra, em 1926, através do *Relatório Rolleston*, no qual um grupo de médicos determinou que a maneira mais adequada de tratar dependentes de morfina e cocaína era realizando uma administração moderada do uso dessas drogas. Assim, os médicos prescreviam o uso dessas substâncias para os usuários como uma forma de tratamento, tendo como objetivo proporcionar ao dependente químico uma vida mais estável e produtiva. Havia, porém, algumas condições para essa prescrição: como um manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com objetivo de cura; quando ficasse constatado que, depois de prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse demonstrado que o paciente seria capaz de levar uma vida produtiva se uma dose mínima da droga fosse prescrita regularmente (FONSECA, 2012).

Em meados da década de 80, com a disseminação do vírus da AIDS, começou a haver uma preocupação maior com a questão da transmissão desse vírus, o que, consequentemente, trouxe um novo olhar para a questão das drogas, visto que a transmissão desse vírus poderia se dar também pelo compartilhamento de agulhas e seringas. A redução de danos é, assim, retomada. A partir dessa perspectiva, surge a necessidade de ações preventivas efetivas que cujos resultados não dependessem

da aderência destes pacientes ao tratamento que visasse à abstinência. É, dessa forma, que surgem os primeiros centros distribuidores de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2008)

Com o advento da epidemia da AIDS, acreditava-se, primeiramente, que os proliferadores da epidemia eram os chamados 4 H's (homossexuais, hemofílicos, haitianos e viciados em heroína), sendo estes denominados grupos de risco e tendo como principal medida de intervenção para com estes grupos o isolamento. A proliferação da AIDS nos anos subsequentes, porém, exigiu uma formulação mais ampla sobre o fenômeno do que o conceito de grupos de risco e de intervenções mais eficazes, fazendo com que esse conceito mudasse para o de comportamentos de risco. Essa mudança de conceito fez com que houvesse certa diminuição do estigma e culpabilização que o conceito de grupo de risco trazia, visto que, este último, acabava que por categorizar os sujeitos que se enquadravam nos grupos de risco, estigmatizando-os. Essa mudança permitiu também com que houvesse uma generalização dos cuidados e a prevenção para toda a população que apresentasse um comportamento de risco de contágio pelo vírus. Assim, dentre os comportamentos de risco, estava o de compartilhamento e reutilização de agulhas e seringas (MACHADO; BOARANI, 2013). A redução de danos foi assim pensada, a partir desse contexto de epidemia do vírus da AIDS, como uma forma de prevenção do vírus, sendo voltada, inicialmente, para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis e, posteriormente, como uma estratégia voltada especificamente para os usuários de drogas.

No Brasil, a redução de danos aparece pela primeira vez na cidade de Santos, no ano de 1989, quando um serviço começou a fazer distribuição de agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis com o intuito de conter a disseminação do vírus da AIDS. O Ministério Público, porém, embargou o projeto e apreendeu o material por considerar que o mesmo fazia uma apologia ao uso de drogas ilícitas. É somente na década de 90 que a redução de danos começa a se firmar no país como política governamental (FONSECA, 2012).

A redução de danos é uma política de saúde que tem como proposta principal a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautando sua prática no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Dessa forma, a redução de danos é uma política que escolhe trabalhar para minimizar os efeitos negativos que o uso e o abuso de drogas pode ocasionar ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los.

A redução de danos surge, assim, como uma prática alternativa às estratégias proibicionistas de guerra às drogas, as quais tem em seu modelo a priorização da redução da oferta de drogas, relegando a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como pilares o modelo criminal e moral, o qual preconiza a criminalização do consumo e tráfico, prevendo o encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, o qual vê a dependência como uma patologia de origem biológica (MACHADO; BOARINI,

2013)

A política de guerra às drogas se mostra ineficaz por não considerar a dependência a partir do contexto sociocultural, familiar e individual do sujeito, tendo a intolerância ao uso e a abstinência total como principal medida para o cuidado ao usuário de drogas. O proibicionismo, porém, nunca impediu e nem nunca irá impedir que o consumo de drogas continue ocorrendo. Os resultados dessa estratégia foram e são, muitas vezes, questionados visto que, o consumo continua crescendo, bem como a violência advinda do tráfico e a exclusão social. A política de guerra às drogas, dessa forma, não responde de forma eficaz e eficiente os problemas que podem ocorrer a partir do fenômeno da drogadição. Além disso, a política de guerra às drogas estigmatiza o usuário através dos julgamentos morais que dá ao consumo de droga, não compreendendo o contexto socioeconômico, familiar e individual do sujeito e nem distinguindo os diferentes usos e as diferentes dimensões de danos associados aos mesmos. Pelo contrário, esse paradigma rotula, segundo Fonseca (2012) o usuário de droga como o principal causador da violência urbana e da desordem familiar, numa tentativa da sociedade de minimizar a complexidade dos problemas sociais e livrar-se de sua responsabilidade sobre os mesmos.

A redução de danos foge dessa lógica, evitando julgamentos morais de certo ou errado e oferecendo alternativas de cuidado que visam a redução das consequências prejudiciais do comportamento dependente. Segundo Fonseca (2012), uma característica dessa estratégia é o respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo e respeito pela liberdade individual e de escolha. É uma prática de saúde baseada, sobretudo, na defesa do usuário e feita de “baixo para cima”. Além disso, a redução de danos baseia-se na experimentação empática, a qual tem como pressuposto a preocupação com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, preocupando-se com estar com – e para – o outro, buscando alternativas viáveis para aquele contexto e situação específica a partir do diálogo e da escuta.

Para o Ministério da Saúde, a adoção da redução de danos como estratégia de cuidado no tratamento de usuários de substâncias psicoativas tem como objetivo o resgate do papel autorregulador e da cidadania dos usuários, incentivando, assim, através da ampliação das relações e do fortalecimento do laço social e do incremento das possibilidades do sujeito dentro da sociedade, a inclusão e mobilização social do mesmo. Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza a estratégia de redução de danos como uma proposta que reconhece o usuário dentro das suas singularidades, considerando-o como uma política de marco ético no campo da prevenção e tratamento de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas (RIBEIRO; FERNANDES, 2013).

Como uma política que considera, antes de tudo, o contexto e a singularidade do sujeito, a redução de danos, em termos de saúde pública, é, provavelmente, uma das únicas estratégias capazes de verdadeiramente penetrar em todos os “círculos”

onde se encontram as drogas, mesmo aqueles em que há um consumo aceitável da substância, sem questionamentos sobre seus possíveis danos ou consequências (BRASIL, 2016).

Mais do que pela punição pelo comportamento considerado inadequado, essa estratégia presa pela saúde, se apoiando na promoção do exercício e respeito às diferenças, combatendo a exclusão social e a estigmatização do usuário de droga através do resgate da cidadania desse sujeito e a sua não culpabilização e marginalização, reconhecendo, antes de tudo, o seu papel na sociedade como portador de direitos ao invés da sua categorização como usuário de droga. Estes fatores são reconhecidos nas características que a redução de danos traz que, segundo Fonseca (2012) baseiam-se no foco da prevenção do dano (e não no uso da droga em si); foco nas pessoas que continuam a usar drogas; na proposta de controle e auto cuidado com relação ao uso da droga, permitindo o desenvolvimento do sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre as pessoas do círculo de relação, incentivando o protagonismo e a autonomia do usuário.

Os usuários, como parte do processo de cuidado, devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossociais, familiares e espirituais, independentemente do modo de como eles utilizam a droga. O que melhor caracteriza a redução de danos, portanto, é a flexibilidade no contrato com o usuário. Ao estabelecer vínculo, com o mesmo, esta prática de saúde facilita o acesso a informações e orientações, estimula a ida ao serviço de saúde, fazendo com que o sujeito se aproxime mais dos dispositivos de saúde, utilizando propostas diversas e construídas singularmente com cada usuário e a rede social do mesmo (FONSECA, 2012).

Por ser uma estratégia que foge da política de abstinência, a redução de danos, muitas vezes, é considerada como uma prática de saúde que faz apologia ao uso de drogas. A redução de danos, porém, não é contra a abstinência, mas é uma estratégia que abre um novo campo de possibilidades clínicas, colocando o usuário como protagonista do cuidado e evitando intervenções de cunho autoritário e preconceituosas que não visem somente como única e possível maneira de tratamento a abstinência. Considera a escolha do sujeito, entendendo, antes de mais nada, que é necessário garantir acesso a direitos e saúde a todos, inclusive para aquelas pessoas que não conseguem parar de usar drogas de imediato e, pensando assim, formas que possam ajudar os usuários a reduzir os efeitos danosos causados pelas substâncias.

Dessa forma, a redução de danos se mostra como uma estratégia potencializadora no cuidado ao usuário de droga, pois é feita com – e para – o usuário que não consegue (e nem mesmo quer) largar a droga, considerando o seu contexto biopsicossocial e cultural, colocando-o como protagonista do seu cuidado e estimulando a sua autonomia. É uma estratégia que acredita que não é retirando do sujeito a droga à força que assim irá acabar com o vício e nem mesmo ignora os motivos que levam as pessoas à dependência, sendo, ao contrário da política

de guerra às drogas, uma estratégia que vai de encontro ao tratamento moral e a estigmatização do usuário. É, por fim, uma política que não foca na droga em si, mas no usuário e na sua liberdade de escolha, incentivando a promoção de saúde e o protagonismo e autonomia do mesmo.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução de danos surge como política inovadora no cuidado ao usuário de drogas ao não colocar como única forma de cuidado a abstinência. Inicialmente, surge nos anos 80 como uma forma de conter a epidemia do vírus da AIDS, através da distribuição e/ou troca de agulhas e seringas. Posteriormente, passa a ser utilizada como prática de cuidado para com usuários de drogas no geral.

Até os dias atuais, não se costuma ouvir os usuários de drogas, seja pela categorização que se dá ao usuário ou seja por preconceito. A redução de danos surge, então, como estratégia que passa a dar voz a esse usuário, colocando-o como protagonista do seu cuidado e, dessa forma, permitindo com que o mesmo se aproxime mais dos dispositivos de saúde ao colocá-lo como autor do seu cuidado, fortalecendo vínculos e possibilitando e reconhecendo sua autonomia como sujeito de direitos.

A abordagem da redução de danos é, portanto, potencializadora a partir do momento em que oferece outro caminho que não seja apenas o da abstinência e por reconhecer o usuário em sua singularidade, traçando junto com ele estratégias para promover saúde. Não é, portanto, uma prática de cuidado imposta, mas construída juntamente com o usuário, considerando que este, como cidadão, ao gozar de liberdade escolha, pode escolher o caminho de não querer ou conseguir largar a droga. É, por fim, uma política humanitária, ética e que não prega os caminhos da moralidade.

REFERÊNCIAS

CHAVES, M. F. Construção proibicionista do consumo de drogas ilícitas e repercussões na legislação brasileira. Monografia – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento.** Rio de Janeiro: Templo Brasileiro, 2004

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para onselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF: MJ/NUTE-UFSC, 2014

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e política sobre drogas.** Brasília, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Atenção integral na rede de saúde:**

módulo 5. SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência sejam reguladas por essa Portaria.** Brasília, 2005.

FONSECA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia e saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L.; Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p.580-595, 2013.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN. Uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas**, v. 4, p. 230-237, 2007.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs). **Drogas e redução de danos:** uma cartilha para profissionais da saúde. São Paulo, 2008.

RIBEIRO, C. T.; FERNANDES, A. H. Tratamento para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e a da psicanálise. **Analytica**, v. 1, n. 2, jan/jun. 2013.

ROSA, E. Z.; SOUZA, M. E.; PINHEIRO, O. G. As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos,** v. 6, n. 6, nov. 2009. Disponível em: < https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2018

CAPÍTULO 3

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Leia Simone Agostinho de Sousa
Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI. Discente de Pós-Graduação em Saúde da Família, Saúde Publica e Docência do Ensino Superior – IESM, Teresina-PI.

Naiane de Sousa Silva
Enfermeira pela AESPI – Associação de Ensino Superior do Piauí.

Tágila Andreia Viana dos Santos
Enfermeira pela Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional - FATESP. Discente de Pós-Graduação em Saúde da Família pela UNIDIFERENCIAL, Teresina-PI.

Laiana Dias Prudêncio
Enfermeira. Discente de Pós-Graduação em Urgência e Emergência – IESM, Teresina-PI.

Thaís Nayara Silva Costa
Ac. Enfermagem - Centro Universitário Santo Agostinho-UNIFSA, Teresina-PI.

José Alberto Lima Carneiro
Acadêmico de enfermagem, pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI.

Ellane Patrícia da Silva Franco
Graduada em Enfermagem - Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI.

Gabriel Renan Soares Rodrigues
Graduando em enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina-PI.

Mariana de Fátima Barbosa de Alencar
Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Uninovafapi, Teresina-PI.

Marina Ribeiro da Fonseca
Enfermeira pela Uninassau, Teresina – PI.

Leilane Estefani Mota da Costa Ferreira
Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina – PI.

Nadiana Vieira Silva
Enfermeira pelo Colégio Universal/ Unifaculdades, Teresina – PI.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A assistência ao pré-natal compreende um conjunto de atividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que trariam maior nível de saúde para a mulher e para o concepto. O Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros. **OBJETIVOS:** Realizar um levantamento dos estudos referentes a importância daassistência ao pré-natal. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura elaborada no mês de maio de 2018. A busca foi realizada utilizando os descritores: cuidado pré-natal, parto, gravidez, usados isolados e em combinação com operador boleano *and*. Os dados foram coletados nas bases de dados LILACS e BDENF. Foram incluídos artigos nacionais e

internacionais que abordassem a temática, publicados no período de 2010 a 2018, e excluídos as dissertações, teses, artigos repetidos e anteriores ao ano de 2010. **RESULTADOS:** Foram encontrados 96 artigos, entretanto, após aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão e análise, selecionou-se apenas 8 artigos, sendo 2 artigos de 2012, 2 artigos de 2013, 1 artigo de 2014, 1 artigo de 2016, 1 artigo de 2017, 1 artigo de 2018. Observou-se que um atendimento de qualidade no pré-natal é de grande importância, pois pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil. Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que, a assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.O principal objetivo é prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais e que cada gestante vivencia de forma distinta.
PALAVRAS-CHAVE: Cuidado pré-natal, Parto, Gravidez.

THE IMPORTANCE OF PRE-CHRISTMAS ASSISTANCE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: Prenatal care comprises a set of activities aimed at identifying risks and implementing measures that would bring greater health to the woman and to the concept. The Ministry of Health recommends the minimum number of six visits for a full-term pregnancy, with prenatal start in the first trimester and some basic procedures, including clinical-obstetric and laboratory tests, among others. **OBJECTIVES:** To carry out a survey of the studies regarding the importance of prenatal care. **METHODS:** This is a literature review prepared in May, 2018. The search was performed using the descriptors: prenatal care, childbirth, pregnancy, used alone and in combination with Boolean and. The data were collected in the LILACS and BDENF databases. National and international articles dealing with the topic, published in the period from 2010 to 2018, were included, excluding dissertations, theses, articles repeated and prior to 2010. **RESULTS:** 96 articles were found, however, after applying the criteria inclusion, and exclusion, only 8 articles were selected, being 2 articles for 2012, 2 articles for 2013, 1 article for 2014, 1 article for 2016, 1 article for 2017, 1 articles for 2018. It was observed, quality care in prenatal care is of great importance because it can play an important role in reducing maternal mortality, as well as showing other benefits to maternal and child health. Thus, failure to perform or inadequate care in the care of pregnant women has been related to higher rates of maternal and infant morbidity and mortality. **CONCLUSION:**It is concluded that prenatal care is a set of clinical and educational procedures aimed at monitoring the evolution of pregnancy and

promoting the health of the pregnant woman and the child, leading them to immediate solutions to the Unified Health System. prenatal care plays a fundamental role in the prevention and / or early detection of both maternal and fetal pathologies, allowing a healthy development of the baby and reducing the risks of the pregnant woman. The main objective is to provide assistance to the woman from the beginning of her pregnancy, where physical and emotional changes occur and each pregnant woman experiences in a different way.
KEYWORDS: Prenatal Care, Childbirth, Pregnancy.

1 I INTRODUÇÃO

O acompanhamento ao pré-natal de qualidade configura-se como uma ação necessaria para detecção precoce e tratamento de intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o bebê. O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é primordial para a promoção da saúde materna e neonatal, e para dimunuição das taxas de morbimortalidade e mortalidade materna (CARDOSO et al., 2013).

É importante ressaltar que é direito da gestante ter uma assistência de qualidade, direito esse que é adquirido apartir do momento em que engravida. Por isso é dever do município dispor de serviços de saúde que propiciem assitência pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente adequado (BRASIL, 2011)

O pré-natal se inicia ainda no primeiro trimestre da gestação, as consultas devem ser agendadas afim de ser obter uma cobertura no necessária ao acompanhamento efetivo de acordo com o manual do ministério da saúde. As consultas devem ocorrer no mínimo um durante o primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Caso as consultas não ocorram no início da gestação e sem a sequência necessária para avaliação do binômio feto- mãe, o acompanhamento do desenvolvimento do feto pode ficar prejudicado, além de não conseguir detectar precocemente algumas doenças como a diabetes gestacional e pré-eclampsia, trazendo graves problemas para as gestates. Esses problemas podem ser controlados e verificados através do pré-natal durante toda a gravidez (ANDREUCCI; CECATI, 2011).

O período do pré-natal é o momento oportunuo para desenvolver ações educativas, essas ações podem ser realizadas nas unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabaho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimento e esclarecimento de dúvidas (ANVERSA et al., 2012).

A relevância deste estudo justifica-se pela necessidade de qualificação das ações de enfermagem no pré-natal, parto e nascimento, com o intuito de minimizar a morbimortalidade infantil. Em vista do exposto, objetiva-se realizar um levantamento

dos estudos referentes a importância da assistência ao pré-natal.

2 I MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão integrativa de literatura é um método que possibilita a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática , perante a necessidade de assegurar uma prática assistencial baseada em evidências científicas,permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos. A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, por sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para elaboração desta revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Os profissionais de saúde estão preparados para ofertar adequadamente o pré-natal?

A busca dos artigos foi realizadana Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), relacionado as produções científicas acerca da importância da assistencia ao pré-natal, no período de publicação de 2010 a 2018.

Foram utilizados os seguintes Descritores encontrados após uma consulta realizada em Ciência da Saúde (DECS): cuidado pré-natal, parto, gravidez, foram usados associados com o operador booleano *and*.

A princípio, para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores sem a utilização dos filtros, obtendo-se 96 artigos. Como critérios de inclusão a fim de refinar a amostra definiu-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, com acesso gratuito, no idioma português/inglês, indexados nas referidas bases de dados citadas, publicados no período de 2010 à 2018, e que representassem a temática em estudo, restando 35 publicações com possibilidade de análise. Foram analisados os resumos e elegidos para leitura do artigo na íntegra aqueles que estavam relacionados com a temática em estudo. Em suma, foram lidos todos os 35 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, e excluíu-se 7 publicações de artigos que se encontraram repetidos entre os demais, 14 publicação que não retratava a temática e excluídos mais 6 artigos de revisão integrativa, restando no total 8 artigos que foram selecionados por responderem à questão condutora do estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa. A seguir, um fluxograma sintetiza a busca dos 8 artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

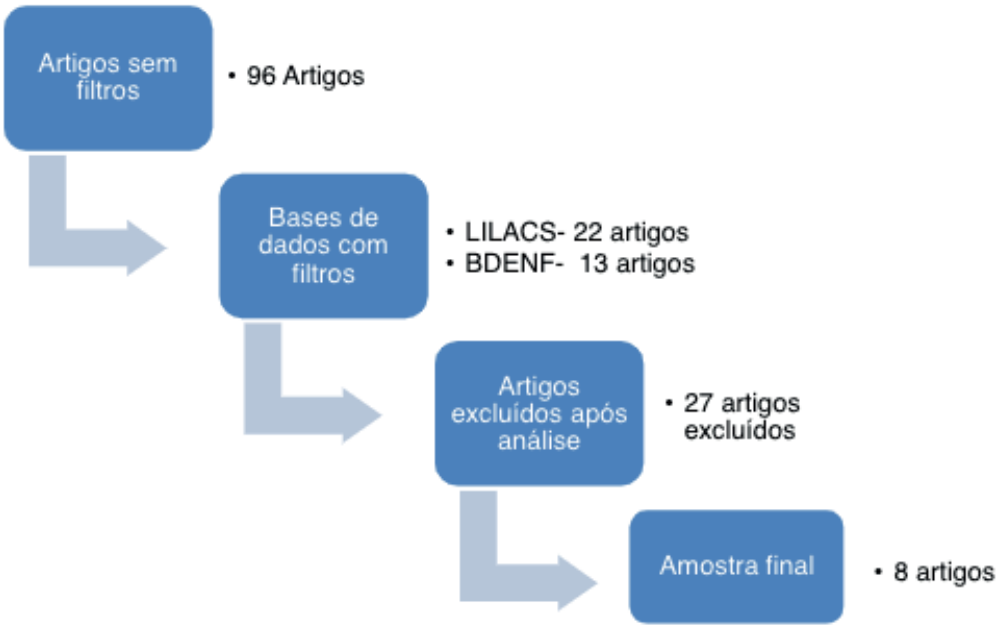


Figura 01 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

Com base nos resultados encontrados após a busca dos estudos na íntegra, foi realizada a análise dos dados em três etapas. Na primeira, foi utilizado um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A), que possibilitou a investigação e identificação de dados como: base de dados indexada; ano de publicação; nome do periódico; título; nome dos autores; metodologia; objetivo de estudo e conclusões. Na segunda etapa, foi realizada uma análise interpretativa e síntese dos artigos de modo a captar a essência do tema e a real ideia dos autores com intuito de atingir o objetivo previsto. Naúltima etapa, foram apresentados os resultados através da análise dos artigos incluídos, com a descrição das etapas percorridas.

3 I RESULTADOS

Após criterioso refinamento e análise, abordando os critérios de inclusão delineados, obteve-se a 8 artigos, dos quais como apresenta a tabela 1, verificou-se que os maiores números de publicações ocorreram nos anos de 2012com 2 artigos (25%), e 2013 com 2 (25%) artigos ao ano, obtendo-se esse resultado após a aplicação dos critérios de inclusão. Quanto à base de dados mais utilizada para publicação, o resultado foi igual, onde se obtiveram 4 (50%) artigos na BDENF e 4 (50%)artigos no LILACS, o método qualitativo obteve o maior predomínio 4 (50%) dentre as tipologias, descritivo com 1 (12,5%) , o retrospectivo com 1 (12,5%) e estudo transversal com 2 (25%). Observou-se que as pesquisas com mais de 3 autores tiveram a maior prevalência com 8 artigos (100%).

Ano de Publicação	Nº	%
2010	0	0
2011	0	0
2012	2	25
2013	2	25
2014	1	12,5
2015	0	0
2016	1	12,5
2017	1	12,5
2018	1	12,5
Base de Dados		
LILACS	4	50
BDENF	4	50
Método abordado		
Retrospectivo	1	12,5
Qualitativo	4	50
Descritivo	1	12,5
Estudo Transversal	2	25
Nº de Autores		
1	0	0
2	0	0
3	0	0
Mais de 3	5	100

Tabela 1 - Representação dos estudos segundo ano de publicação, base de dados, método abordado fins da pesquisa e número de autores.

Fonte: Base de Dados

Quanto aos principais aspectos metodológicos dos estudos analisados, observou-se através da tabela 2 os que tiveram maior prevalência, a entrevista foi o instrumento mais utilizado para coleta de dados com 4 (50%), a análise de documentos com 2 (25%) e outros com 2 (25%).Os sujeitos da pesquisa que tiveram maior prevalência como escolha foram puérperas com 5 (62,5%), enfermeiras com 1 (12,5%) e crianças com 1 (12,5%), o hospital foi o local com maior escolha com 5 artigos (62,5%), UBS ou ESF com 2 (25%), outros locais com 1 (12,5%) das publicações.

Instrumento de Coleta de Dados	Nº	%
Análise Documentos	2	25
Entrevista	4	50
Outros	2	25
Sujeitos da Pesquisa		
Puérperas	5	62,5
Enfermeiras	1	12,5
Crianças	1	12,5
Local da Pesquisa		
Hospital	5	62,5
UBS ou ESF	2	12,5
Outros Locais	1	12,5

Tabela 2 - Apresentação dos aspectos metodológicos quanto ao instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

Fonte: Base de Dados

As publicações encontradas no banco de dados do LILACS e BDENF, serão utilizados para elaborar a amostra do estudo, os mesmos foram analisados e discutidos buscando corresponder ao objetivo e questão norteadora proposta nesta revisão.

TÍTULO	AUTOR/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
Assistência ao pré-natal: Depoimento de enfermeiras	LEAL *et al.,* 2018	Rev. Pesq. Cuid. Fundamen.	Avaliar a assistência ao pré-natal de baixo risco realizada pelo enfermeiro no município de Lagarto/ Se.	São necessárias qualificações profissionais e educação permanente para enfermeiros voltados a atuação do pré-natal, com o principal objetivo de melhorar prognósticos, reduzir riscos e prestar o melhor cuidado a gestante.
Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre- RS	HASS et al., 2013	Rev. Gaúch. Enfer.	Avaliar a adequabilidade da assistência pré-natal de baixo risco, conforme a recomendação do Ministério da Saúde, quanto ao número mínimo de consultas, e verificar possíveis fatores associados.	Os registros demonstraram baixa adequação à totalidade dos critérios mínimos estabelecidos e poucos fatores parecem explicar esse cenário.
Inadequação do pré-natal em áreas pobres no nordeste do Brasil: Prevalência e alguns fatores associados	DIAS-DA-COSTA et al., 2013	Rev. BrasSaúd. Matern. Infan.	Identificar fatores associados à inadequação do pré-natal nos municípios de Caracol e Anísio de Abreu, ambos localizados no semi-árido piauiense, Região Nordeste do Brasil	Os resultados aqui apresentados mostram que mesmo entre os mais pobres persiste iniquidade na assistência à gestação e ao parto e que a maior probabilidade de realizar pré-natal inadequado permanece entre aquelas de maior idade e de pior escolaridade.

Assistência ao Pré-natal no Brasil	VIELLAS et al., 2014	Cad. Saúde Pública	Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012	Desafios persistem para a melhoria da qualidade dessa assistência, com a realização de procedimentos efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis
Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia.	PORCIUNCULA et al., 2017	Rev. Enf. UERJ	Conhecer o cuidado na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos no âmbito do SUS	Conhecer os cuidados pré-natais dessas mulheres pode representar as concepções que elas têm sobre a gestação, sendo uma referência importante para os profissionais que trabalham com essa população.
Qualidade do processo da assistência pré-natal: Unidades básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família em Município no Sul do Brasil	ANVERSA et al., 2012	Cad. Saúde Pública	Avaliar o processo da atenção pré-natal, verificando se existe diferença na qualidade do pré-natal ofertado nas UBS tradicionais e unidades de ESF de um município no Sul do Brasil.	A atenção pré-natal foi favorável à ESF, devendo ser melhorada em relação aos procedimentos e exames, a fim de aprimorar a assistência pré-natal e fortalecer a atenção primária à saúde.
Percepção das Gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na Atenção Básica	CAMPOS et al., 2016	Rev. J Nurs Health	Conhecer a percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica	Os cuidados técnicos aliados ao acolhimento, à comunicação e à promoção de saúde, conferem uma assistência integral, unindo as dimensões preconizadas no acompanhamento da gestação pelo profissional enfermeiro.
O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros	GUERREIRO et al., 2012	REME rev. Min. Enferm	Conhecer as concepções de gestantes e enfermeiros sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde.	Os profissionais devem trabalhar, além dos aspectos tecnológicos, aspectos humanísticos mediante atenção integral à mulher gestante.

Quadro 1- Distribuição dos estudos baseado no título do artigo, autor e ano, periódico,objetivos e conclusão

4 I DISCUSSÃO

No estudo de Hass*et al.,* (2013) foram realizadas 5,4±3,4 consultas de pré-natal, identificou-se que 53,7% das mulheres fizeram 6 ou mais consultas de pré-natal. Aproximadamente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 84,2% realizaram os exames, 19,1% tiveram a gestação considerada de alto risco e somente 2,1% preencheu a totalidade dos critérios baseados no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, tendo seu pré-natal considerado como “adequado”.

Em outro estudo, entre as 1640 mães participantes do estudo, 1580 (96,3%) se consultaram no pré-natal. O total de mulheres com cuidados de pré-natal considerado inadequado foi de 304 (19,2%). A análise mostrou que 292 mulheres fizeram menos de seis consultas e, ou, 80 consultaram depois do 120° dia. Entre as mulheres com pré-natal inadequado, 180 (20,3%) residiam no município de Caracol e 124 (17,9%) em Anísio de Abreu (DIAS-DA-COSTA *et al.,* 2013).

Já segundo o estudo de VIELLAS *et al.,* (2014) no país, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16º semana gestacional e 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A realização da assistência pré-natal no Brasil foi de 98,7%, sendo superior a 90%, independentemente da característica materna. Coberturas menores foram observadas em puérperas residentes na Região Norte, indígenas, com menor escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações.

Com isso, observou-se que a maioria das puérperas relataram ter iniciado o pré-natal no início da gestação. Embora o percentual de puérperas com menos de seis consultas ter sido inferior, ainda é algo que se busca diminuir por se tratar geralmente de mulheres multíparas, indígenas e com predominância maior no Norte do país.

O pré-natal foi classificado como adequado para 59% das gestantes. Para as gestantes das UBS a adequação foi de 56% e para as da ESF de 65%. (ANVERSA *et al.,* 2012). Em outro estudo, considerando o número de consultas, início do pré-natal, exames laboratoriais (uma vez durante a gestação) e a realização da consulta de puerpério, foram encontrados um percentual de 2,1% de pré-natal adequado (HASS *et al.,* 2013).

A mortalidade infantil por ocorrer principalmente no período neonatal, sua diminuição exige o aprimoramento dos cuidados de pré-natal e de qualidade assistencial no momento do parto (DIAS-DA-COSTA *et al.,* 2013). O cuidado humanizado e o acolhimento são fundamentais e estão diretamente relacionados à formação de vínculo, favorecendo a adesão da mulher às consultas e tornando possível o acompanhamento adequado da gestação. Os profissionais envolvidos neste período devem estar preparados para fornecer esses cuidados, garantindo a integralidade da assistência e buscando conhecer suas pacientes e transmitir empatia (CAMPOS, *et al.,* 2016).

A desvinculação entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. É preciso utilizar o conhecimento sobre a percepção das gestantes a respeito do pré-natal para construir um saber em comum com elas, explicando suas dúvidas e anseios, e impactando na saúde delas e de seus filhos, individual e coletivamente (PORCIUNCULA*et al.,* 2017).

Nesse contexto, percebe-se que além da grande importância na redução da

mortalidade infantil e materna, o vínculo gerado durante a consulta de enfermagem é valorizado pelas gestantes, gerando representações positivas à essa atenção recebida, questões que podem ser vistas como um dos diferenciais da consulta realizada pelo enfermeiro.

5 I CONCLUSÃO

Baseado nos resultados obtidos, a qualidade do pré-natal foi favorável, contudo, ainda tem muito a avançar. Evidenciou-se também que o cuidado recebido deve associado aos aspectos relacionais durante a consulta de enfermagem no pré-natal.

Conclui-se que, a assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde.A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.O principal objetivo é prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais e que cada gestante vivencia de forma distinta.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. **Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do Pré-natal e nascimento no Brasil: Uma revisão sistemática.** Cad Saude Publica (on line), v.27, n.6, p- 1053- 1064, 2011.

ANVERSA, E. T. R. *et al.,***Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.28 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Brasília: Ministério da saúde, 2011.

*CAMPOS M. L. et al.,***Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica**. Rev. J Nursinghealth, V. 6, N. 3 , 2016.

CARDOSO, L. S. M, *et al.* **Diferenças na atenção Pré- natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Estdo transversal de base populacional.** Ver min Enferm. Belo Horizonte, v. 17, n.01; Março, 2013.

DIAS-DA-COSTA, J. S.*et al.,***Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados**. *Rev. bras. saúde matern. infant; 13(2): 101-109, abr.-jun. 2013.*

GUERREIRO, E. M. *et al.,***Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros.** REME – Rev. Min. Enferm.;16(3): 315-323, jul./set., 2012.

HASS, C. N. et al., **Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS**.Rev. Gaúcha Enferm. vol.34 no.3 Porto Alegre Sept. 2013.

LEAL, N. de J.*et al.,***Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras** / Prenatalcare: nurses" testimonial. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 10(1): 113-122, jan.-mar. 2018.*

PORCIUNCULA, M. B. et al., **Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia**. Rev. Enferm. UERJ. v. 25, 2017.

VIELLAS, E. F. *et al.,***Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014

CAPÍTULO 4

A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES QUE BUSCAM O SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Bruna Caroline Silva Falcão

RESUMO: O planejamento reprodutivo faz parte de um contexto em que o ser humano assume de forma consciente e voluntária o comando sob seu destino, é uma forma de realizar o seu projeto de vida. As ações de planejamento reprodutivo dependem da tomada de decisão que inclui cultura, educação e condição econômica. O uso de métodos anticoncepcionais exige informações adequadas, disciplina, determinação, avaliação médica e controle periódico. Os profissionais de saúde desenvolvem diversas ações no Sistema único de Saúde, dentre elas auxiliar o paciente na escolha do método contraceptivo mais adequado. Diante disso objetivou-se analisar as produções científicas sobre as opções contraceptivas de usuárias que participam do planejamento reprodutivo. Tratou-se de uma revisão integrativa nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDILINE. Foram encontradas 16 publicações em português e 2 em inglês no período de 2007 a 2015, abordando a temática. O ano com maior número de publicações foi 2011 com sete publicações. Os estados que mais produziram foram São Paulo e Rio de Janeiro com oito publicações. Com a análise dos artigos é possível constatar que: os métodos mais utilizados são a pílula anticoncepcional, laqueadura tubária e o codom; ainda é atribuída a mulher a responsabilidade pela contracepção; grande parte das mulheres não possuem conhecimento sobre os direitos reprodutivos e sexuais; o planejamento reprodutivo privilegia a díade materno-infantil; as reuniões de planejamento reprodutivo são avaliadas positivamente pelas usuárias.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Reprodutiva, Planejamento Familiar, Anticoncepção.

ABSTRACT: The reproductive e planning is part of a context in which the human being assumes consciously and voluntarily the command under his destination is a way to realize their life plan, the reproductive planning actions depend on the decision-making that includes culture, education and economic status. The use of contraceptive methods requires adequate e in formation, discipline, determination, medical evaluation and periodic control. The Health professionals develop several actions in the Unified Health System, among them auxilar the patient in choosing the most appropriate contraceptive method. Therefore the objective was to identify and analyze the scientific production about contraceptive options users participating in reproductive planning. This was a systematic review in SCIELO, LILACS and MediLine databases. 16 publications were found in Portuguese and two in English in 2007

and 2015 addressing the issue. The year with the highest number of publications was 2011 with seven publications. With the analysis of articles it is clear that : the most commonly used methods are the pill , tubal ligation and the codom; It is still assigned to women the responsibility for contraception; most women lack knowledge about the reproductive and sexual rights; reproductive planning focuses on maternal and child dyad; the reproductive planning meetings are positively assessed by users.
KEYWORDS: Reproductive Health, Family Planning, Contraception.

1 I INTRODUÇÃO

A questão da contracepção, mesmo que represente apenas um aspecto do Planejamento Familiar, ainda é uma das muitas questões na luta das mulheres pela busca de seus direitos. A trajetória para o alcance dos direitos no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos faz parte das lutas de movimentos organizados, particularmente, o movimento de mulheres.

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População do Cairo conceitua saúde reprodutiva como:

> "[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica portanto que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha [...] que não sejam contra a lei[...]" (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.2: 41)

Nesse sentido, a contracepção como parte do contexto da saúde reprodutiva adquire papel inigualável e seu uso de forma inadequada implica vários agravos à saúde da mulher, como gravidez indesejada, gravidez na adolescência, abortamento ilegal e até mesmo aumento na mortalidade materna. Segundo o Ministério da Saúde de 2000 a 2010, dos novos brasileiros que vieram ao mundo, 43,8% foram partos por cesariana. O Ministério da Saúde passou a ver com preocupação esse índice, que ultrapassa em muito os 15% considerados adequados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A concentração maior se dá na rede privada, que atualmente faz 80% dos partos por cesariana, na rede pública, os partos por cirurgia são 40%. Segundo a UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas), em 2013, ocorreram 3,2 milhões de abortos inseguros envolvendo países em desenvolvimento, envolvendo adolescentes de 15 a 19 anos, estima-se que 70 mil adolescentes nos países em desenvolvimento morrem a cada ano por complicações durante a gravidez ou no parto e grande parte desse índice se deve à falta de planejamento reprodutivo.

O planejamento reprodutivo, assim, faz parte de um contexto em que o ser humano assume de forma consciente e voluntária o comando sob seu destino. É uma forma de realizar o seu projeto de vida. O uso de métodos contraceptivos exige

informações adequadas, disciplina, determinação, avaliação médica e controle periódico. Qualquer centro que se disponha a desenvolver planejamento reprodutivo deverá dispor de estrutura para promover essas ações e o acompanhamento necessário. Resulta isso a promoção de saúde da população alvo, pois assim há de ocorrer o que estabelece a lei brasileira: que o planejamento familiar contemple prevenção de câncer de cérvice, de mama, de pênis, de doenças sexualmente transmissíveis, de mortalidade materna e perinatal, além de oferecer assistência perinatal.

Portanto, o desenvolvimento dessas ações pressupõe uma tomada de decisão política que inclui cultura, educação e o necessário acompanhamento do profissional de saúde que precisa estar preparado para lidar com as questões inerentes à reprodução humana, tais como: gênero, sexualidade, corpo e outras de ordem social de forma que as pessoas possam se sentir assistidas, independentemente de suas condições socioeconômicas e financeiras.

Por outro lado, entende-se que a questão do acesso aos métodos, do gerenciamento dos serviços, a percepção de ações de atenção básicas de saúde da mulher como ações de rotina, o desconhecimento das usuárias sobre direito ao Planejamento Familiar e dos métodos, a leva muitas vezes a desconfiança sobre o seu uso pode levar a mulher/usuária sensação de insegurança e a busca por métodos definitivos que podem acarretar arrependimento futuro. Diante do exposto, questiona-se: Como o tema Planejamento Reprodutivo vem sendo pesquisado na Literatura? Em quais vertentes tem sido estudado? Em quais contextos? Quais metodologias estão sendo empregadas nos estudos? Estes questionamentos permitiram construir a questão norteadora do estudo: Quais as opções contraceptivas de mulheres que buscam o serviço de planejamento reprodutivo?

A necessidade de trazer à tona a discussão sobre a escolha de métodos contraceptivos por mulheres que buscam um serviço de planejamento reprodutivo em unidades de saúde que oferecem o serviço de planejamento reprodutivo surgiu de minha observação como estudante do curso de enfermagem, principalmente nas práticas de saúde da mulher, em que foi possível perceber a procura que ocorre atualmente nos serviços de planejamento reprodutivo pela realização de laqueadura tubária, sem que muitas dessas mulheres conheçam ou tenha usado métodos reversíveis. Algumas procuram os serviços para a busca de método em função da opção ser indicada por profissional de saúde. Outra questão que chama atenção é o número de gestações não planejadas e ausência de homem no processo.

Nesse sentido, faz-se necessária a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde, possibilitando a população maior acesso, melhor processo de educação em saúde, profissionais qualificados, levando as mulheres a uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.

Portanto, a relevância do estudo repousa não só na possibilidade de ampliar o conhecimento acerca da temática, tendo como foco a contracepção, mas pode

levantar várias perspectivas no sentido de viabilizar ações que permitam ampliar o atendimento e o direito das mulheres no contexto de planejamento reprodutivo.

2 I MÉTODOS

O método utilizado para realização deste trabalho foi a Revisão integrativa da literatura, objetivando o agrupamento dos estudos relacionados para efeito de análise. O termo "integrativa" tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, sendo um método que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (WHITEMORE E KNAFL, 2005).

Uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular (BROOME, 2006). A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica (BENEFLELD, 2003), possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT, 2006). Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para a elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, A partir daí realiza a busca para identificar e reunir o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. O revisor determina criticamente os critérios e métodos aplicados no desenvolvimento dos diversos estudos selecionados para determinar se são convenientes metodologicamente. Logo haverá um restrito número de estudos que darão suporte na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática. Por fim, os dados são interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa.

O período para coleta de dados foi de abril a junho de 2015. A busca foi direciona para as publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletronica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Internacional em Saúde (MEDLINE/PUBMED). Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, os conteúdos de língua inglesa, como também referências técnico-científicas, e periódicos conceituados da área da saúde.

Foram utilizados como descritores: "planejamento familiar", "anticoncepção" e

"saúde reprodutiva", apenas dos anos de 2007 a 2015, pois nesse período ocorre um maior número de publicações a respeito do tema. Os critérios de inclusão foram: estudos publicados em português ou inglês, em formato de artigos, estudos publicados no período de 2007 a 2015 e artigos que respondessem a questão proposta. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisados; trabalhos que não respondessem à questão proposta ou que não se encontrem no período de tempo apresentado.

Foi elaborado um instrumento para coleta dos dados, contemplando as seguintes variáveis: identificação do pesquisador, país de origem, instituição, ano de publicação, volume, tipo de estudo, descritores, delineamento da pesquisa, objetivos do estudo, resultados e conclusões. Após o levantamento, identificaram-se 17 artigos, sendo 15 em português e 2 em inglês, pois apenas estes artigos respondiam à questão levantada no estudo.

3 I RESULTADOS

Ao realizar a busca pelos artigos na base de dados SCIELO foram encontrados um total de 5088 artigos, destes 117 correspondiam ao descritor planejamento familiar, dos quais 4 artigos foram selecionados, 33 correspondiam ao descritor anticoncepção, dos quais 2 artigos foram selecionados e 4938 correspondiam ao descritor saúde reprodutiva, dos quais 2 artigos foram selecionados. Na base de dados LILACS foram encontrados um total de 724 artigos, dos quais 290 correspondiam ao descritor planejamento familiar, dos quais 3 artigos foram selecionados, 173 ao descritor anticoncepção, dos quais 3 artigos foram selecionados e 261 ao descritor saúde reprodutiva, dos quais 3 foram selecionados. Na base de dados MEDLINE foram encontrados um total de 1530 artigos, dos quais 304 correspondiam ao descritor family planning, onde apenas 1 artigo foi selecionado, 484 ao descritor contraception, onde apenas 1 artigo foi selecionado e 742 ao descritor reproductive health, no qual não foi selecionado nenhum artigo, pois não respondiam a questão proposta no estudo, conforme demonstrado na tabela abaixo. Na avaliação foi realizada leitura completa de cada artigo, com intuito de compreender os principais aspectos abordados. Na interpretação dos resultados, seguiu-se à leitura comparativa entre os artigos, verificando-se as similaridades e procedendo-se ao agrupamento de temas comuns em eixos a serem explorados.

4 I DISCUSSÃO

A partir da interpretação dos achados foram construídas três temáticas: 1) uso e conhecimento dos métodos contraceptivos; 2) fatores que influenciam a escolha do método contraceptivo; 3) conhecimento sobre planejamento reprodutivo.

Temática 1 - Uso e conhecimento dos métodos contraceptivos.

Um dos estudos analisados evidenciou que (86,7%) das mulheres informou que utilizou algum método contraceptivo ao menos uma vez, 36,7% utilizam o método anticoncepcional oral, e 26,7% utilizam o método anticoncepcional oral associado ao preservativo masculino (PENAFORTE et al., 2010). Dessas mulheres 46,7% aderiram ao anticoncepcional oral por ser de fácil acesso. A pílula é o método mais conhecido e utilizado, sobretudo no início. Em seguida, outros métodos são acionados, as mulheres rurais iniciam com a pílula e passam, em metade dos casos, para a laqueadura tubária (HEILBORN et al. 2009). Em Maringá, um estudo realizado com 284 mulheres cadastradas no programa de saúde da família com idade entre 35-49 anos, constatou a prevalência do uso de determinados métodos como o anticoncepcional oral 50,3% e do condom 28,1% (ANDRADE, SILVA, 2009). A alta prevalência dos anticoncepcionais orais pode ser vista em diversas realidades, o que pode se justificar por uma deficiência existente nos programas de planejamento reprodutivo, visto que muitos deles disponibilizam apenas o anticoncepcional oral e o condom, é necessário que o governo disponibilize mais recursos e invista na qualificação dos profissionais de saúde para que se possa reverter esse quadro.

Temática 2 – Fatores que influenciam a escolha do método contraceptivo.

Quanto se analisa os fatores que influenciam a escolha dos métodos contraceptivos observa-se que estes são variáveis de acordo com a experiência das mulheres, e que fatores como: dificuldade de reversão do método, facilidade na aquisição, praticidade no uso do método, efeitos colaterais, segurança, dificuldade na adaptação, não aderência do parceiro ao método e ainda a fase de vida da mulher influencia diretamente nessa escolha. É necessário considerar também a o meio social, a condição econômica e o acesso à educação que está possui.

De acordo com um dos estudos analisados, quando relacionamos o método contraceptivo pretendido com o estado conjugal, surge uma diferença em relação às mulheres que apresentam união consensual (37%) e as solteiras (18%) quanto à pretensão pela esterilização feminina (ANDRADE; SILVA, 2009), outro estudo ao realizar a comparação entre as mulheres casadas e solteiras nos setores públicos e privados constatou que no setor privado 52% das mulheres são casadas, destas 26% optaram pelo método definitivo, sendo 16% a laqueadura e 8% a vasectomia, já no setor público 26,4% eram casadas, destas 18,2% optaram pelo método definitivo, sendo no seu total a laqueadura (PRADO. SANTOS, 2011)

A prevalência global do uso de MAC foi de 83,3%, as usuárias do setor público apresentaram uma frequência de utilização de MAC de 88,2% e as do setor privado, de 78% (PRADO, SANTOS, 2011). Em um dos estudos observou-se que as jovens com renda familiar maior que três salários mínimos se apresentaram 20% mais propensas a não serem usuárias dos serviços de planejamento familiar, quando comparadas às que possuíam até um salário mínimo (MOURA; GOMES, 2014). Esse quadro pode ser explicado pelo fato das mulheres com maior renda financeira possuírem menor disponibilidade de tempo para comparecer as ações educativas,

visto que muitas delas trabalham durante o dia.

Ao se analisar a escolaridade, um dos estudos constatou que 36,6% informam ter o ensino fundamental completo, 36,6% fundamental incompleto, e 23,3% com ensino médio completo; uma minoria informou ser analfabeta, com relação a faixa etária 30% encontravam-se entre a faixa etária de 18 e 25 anos, 23,3% entre 26 e 30 anos, 26,7% entre 31 e 39 anos e acima de 40 anos, 20%, destas 36,7% utilizam o método anticoncepcional oral, e 26,7% utilizam o método anticoncepcional oral associado ao preservativo masculino, a escolaridade facilita a compreensão das orientações acerca do cuidado da saúde e, em especial, de como planejar sua vida reprodutiva (PENAFORTE et al. 2010)

O número de gestação também se mostrou associado, as jovens que referiram mais de uma gravidez tinham 1,6 vezes mais chances de usarem o serviço. Quando comparadas às jovens que não possuem nenhuma fonte de informação, àquelas que tinham profissionais de saúde ou família como fonte de informação tinha cerca de quatro vezes e meia mais chances de usarem o serviço de saúde, enquanto as que tinham o parceiro como fonte de informação tinham cerca de três vezes mais chance. No que se refere ao uso de métodos contraceptivos, as jovens que referiram estar utilizando tinham três vezes maior propensão a serem usuárias dos serviços de planejamento familiar (MOURA; GOMES, 2014)

Temática 3 - Conhecimento sobre planejamento reprodutivo

Com os estudos analisados, um fator que merece destaque é o conhecimento que as mulheres possuem sobre o planejamento reprodutivo. Em relação ao grupo de planejamento familiar, foi perguntado o que foi mais importante na participação. Mais da metade referiu “conhecer os métodos” (60%), seguido de “poder tirar dúvidas” (18%) e “forma como é passada as informações” (16%) (ANDRADE, SILVA, 2009). A maioria das mulheres associou o planejamento familiar apenas ao uso de anticoncepcional oral e do preservativo masculino (SILVA et al. 2011). Os estudos revelam que o modelo de atenção ao planejamento reprodutivo nas unidades básicas de saúde privilegia as práticas educativas em grupo para que as mulheres possam ter condições de escolher o método contraceptivo que querem utilizar. E, os resultados mostram o quanto estas reuniões de grupo são avaliadas positivamente pelas usuárias, pois se configuram como espaços de troca de experiências e aquisição de novos conhecimentos (DUARTE et al. 2011)

Já um outro estudo mostrou que ao se analisar o conhecimento das mulheres sobre o que é planejamento familiar se percebe uma apreensão errônea sobre esta ação, já que muitas referiram ser “*o conhecimento do corpo*” e “*saber como não ter filhos*” (ANDRADE, SILVA, 2009). Esse fato que chamou a atenção, pois a maioria das mulheres associou o planejamento familiar à forma de reduzir o número de filhos, visto que muitas mulheres buscam o grupo com a finalidade de contracepção.

Com a análise dos artigos torna-se evidente que o planejamento reprodutivo ainda está organizado segundo a lógica que privilegia a díade materno-infantil

(HEILBORN et al. 2009). Os serviços de saúde terminam priorizando o atendimento em contracepção a partir do momento em que a mulher já iniciou sua trajetória reprodutiva. Em grande parte dos centros de saúde estudados, o encaminhamento ao planejamento reprodutivo favorece mulheres em atendimento pré-natal e no pós-parto. Não há esforço na mesma magnitude em relação às mulheres que ainda não pariram, não desejem parir ou tenham dificuldades para engravidar.

A qualidade da atenção em planejamento familiar tem sido reconhecida como fator fundamental para o início e a continuidade do uso de métodos anticoncepcionais, especialmente entre mulheres com menor nível educacional. A grande variedade de MAC ofertada, juntamente com a qualidade da comunicação interpessoal e da orientação estariam dentro dos padrões ideais para assegurar a liberdade de escolha (DUARTE et al. 2011).

Condicionar o acesso ao método contraceptivo à participação no grupo educativo tem inúmeras vantagens, mas também pode acarretar importantes perdas no que se refere à captação de contingente expressivo de usuárias interessadas (HEILBORN et al. 2009), visto que muitas dessas mulheres não podem participar das ações educativas por falta de tempo, e estarem envolvidas em outras atividades, portanto o serviço de planejamento reprodutivo deve estar não só no serviço de saúde como também na própria comunidade.

5 I CONCLUSÃO

O planejamento reprodutivo está estreitamente ligado com a realidade cultural, econômica e social de cada usuária que busca esse serviço, o significado desse programa está relacionado com a vivência de cada usuária considerado suas particularidades e limitações.

Com a análise dos artigos foi possível perceber que o acesso e a informação dos métodos não são suficientes para que se tenha um planejamento reprodutivo eficaz, faz-se necessário que todos os profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, considerem a individualidade de cada mulher, tendo uma visão holística, considerando que cada uma possui sua história de vida, condições econômicas e bens sociais específicos, ao viver em uma sociedade politicamente organizada como o Brasil.

A assistência ao planejamento familiar está distante de um patamar satisfatório, pois as ações são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica. É preciso realizar ações que vão além das unidades de saúde, com investimentos na educação, possibilitando a capacitação das mulheres para transformar o significado a partir das informações, mas também de torná-la capaz de identificar suas necessidades e lutar por seus direitos, entre os quais os insumos necessários para a anticoncepção. O governo deve implementar o que consta na lei de planejamento reprodutivo conduzindo os profissionais há um processo de qualificação, onde estes proporcionem ações que leve as mulheres e

seus companheiros há um processo de conhecimento sobre o corpo, questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos para que estes possam ter escolhas seguras

Portanto, a partir dos dados apresentados, é preciso, a cada dia, fortalecer a importância do programa de Planejamento Reprodutivo nas comunidades, com fornecimento de subsídios para que se possa planejar ações de saúde para as mulheres e a implementação do programa em âmbito local. Só assim, estas mulheres, poderão usar e escolher métodos contraceptivos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.C.; SILVA, L. R. **Planejamento familiar: uma questão de escolha**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 1, 85-93, 2009.

BENEFIELD, L.E. **Implementing evidence-based practice in home care.** Home Healthc Nurse 2003 Dec; 21(12):804-1. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000104&pid=S0104-07072008000400018000010&lng=en > Acesso em 25 de junho de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Diponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=S0080-623420000001000050000 7&lng=en> Acesso em 3 de junho de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf> Acesso em 15 de junho de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. Diponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em 03 de junho de 2015

BROOME, M. E. RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. **ntegrative literature reviews for the development of concepts** 2006. Disponível em:< www.metodologia.org/meta1.PDF> Acesso em 25 de junho de 2015

DUARTE, H. H. S.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; CORLETA, H. V. E. **Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul**. Revista Paulista Pediátrica. São Paulo, vol. 29, n. 4, p. 572-576, 2011.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 25, n. 2, p. 269-278, 2009.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. **Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, 2014.

PENAFORTE, M. C. L. F.; SILVA, L. R.; ESTEVES, A. P. V. S.; SILVA, R. F.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, M. D. B. **Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis/RJ.** Revista Cogitare Enfermagem. Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, p. 124- 130, 2010.

POLIT, D.F. BECK, C.T. **Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors**. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. **Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde**. Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia. Rio de Janeiro, vol. 33, n. 7, 2011.

WHITTEMORE, R. KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1626886> Acesso em 25 de junho de 2015

CAPÍTULO 5

A PERCEPÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Kelly Alves de Almeida Furtado
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará

Olindina Ferreira Melo
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará

Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará, Sobral - Ceará

RESUMO: Objetivo: realizar levantamento bibliográfico sobre a percepção de risco e vulnerabilidade no contexto profissional e comunitário na Atenção Primária à Saúde (APS). Métodos: Revisão de literatura, ocorrida entre os anos de 2007 e 2017, nas bases: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Index Psicologia - Revistas Técnico-Científicas; em português e/ou inglês, com os descritores "risco", "vulnerabilidade" e "profissionais de saúde" em ambas as línguas. Após aplicação dos critérios elegibilidade selecionaram-se oito artigos. Resultados: Os dados possibilitam maior compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde. Os profissionais de saúde têm como percepção os riscos e vulnerabilidades nas diversas fases da vida, gestantes, recém-nascidos, adolescentes e idosos. As principais vulnerabilidades foram: AIDS para mulheres e gestantes, adolescentes, idosos, caminheiros; para adolescentes o uso de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo, sexo precoce/sem proteção, desestruturação/conflito familiar e a violência. Evidenciado o grau de risco para áreas de Unidades de Saúde da Família, constataram como situações de risco mais prevalentes foram baixas condições de saneamento básico, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e drogadição. A falta de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), ausência de UBS's próximas e o acúmulo de agrupamentos de barracos e palafitas. Conclusão: Os resultados encontrados sugerem uma melhor compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Risco; Vulnerabilidade social; Pessoal de saúde

THE PERCEPTION OF RISK AND VULNERABILITY IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATION REVIEW

ABSTRACT: Objective: to carry out a bibliographic survey about the perception of risk and vulnerability in the professional and community context in Primary Health Care (PHC). Methods: Literature review, carried out

between 2007 and 2017, on the bases: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Index Psicologia - Revistas Técnico-Científicas; in Portuguese and / or English, with the descriptors “risk”, “vulnerability” and “health professionals” in both languages. Eight articles were selected after application of the eligibility criteria. Results: The data allow a greater understanding of health professionals about the vulnerabilities of the families served, seeking to contribute to the redirection of health care. The health professionals perceive the risks and vulnerabilities in the different phases of life, pregnant women, adolescents and the elderly. The main vulnerabilities were: AIDS for women and pregnant women, adolescents, the elderly, walkers; for adolescents the use of illicit drugs, smoking and alcoholism, precocious / unprotected sex, family disruption / conflict and violence. Evidenced the degree of risk for areas of Family Health Units, they found that the most prevalent risk situations were low sanitation, systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and drug addiction. The lack of Family Health Strategy (ESF) teams, absence of close UBSs and the accumulation of clusters of shacks and stilts. Conclusion: The results suggest a better understanding of health professionals about the vulnerabilities of the families served, seeking to contribute to the redirection of health care.
KEYWORDS: Risk; Social Vulnerability; Health Personnel

1 I INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos nas mais diversas situações de vida, mas também como a forma de aferir as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, inclusive as infecciosas. Essas chances variam e são dependentes tanto de fatores biológicos como sociais e culturais, envolvendo, portanto, aqueles do ambiente de trabalho, assim como os associados aos profissionais (JUNGES, 2007).

O significado de “vulnerabilidade” é definido por famílias classificadas em tal circunstância como uma “ameaça à autonomia”, que é exercida sob a pressão da doença, da própria família e da equipe. Os conflitos entre equipe e família, caracterizados pela falta de diálogo e pela percepção da família de que está sendo inferiorizada e afastada do processo e das tomadas de decisão, ou ainda desrespeitada, constituem um contexto de intensificação da vulnerabilidade da família, que se percebe ameaçada em sua autonomia (PETTENGILL; ANGELO, 2005) Já conceito de risco está relacionado à identificação da presença de características, seja na família ou no indivíduo a ela pertencente, que as coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social (COELHO; SAVASSI, 2004).

Um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção

da Saúde (PNPS) (2006) é a noção de Vulnerabilidade que vem sendo adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, e provocando efeitos diversos nas práticas dos profissionais e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país (MOTA; VICENTIN, 2017).

Nesse sentido, uma aproximação ao modo como profissionais atuantes nas políticas e serviços de Saúde Pública percebem e produzem estratégias de promoção da saúde e redução de vulnerabilidades nos parece fundamental para a reflexão e constante construção de práticas de Promoção da Saúde no Brasil. Assim, o presente estudo teve como objetivo realizar levantamento bibliográfico sobre a percepção de risco e vulnerabilidade no contexto dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

2 I MÉTODOS

O percurso metodológico foi realizado nas seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de descritores; identificação e seleção dos artigos pelos critérios de inclusão/exclusão; caracterização dos estudos; análise e discussão a respeito da percepção dos profissionais frente ao risco e vulnerabilidade deles e dos usuários na Atenção Primária à Saúde e síntese do conhecimento dos artigos analisados.

O levantamento da produção científica se deu por meio da formulação da seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre risco e vulnerabilidade dos usuários na Atenção Primária a Saúde?

A busca online foi realizada utilizando a terminologia padronizada dos seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DECS): “Risco”, “Vulnerabilidade” e “Profissionais de Saúde”, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de maio de 2018.

Os artigos foram pré-selecionados por meio dos descritores acima descritos, nas bases de dados indexadas na BVS. Em seguida, as produções duplicadas foram excluídas bem como os artigos que se incluíram nos critérios de exclusão. Posteriormente, os artigos foram submetidos à leitura dos títulos e resumos, os quais foram, depois, submetidos à leitura na íntegra a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão. A análise e síntese dos dados extraídos foram realizadas de forma descritiva, o que permitiu examinar e classificar os dados. Destacou-se a apresentação dos resultados e sua análise discursiva que objetivaram reunir o conhecimento motivado sobre o tema referido nesta revisão integrativa. O processo de seleção, leitura e análise dos artigos foram conduzidos por pares. Nos casos de desacordo entre os revisores, houve discussão entre eles a fim de definir se haveria a integração daquele estudo à pesquisa.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção das produções científicas foram: artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico que retratassem a temática estudada nos últimos dez anos (2007 a 2017) no idioma português, espanhol e inglês. Como critérios de exclusão foram considerados: documentos técnicos, resumos de congressos, anais, editoriais, revisões da literatura, dissertações e teses de doutorado.

3 I RESULTADOS

Após a seleção dos artigos foram selecionados oito estudos: ARAÚJO,2014; AMORIM,2014; BOM TEMPO, 2014; LAROQUE, 2011; NAKATA, 2013; SOUSA, 2014; MOTA, 2017; REIS, 2013. Todos os estudos estão indexados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Index Psicologia - Revistas Técnico-Científicas (Base de dados que contribui para o controle bibliográfico da literatura brasileira em psicologia publicada em periódicos).

As etapas do processo de seleção dos estudos e o número de estudos identificados, selecionados, excluídos e incluídos na revisão estão ilustrados na figura 1.

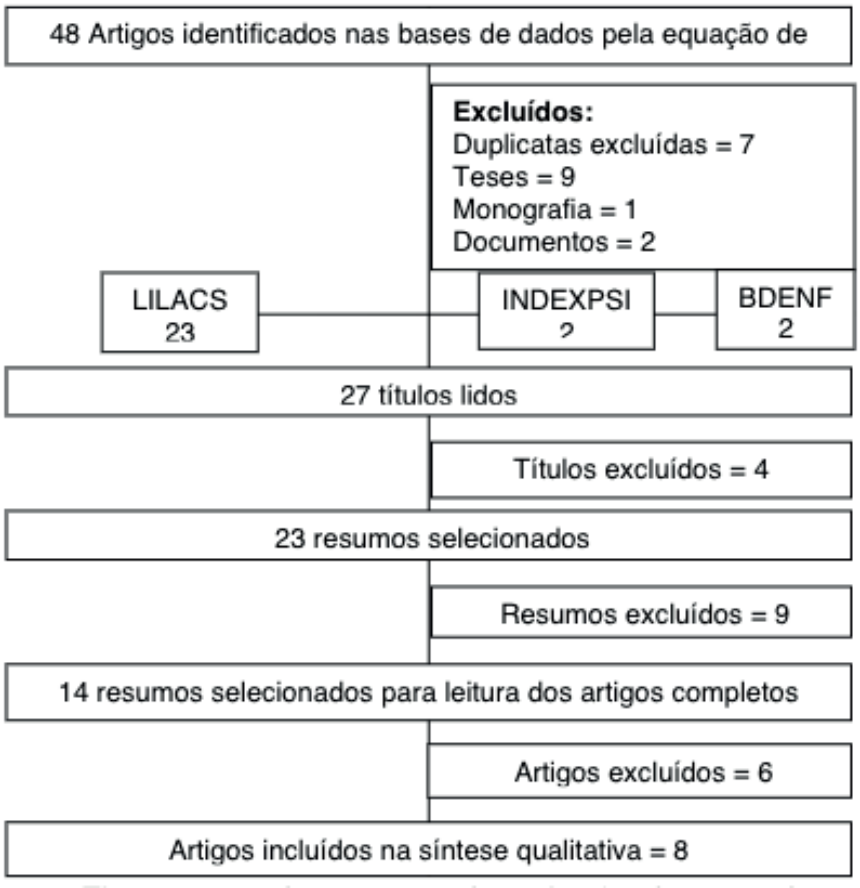


Figura 1 - Fluxograma das etapas de seleção dos estudos para revisão de literatura.

Todos os nove artigos selecionados de acordo com a temática proposta estão escritos em português (8). Quanto à abordagem e/ou tipologia do estudo, seis utilizaram o enfoque qualitativo e transversal (2). Os resultados encontrados foram reunidos em uma categoria de discussão: Percepção dos profissionais de saúde sobre risco e vulnerabilidade dos usuários na APS.

Os dados possibilitam maior compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde. Os profissionais de saúde têm como percepção os riscos e vulnerabilidades nas diversas fases da vida, gestantes, recém-nascidos, adolescentes e idosos. As principais vulnerabilidades foram: AIDS para mulheres e gestantes, adolescentes, idosos, e caminheiros; para adolescentes o uso de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo, sexo precoce/sem proteção, desestruturação/conflito familiar e a violência. Evidenciado o grau de risco para áreas de Unidades de Saúde da Família, constataram como situações de risco mais prevalentes foram baixas condições de saneamento básico, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e drogadição. Também foi considerada como risco a ausência de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), falta de UBS's próximas e o acúmulo de agrupamentos de barracos e palafitas.

4 I DISCUSSÃO

Percepção dos profissionais de saúde sobre risco e vulnerabilidade dos usuários na APS

Alguns estudos (AMORIM et al., 2014; ARAUJO et al., 2014; LAROQUE et al., 2011) discutem a vulnerabilidade dos usuários diante da AIDS na perspectiva do atendimento integral com abordagem qualitativa. Já a abordagem lúdica mostra-se necessária por parte dos profissionais de saúde no contexto infantil, uma vez, que essas crianças encontram-se em situação de risco social (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014)

Na perspectiva de fases da vida tem-se que na infância e adolescência há necessidade de abordagem dialógica, construtivista de forma emancipatória e protagonistas diante de HIV/AIDS promovendo, dessa forma, trocas afetuosas. Na fase adulta relaciona-se a escolaridade sendo mulheres e com condições socioeconômicas menos privilegiadas, assim como possuírem parceiros com múltiplas parceiras e submissão cultural. Ressalta-se que o comportamento machista do homem traz consequências quanto à vulnerabilidade de contaminação pelo HIV refletindo na questão cultural. Corroborando esses achados salienta-se a influência da concepção hegemônica de masculinidade na construção da vulnerabilidade de caminhoneiros

que, não tão raro, motivam os homens a assumirem alguns comportamentos de risco para provar sua masculinidade. Daí ser necessário considerar as especificidades de cada região quanto às relações culturais e locais no planejamento das políticas públicas (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

As situações de vulnerabilidade à saúde do adolescente foram analisadas na percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Contagem e obtiveram como resultado a principal causa desencadeadora de situações de vulnerabilidade à saúde dos adolescentes o risco/uso de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo. Em seguida, o sexo precoce/sem proteção que pode resultar em situações de gravidez e de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids. A desestruturação/conflito familiar e a violência, muitas vezes de forma velada e de etiologia complexa, compuseram também o elenco das principais situações de vulnerabilidade à saúde nessa faixa etária (REIS et al., 2013).

Entre os idosos são considerados aspectos importantes para a diminuição da vulnerabilidade: aumento da sobrevida, disponibilidade de terapia medicamentosa para disfunção erétil, quebra de paradigma sobre vida sexual ativa nessa fase da vida. Porém, devido ao posicionamento machista percebe-se a negação de medida de prevenção tornando-se vulneráveis a essa doença (AMORIM et al., 2014) Nesse contexto, um estudo realizado com seis idosos mostra que a faixa etária dos entrevistados variou entre 60 e 73 anos, quatro eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Em relação à escolaridade, quatro possuíam o ensino fundamental incompleto, constituindo assim a maioria, um era analfabeto e um tinha segundo grau completo. Para esses o uso do preservativo com o cônjuge não constitui um hábito. E havia um desconforto por parte dos idosos sobre a discussão sobre a sexualidade na terceira idade dificultando o diálogo com os profissionais de saúde sobre o tema (LAROQUE et al., 2011).

Foi abordado o diagnóstico da AIDS como condição de vulnerabilidade em gestantes atendidas em uma maternidade escola no estado do Ceará, apresentando os conflitos vivenciados pelas mulheres ao receberem a positividade do exame. Nesse trabalho verificou-se que o acolhimento realizado pela equipe multiprofissional foi imprescindível para o processo de adesão das gestantes ao tratamento, porém deveriam ser cautelosos quanto ao número de informações repassadas às gestantes com o intuito de minimizar mal entendidos. Assim como estarem abertos para questionamentos das gestantes considerando seu contexto de vida (ARAÚJO et al., 2014).

No contexto da Atenção Primária a Saúde (APS) identificou-se e classificou-se o grau de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família, por meio de instrumento de avaliação multidimensional aplicado aos profissionais de saúde que constataram como situações de risco mais prevalentes: baixas condições de saneamento básico, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e drogadição (NAKATA, 2013). Divergindo desses achados, trabalhadores da APS que foram

entrevistados, evidenciaram como característica de áreas vulneráveis a falta de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), ausência de UBS's próximas e de saneamento básico, o acúmulo de agrupamentos de barracos e palafitas. Tendo como populações vulneráveis, indígena, negra, população de rua, imigrante e da LGBTT (MOTA; VICENTIN, 2017).

5 I CONCLUSÃO

Conclui-se que os estudos incluídos neste trabalho apontam para a enfermidade da AIDS sendo a maior vulnerabilidade em todas as etapas da vida, apontada pelos profissionais de sa*úde. E*sses resultados possibilitam maior compreensão sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do cuidado em saúde.

6 I AUTORIZAÇÕES/RECONHECIMENTO

Kelly Alves de Almeida Furtado contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito; **Olindina Ferreira Melo** contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação do manuscrito; **Roberta Cavalcante Muniz Lira** contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

Amorim KA, Silva SS, Rocha SS, Nery IS, Araújo TME. **Social context of positive living with HIV: a reflective study.** Rev Enferm UFPI. 2014; 3(3): 109-114.

Araújo MAL, Reis CBS, Andrade RFV, Adriano LL, Silva RM, Gondim APS. **Interdisciplinary action in counseling for pregnant women withHIV/Aids.** Rev Enferm UFPI. 2014;3(3): 80-87.

Bomtempo E, Conceição MR. **Infância e contextos de vulnerabilidade social – A atividade lúdica como recurso de intervenção nos cuidados em saúde.** Bol. Acad. Paulista de Psicologia;2014;34(87):490-509.

Coelho FLG, Savassi LCM. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** Rev Bras Med Fam Comunidade.2004;1(2):19-26.

Junges JR. **Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas.** In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo; 2007. p.139-57.

Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, Souza GL, Santana MG, Lange C. **Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS.** Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4):774-80.

Mota ST, Vicentin MCG. **Visibilidade, estigmatização e territorialização: percepções acerca da**

vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde. Distúrb Comum. 2017;29(1):158-171.

Nakata PT. **Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem.2013;21(5):7telas.

Pettengill MAM, Angelo M. **Vulnerabilidade da Família: Desenvolvimento do Conceito.** Rev Latino-Am Enfermagem.2005;13(6):982-8. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a10.pdf]

Reis DC, Almeida TAC, Miranda MM, Alves RH, Madeira AMF. **Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem.2013;21(2):9telas.

Sousa LMS, Silva LS, Palmeira AT. **Representações sociais de caminhoneiros de rota curta sobre HIV/AIDS.** Psicologia & Sociedade.2014;26(2):346-355.

CAPÍTULO 6

AÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DAS TERAPÊUTICAS AO IDOSO COM ALZHEIMER

Daniel Aser Veloso Costa
Docente em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA.

Leticia Gleyce Sousa Rodrigues
Discente em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA.

Emmanueli Iracema Farah
Docente em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA.

RESUMO: A Doença de Alzheimer (DA), é uma forma de demência, que afeta o idoso e compromete sua integridade física, cognitiva e social. É degenerativa, progressiva e variável, com declínio continuo ligados à percepção, aprendizagem, memória, raciocínio, funcionamento psicomotor e ao aparecimento de quadros neuropsiquiátricos com manifestações graves. Desta forma, o conhecimento das necessidades dos idosos com Alzheimer é necessário para uma sistematização da assistência de enfermagem individualizada. A pesquisa objetiva descrever as principais ações e cuidados de Enfermagem diante das terapêuticas ao idoso com Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e quantitativa, com materiais científicos produzidos entre 2010 e 2017, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Foram encontrados e tabulados 9 diagnósticos de enfermagem sendo estes: Memória prejudicada, Confusão crônica, Risco de quedas, Negação ineficaz, Nutrição prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Autocuidado prejudicado, Comunicação prejudicada e Baixa autoestima crônica. 3 principais terapêuticas prestadas ao idoso sendo estas: Terapia psicossocial, Terapia psicomotora e Terapia medicamentosa. Dentre as ações de enfermagem 7 principais foram identificadas, sendo: Orientação familiar, Prevenção de acidentes, Preparação para morte, Estimulação cognitiva, Estruturação do ambiente, Orientação nutricional e Estimulação da independência.: O profissional deve se atualizar e acompanhar a evolução de novas discussões, pois a partir do conhecimento técnico e científico, a enfermagem se torna capaz de encontrar a resolutividade para alguns diagnósticos de enfermagem levantados e assim, prescrever ao paciente e à família orientações importantes que poderão intervir na melhora do prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Alzheimer, Cuidados de Enfermagem, Saúde do Idoso.

NURSING ACTIONS AND CARE IN THE FACE OF ELDERLY PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT: Alzheimer's disease (AD) is a form of dementia, which affects the elderly and compromises their physical, cognitive and social integrity. It is degenerative, progressive and variable, with continuous decline linked to perception, learning, memory, reasoning, psychomotor functioning and to the appearance of neuropsychiatric pictures with severe manifestations. Thus, knowledge of the needs of the elderly with Alzheimer's is necessary for a systematization of individualized nursing care. The objective of this research is to describe the main actions and nursing care in the treatment of elderly people with Alzheimer's disease. It is a descriptive and quantitative bibliographical research, with scientific materials produced between 2010 and 2017, through the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. 9 nursing diagnoses were found and these were: Impaired memory, Chronic confusion, Risk of falls, Ineffective denial, Impaired nutrition, Impaired physical mobility, Impaired self-care, Impaired communication and Low chronic self-esteem. 3 main therapies provided to the elderly being: Psychosocial Therapy, Psychomotor Therapy and Drug Therapy. Among the 7 main nursing actions were identified, being: Family counseling, Accident prevention, Death preparation, Cognitive stimulation, Environmental structuring, Nutrition counseling and Stimulation of independence .: The professional must update and follow the evolution of new discussions , since from the technical and scientific knowledge, the nursing becomes able to find the resolution for some nursing diagnoses raised and thus, prescribe to the patient and the family important orientations that can intervene in the improvement of the prognosis.
KEYWORDS: Alzheimer Disease, Nursing Care, Health of the Elderly.

1 I INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de caráter mundial, e com o processo do envelhecimento, podem surgir patologias características da faixa etária, como é o caso da Doença de Alzheimer (DA), que teve sua descoberta em 1906 pelo médico neurologista Alois Alzheimer, quando investigou ocaso de Auguste, uma mulher saudável que, aos 51 anos de idade, apresentou um quadro de perda progressiva de memória, desorientação e distúrbios de linguagem como, dificuldades de compreender e falar e se expressar, tornando-se incapaz de cuidar de si. Após seu falecimento, Dr Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença (ILHA, 2014; FERREIRA et al., 2016). Porém, apenas em 1910, pelo médico Emil Kraepelin ao descrever os achados de Alois, que foi denominada de 'Doença de Alzeimer' (ILHA, 2014).

A Doença de Alzheimer é uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sua integridade física, cognitiva e social. Esta é degenerativa, progressiva e variável, considerada insidiosa, com declínio continuo das

funções cognitivas, ligadas à percepção, aprendizagem, memória, ao raciocínio, funcionamento psicomotor e ao aparecimento de quadros neuropsiquiátricos com manifestações graves (FARFAN et al., 2017). É possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve (fase inicial), moderado (fase intermediaria) e severo (fase avançada), independente das diferenças que possam existir (VALENTE et al., 2013; FERREIRA et al., 2016).

> A fase inicial dura em média de 2 a 3 anos e seu principal sintoma é o comprometimento da memória recente e desorientação de tempo e espaço. A fase intermediária dura em média de 2 a 10 anos e apresenta comprometimento da memória remota, dificuldades em resolver problemas e atividades operativas, afetando as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Os pacientes manifestam sintomas comportamentais, alteração na marcha, movimentos lentificados, afasia, agnosia, vocabulário restrito repetido e desorganizado. A fase avançada, com duração aproximada de oito a doze anos, caracteriza-se por total dependência, evidenciada pela perda da capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais e imobilidade, responsável pelas complicações que acabam levando o paciente a morte (TAYLOR E DELLAROZA, 2010 p.79-80).

A etiologia da DA ainda é desconhecida, porém estudos justificam sua causa multifatorial devido a íntima relação de pessoas com histórico familiar, com idade acima de 60 anos, com baixa formação educacional, com traumatismo craniano, depressão de início tardio, sexo feminino, e síndrome de Down (FARFAN et al., 2017; ILHA,2014). No entanto, a hereditariedade corresponde a 51% do risco de desenvolver a DA, que é 3,5 vezes mais alto nos indivíduos com pelo menos um parente de primeiro grau acometido pela doença (FERREIRA et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Alzheimer's Disease International (ADI – Associação Internacional da Doença de Alzheimer) referem que a prevalência e incidência indicam um crescente aumento em pessoas mais velhas, e os países em alteração demográfica serão os que irão sofrer mais com esse crescimento. Em 2010 o número total de pessoas com a demência mundialmente foi estimado em 35,6 milhões e é previsto para quase o dobro em 20 anos, ou seja, 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. Há 7,7 milhões de novos casos de demência a cada ano, o que implica haver um novo caso de demência em algum lugar no mundo a cada quatro segundos (FARFAN et al., 2017).

Atualmente, existe no Brasil cerca de 21 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, aproximadamente, 11% do total da população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da OMS apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no País aumentará 15 vezes. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar no total de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (KLAKONSKI; MENDES, 2015).

Os profissionais de enfermagem atuantes na gestão do cuidado a essa clientela devem criar métodos interativos com o paciente e os familiares, objetivando desenvolver conhecimento específico e consciência ampliada em relação às

heterogeneidades do processo natural do envelhecimento, distinguindo-o do estado patológico, elaborando e promovendo uma assistência de qualidade e cuidado integral à saúde dos idosos. No entanto, essa assistência deve ser cooperativa, tanto para o paciente quanto para o cuidador e sua família (FARFAN et al., 2017).

O conhecimento das necessidades dos idosos com a Doença de Alzheimer é necessário para uma sistematização da assistência de enfermagem individualizada, já que o enfermeiro pode assim, adotar estratégias apropriadas para o cuidado individualizado.[7] Neste contexto, entende- se que a figura do profissional enfermeiro é de suma importância, é ele quem vai efetivar a relação enfermeiro – paciente – família, capacitando para a prática do cuidado e buscar com que esta entenda a sua importância e responsabilidade (KLAKONSKI; MENDES, 2015).

Desta forma, este estudo torna-se relevante para a enfermagem, já que, é o enfermeiro que deverá estar mais próximo para estabelecer o processo de relacionamento para que a prática do cuidado seja mais adequada, tendo em vista toda a essência do cuidado e humanização que o acompanha (KLAKONSKI; MENDES, 2015). Os resultados desta pesquisa podem auxiliar a prática de enfermagem, construindo uma oportunidade para a melhoria de vida. Em virtude disto, definiu-se como questão norteadora: quais as principais ações e cuidados de Enfermagem diante das terapêuticas ao idoso com Alzheimer?

Em relação aos profissionais enfermeiros, os mesmos devem oferecer ao idoso e sua família uma assistência com vistas à promoção à saúde, à orientação, ao acompanhamento e ao apoio, identificando e avaliando suas necessidades para maximizar suas condições de saúde, minimizando perdas e limitações. O profissional deve se atualizar e acompanhar a evolução de novas discussões. A partir do conhecimento técnico e científico a enfermagem se torna capaz de encontrar a resolutividade para alguns diagnósticos de enfermagem levantados e assim, prescrever ao paciente e à família orientações importantes que poderão intervir na melhora do prognóstico, da qualidade de vida e evitar complicações através de medidas simples de promoção da saúde (TALMELLI et al, 2013).

Desta forma, o presente artigo busca descrever as principais ações e cuidados de Enfermagem diante das terapêuticas ao idoso com Alzheimer, apresentando os principais diagnósticos do idoso com Alzheimer, Identificar as principais terapêuticas e a atuação do enfermeiro na assistência terapêutica ao idoso com Alzheimer.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa fundamentada numa revisão bibliográfica, de abordagem descritiva e quantitativa sobre ações e cuidados de enfermagem ao idoso com Alzheimer. Utilizou-se para esta pesquisa, artigos científicos produzidos entre 2010 e 2017, por serem de maior acessibilidade ao conteúdo abordado e

melhor compreensão para a evolução acadêmica. Estes foram coletados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Foi encontrado o número de 3.700 materiais nas plataformas de pesquisa, porém foram selecionados inicialmente 39 materiais científicos entre artigos e teses de mestrado e doutorado, usando como critérios de inclusão e exclusão, estudos em língua portuguesa ou inglesa, disponibilizados de maneira integral e gratuitos que foram publicados nos últimos 8 anos e tivessem maior proximidade com o objetivo deste estudo.

Após uma breve leitura, e como critério de exclusão os que não correspondem ao assunto abordado, 9 materiais foram descartados. Em um segundo momento, foi feita a análise dos estudos restantes e foram descartados mais 15 materiais que não apresentaram conteúdo significante para enriquecer esta pesquisa. Sendo assim, foram separados e analisados para atender o assunto abordado 15 materiais referenciados.

Essa pesquisa foi realizada no período do primeiro semestre de 2018, tendo sua coleta e tratamento de dados no período de abril e maio de 2018. Para análise e tratamento dos dados utilizou-se o programa Microsoft Excel 2013 na construção de 2 gráficos e 1 tabela, no qual também, foi responsável pela efetuação do cálculo de porcentagem. As categorias que emergiram foram descritas e discutidas respondendo aos objetivos.

Os artigos foram procurados através dos descritores: Doença de Alzheimer, Cuidados de Enfermagem, Saúde do Idoso, em conformidade com o DeCs (Descritores em Ciência de Saúde).

3 I RESULTADOS

Os resultados deste estudo referem-se a análise do conteúdo das 15 publicações pesquisadas que deram origem a três categorias interligadas: Diagnósticos de Enfermagem; Principais terapêuticas e Atuação do enfermeiro na assistência.

De acordo com a coleta de dados, foram encontrados e tabulados 9 diagnósticos de enfermagem conforme mostra o gráfico 1. Todos os diagnósticos correspondem as necessidades apresentadas por pacientes com a DA.

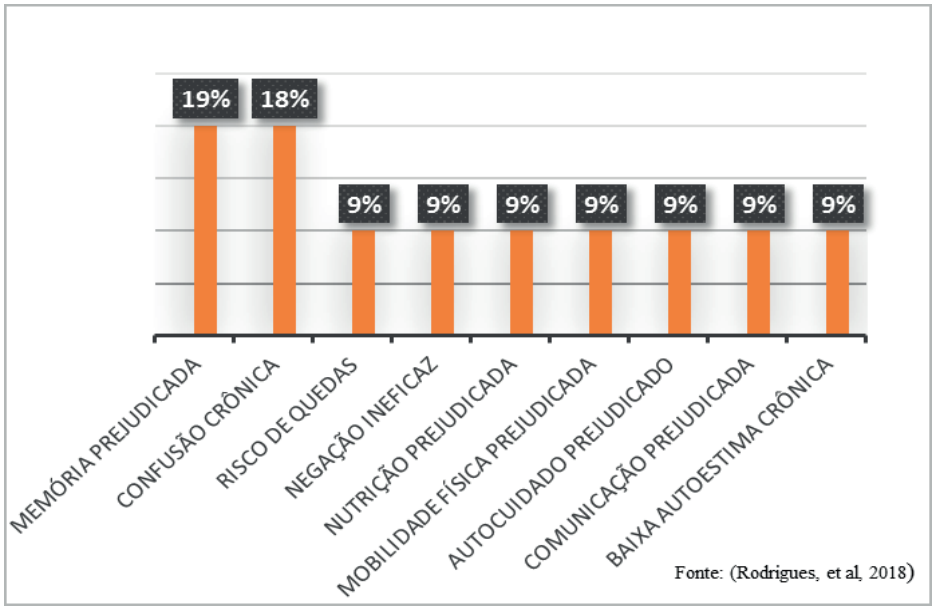


Gráfico 1: Principais diagnósticos de enfermagem em pacientes idosos com Alzheimer.

Nos resultados deste estudo, foi possível encontrar três principais terapêuticas prestadas ao idoso sendo estas; terapia psicossocial e terapia psicomotora que foram citados pelos 15 estudos selecionas com respectiva porcentagem 37% e 36% e, terapia medicamentosa, que foi citada apenas por 11 dos estudos selecionados e com porcentagem 27% do total. Os achados afirmam que as terapêuticas citadas devem ser multidisciplinares e interdisciplinares e especificamente executadas de acordo com o desenvolvimento da doença ou necessidade do paciente (TALMELLI et al, 2013).

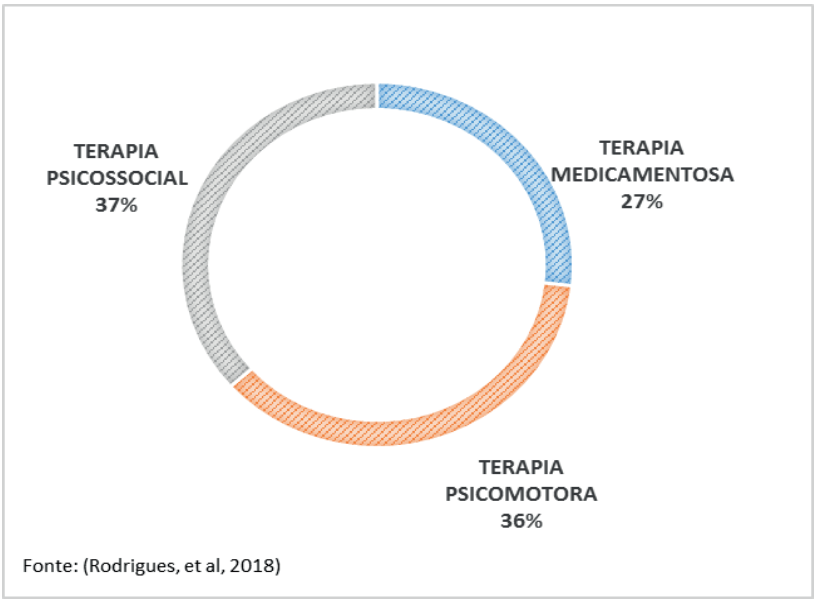


Gráfico 2: Principais terapêuticas realizadas ao idoso com Alzheimer.

A doença de Alzheimer surge independente da raça, nível socioeconômico, etnia e região geográfica, comprometendo não só a qualidade de vida do paciente,

mas também de sua família, fazendo com que seja necessário que a equipe de enfermagem preste ações e cuidados diante desta patologia (SILVA; ARAGÃO, 2015). Dito isto, após a análise dos dados foi possível tabular as ações de enfermagem prestadas ao idoso, resultando em 7 principais, como apresentado a seguir na **tabela 1.**

Ações e cuidados de Enfermagem	Valores encontrados	
Principais	**N°**	**%**
1. Orientação familiar	14	17%
2. Prevenção de acidentes	11	14%
3. Preparação para morte	9	11%
4. Estimulação cognitiva	15	19%
5. Estruturação do ambiente	12	15%
6. Orientação nutricional	8	10%
7. Estimulação da independência	11	14%

Tabela 1. Ações e Cuidados de Enfermagem prestados ao idoso com Alzheimer.

Fonte: (Rodrigues, et al, 2018).

4 I DISCUSSÃO

4.1 Diagnósticos de Enfermagem

Como exposto no estudo de Farfan et al. *(*2017) é de fundamental importância descobrir o precoce possível as alterações no cérebro que podem indicar o mal de Alzheimer, que atualmente, é a principal causa de demência em idosos. O diagnóstico definitivo da doença só pode ser feito através da análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem, no entanto, avaliações e exames como tomografias, ressonâncias, laboratoriais, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia orientação temporoespacial, memória, cálculo, linguagem e habilidades construtivas, são utilizados para apoiar a hipótese diagnóstica (ILHA, 2014; FARFAN et al., 2017)

Para a enfermagem, a anamnese e o exame físico são elementos indispensáveis que auxiliam na investigação. Os diagnósticos de enfermagem (guiados pelo NANDA), como disposto no gráfico 1, estão relacionados aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, e estes, variam de acordo com as singularidades de cada caso[4], como corrobora o estudo de Batista et al. (2017, P. 13) ao relatar que:

> O processo sistematizado é o principal instrumento para a prática profissional,

se tornando capaz de encontrar a resolutividade para alguns diagnósticos de enfermagem que se baseia nas necessidades e dificuldades vivenciadas por estes idosos, planejando a assistência individualizada, e humanizada.

Como abordado no estudo de Poltroniere et al. (2011) o paciente acometido pela DA, apresenta uma crescente dificuldade de memorizar; decidir, agir e alimentar-se, até atingir o estado vegetativo, caracterizando os diagnósticos de enfermagem comunicação, mobilidade física e nutrição prejudicada. A partir da análise dos principais diagnósticos de enfermagem achados, fundamentada pelo estudo de Valente et al. (2013) é possível destacar os diagnósticos memória prejudicada e confusão crônica por necessitarem de intervenções com abordagem mais cautelosa, visto que estes foram os déficits imediatos apresentados no objeto de estudo em sua pesquisa com relação direta às características de incapacidade de recordar eventos e experiências de esquecimento.

Estudos relatam mais impactos negativos que o avanço da doença exerce sobre qualidade de vida do idoso como ausência de atenção e de concentração, agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade, apatia, litificação, perda de peso, distúrbios comportamentais e transtornos de humor e sintomas depressivos que são observados em até 40-50% dos pacientes, ou o transtornos depressivos que acometem em torno de 10-20% dos casos, caracterizando os diagnósticos de enfermagem autocuidado prejudicado, baixa autoestima crônica e principalmente negação ineficaz que pode ocorrer desde o diagnóstico da doença (ILHA, 2014; SILVA; ARAGÃO, 2015; FERREIRA et al., 2016). O diagnóstico risco de quedas está relacionado a moveis e objetos em excesso no domicilio do idoso portador da DA (VALENTE et al. 2013).

Dentre os resultados da análise, nota-se que mais diagnósticos específicos podem ser citados como exposto no estudo de Mattos et al. (2011) que se refere a risco de lesão, manutenção do lar prejudicada, negligencia unilateral, ansiedade, risco de aspiração, intolerância a atividade, deambulação, deglutição e dentição prejudicadas, insônia, integridade social, da pele e mucosa oral prejudicadas, padrão respiratório ineficaz, disfunção sexual, risco para trauma e volume de líquidos deficiente. Em relação aos familiares e cuidadores cita-se risco de processos familiares alterados, desgaste do papel de cuidador e controle familiar ineficaz do regime terapêutico

4.2 Principais terapêuticas

No mundo atual, com o aumento do número de idosos, observa-se uma grande necessidade de uma assistência humanizada (KLAKONSKI; MENDES, 2015). As estatísticas que se referem ao índice da DA no Brasil são imprecisas. No entanto, estima-se que cerca de 500 mil pessoas sejam acometidas por essa patologia, causando impacto social, devido aos custos diretos envolvidos no cuidado aos idosos com a DA que chegam a 200 bilhões de reais e que em 2050 os gastos chegarão a 1.1 trilhões de reais/ano. Esses fatores colocam a DA, como importante problema de

saúde pública em todo o mundo (IKHA, 2014).

Nos diferentes estágios da doença. O paciente necessita de acompanhamento nutricional, psicológico, fisioterápico, além do atendimento da fonoaudióloga, serviço social, terapeuta ocupacional e da enfermagem. Uma abordagem terapêutica múltipla, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, é essencial para aumentar a qualidade de vida do paciente (FARFAN et al., 2017).

O estudo de Ramos et al. (2012) caracteriza a DA pela 'presença de placas amielóides e emaranhados neurofibrilares resultando na diminuição do cérebro e do número de neurônios' e ressalta que é a demência mais prevalente na prática da enfermagem. Segundo Queiroz et al. (2014) os cuidados compõem uma abordagem terapêutica que por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com a identificação precoce, a avaliação correta e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais visam a melhora da qualidade de vida. Com isso, o enfermeiro deve desde o diagnóstico, informar ao paciente idoso e/ou seu familiar de maneira mais adequada possível, respeitando a sua capacidade cognitiva, a importância do seu diagnóstico, riscos, prognósticos e alternativas existentes para a sua assistência terapêutica (FERREIRA, 2016).

Segundo um a enfermagem deve utilizar recursos terapêuticos nos estágios da DA, que incidem em estratégias de comunicação entre enfermeiro, paciente e orientações a família/cuidador. A intermediária adota atividades que gerem prazer para instigar o diálogo, e na última etapa, utilizar métodos visuais e o toque (FERREIRA, 2016).

Já para Soares e Cândido (2014) são quatro os níveis do tratamento da DA:

> No nível 1, a terapêutica específica tem como objetivo reverter processos patofisiológicos que levam a morte neuronal; no 2º nível, faz-se a abordagem profilática, prevenindo o declínio cognitivo ou retardando o início da demência; no nível 3, tem-se a realização do tratamento sintomático, que irá restaurar de forma parcial ou provisória as habilidades funcionais, capacidades cognitivas e o comportamento dos pacientes portadores de demência; e, por fim, no 4º nível, tem-se a terapêutica complementar, que buscará o tratamento da demência das manifestações não cognitivas, como agitação psicomotora, psicose, agressividade, depressão e distúrbio do sono. (SOARES; CANDIDO, 2014. p. 31-32)

Durante o tratamento é importante estimular as funções cerebrais, montando quebra-cabeça, utilizando músicas, mantendo a deambulação, porém empregando também estratégia de cuidados para o idoso na etapa terminal, quando necessárias, pois nesta fase a pessoa fica restrita ao leito, podendo ter incontinência dupla, lesão por pressão, inapetência, dentre outros problemas (VALENTE, 2013).

O estudo de Cruz et al. (2015) afirma que essas s técnicas associadas ao tratamento medicamentoso como uso de donepenzil, golantamina (FERREIRA, 2016), podem auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em melhora dos déficits cognitivos e funcionais. Recursos terapêuticos variados devem ser oferecidos ao portador da doença, acompanhados de informações claras, objetivas

e boa comunicação. A qualidade de vida no cuidado ao portador da doença, garante menores níveis de estresse, esgotamento e sofrimento (VALENTE, 2013).

4.3 Atuação do enfermeiro

O Alzheimer por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, gera perda gradual da função cognitiva e danifica o desempenho de atividades da vida diária, resultando na perda de autonomia e na dependência total de outras pessoas (FARFAN, 2017). Com isto, é observado no estudo de Valente et al. (2013) que a avaliação funcional do idoso é parte integrante do cuidado de enfermagem, pois nela, é enfatizado os sistemas de apoio ao paciente para que suas necessidades possam ser supridas, permitindo que a equipe possa atuar em sua deficiência mais visível proporcionando o melhor atendimento possível às necessidades apresentadas em cada uma das fases da doença.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se baseia em cinco etapas, sendo elas, coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Etapas que se integram e estabelecem as ações permitindo ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos em suas atividades, contribuindo para o cuidado prestado e para a organização. Este instrumento favorece a atuação dos enfermeiros em seus diferentes meios de trabalho, garantindo uma melhor assistência prestada (QUEIROZ, 2014).

Sabe-se que o papel do enfermeiro abrange funções assistenciais, administrativas e educativas. Na função assistencial o enfermeiro identifica, realiza diagnóstico e prescreve a prestação do cuidado de saúde em enfermagem a ser realizado com o cliente e família, organiza planeja e coordena os serviços. Na função administrativa o enfermeiro define normas e funções, organiza a assistência de enfermagem em serviços de saúde pública e privada, avalia o planejamento e execução de atividade da enfermagem, delegando aos técnicos e auxiliares de enfermagem a responsabilidade de assistência segundo a complexidade do estado de saúde e dos recursos existentes (KLAKONSKI; MENDES, 2014).

Na função educativa, o enfermeiro promove cuidados que visam à autonomia e melhoria da qualidade de vida do cliente e de sua família com a equipe multiprofissional (KLAKONSKI; MENDES, 2014). Compartilhando esta ideia, outro estudo relata que enfermeiro como educador de saúde deve fornecer meios para facilitar o cuidar durante todo o processo da doença, evitando ocasionar danos à saúde dos familiares. Porém deve-se ressaltar que quando um paciente se encontra em fase terminal o objetivo do cuidado é tornar a vida do paciente o mais confortável e digno possível até o fim (FERREIRA et al., 2016). Os cuidados de enfermagem proporcionados são aplicados através do processo de enfermagem (TAYLOR; DELLAROZA, 2010).

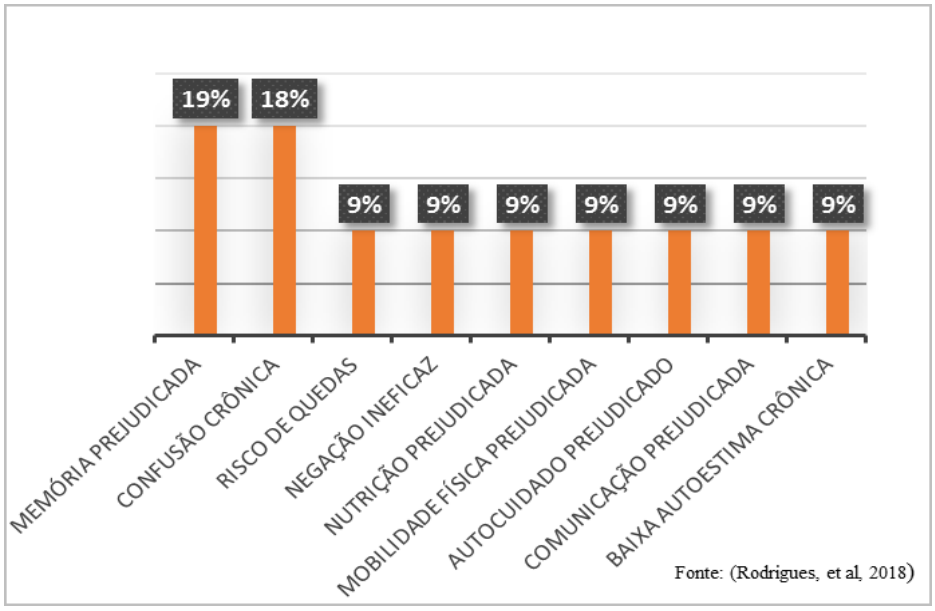
5 I CONCLUSÃO

É notório nos estudos que a Doença de Alzheimer é considerada uma doença familiar, pois esta, leva a uma perda de funções mentais, levando o paciente a níveis de dependência característica, em que os cuidadores sendo familiares, também sofrem restrições e mudanças de hábitos de vida.

Os principais diagnósticos de enfermagem observados foram memória prejudicada, confusão crônica, risco de queda, negação ineficaz, nutrição prejudicada, mobilidade física prejudicada, autocuidado e comunicação prejudicadas e baixa autoestima.

Em reação às principais terapêuticas prestadas, identificou-se a terapia psicossocial e psicomotora e terapia medicamentosa.

Em virtude disto, percebe-se que as ações e cuidados de enfermagem diante das terapêuticas ao idoso com Alzheimer incluem uma orientação assistencial familiar, prevenção de acidentes, preparação para a morte, estimulação cognitiva, estruturação do ambiente e orientação nutricional além da estimulação à independência. É fundamental que essas ações sejam realizadas de forma sistematizada, a partir do processo de enfermagem.



REFERÊNCIAS

BATISTA, et al. **Assistência de enfermagem: um instrumento para qualidade de vida e autonomia do portador de Alzheimer**. Cuidado em enfermagem. Goiás. 2017.

CRUZ TJP, Sá SPC, Lindolpho MC, Caldas CP. **Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver**. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):450-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680319i.

FARFAN, FARIAS, ROHRS, et al. **Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer**. Cuidarte Enfermagem. Salvador, BA. jan.-jun.; 11(1): 138-145. 2017.

FERREIRA, APM; Castro, AKP; Lima, EA; et al. **Doença de Alzheimer.** Centro Universitário Católico de Quixadá. Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem. Rio Grande. Volume 02, Número 2. Dez. 2016.

ILHA S, Zamberlan C, Nicola GDO, et al. **Refletindo acerca da Doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem**. R. Enferm. Cent. O. Min. Rio grande, RS. Jan/Abr; 4(1):1057-1065. 2014.

KLAKONSKI, E. A. MENDES, R. L. C. **Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura.** Saúde e Pesquisa, v. 8, Edição Especial, p. 161-171, 2015 - ISSN 2176-9206 (on-line).

MATTOS, et al. **Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto de estratégias de reabilitação**. Estud. Interdiscipl. Envelhec. Porto Alegre. 2011.

POLTRINERE, et al. **Doença de Alzheimer e demandas de cuidados.** Rev. Gaúcha Enferm. Rio Grande do Sul. 2011.

QUEIROZ, et al. **Cuidados paliativos e Alzheimer: concepções de neurologistas.** Rev. enferm UERJ. Rio de Janeiro. 2014.

RAMOS, et al. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer**. Artículo de Revisión. 2012.

SILVA; ARAGÃO. **Doença de Alzheimer: um olhar da enfermagem**. TCC para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. Aracaju. 2015.

SOARES; CÂNDIDO. **Assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores**. Revista Enfermagem Contemporânea. 2014.

TALMELLI LF et al. **Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência**. 220 Acta Paul Enferm. 2013; 26(3):219-25.

TAYLOR, L. de O.; DELLAROZA, M. S. G. **A realidade da atenção a idosos portadores da doença de Alzheimer: uma análise a partir de idosos atendidos em serviços públicos**. Semina: Ciências Biológicas da Saúde, Londrina, v. 31, n. 1, p. 71-82 jan./jun. 2010.

VALENTE, GSC; Lindolpho MC, Santos TD dos et al. **Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso com Doença de Alzheimer e transtornos depressivos.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 5(esp):4103-111, maio, 2013. DOI: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201302.

CAPÍTULO 7

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL MÉDICO E MITOS EM SAÚDE BUCAL EM GESTANTES

Elisa Miranda Costa
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

Karen Lorena Texeira Barbosa
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

Rafiza Félix Marão Martins
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

Ana Carolina Mendes Pinheiro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

Juliana Aires Paiva de Azevedo
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

San Diego Oliveira Souza
FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC
ERIKA BÁRBARA ABREU FONSECA THOMAZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SÃO LUÍS – MARANHÃO

RESUMO: Objetivo: avaliar a associação entre a adequação do pré-natal (PN) e a percepção de ideias mal concebidas/mitos sobre saúde bucal (SB), durante a gestação. **Métodos**: trata-se de estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva com 539 gestantes. O PN foi classificado em menos adequado, intermediário e mais adequado, a partir da distribuição em tercis. Foram encontrados 20 mitos sobre SB na gestação. Utilizaram-se os testes Qui-Quadrado, Exato de Fisher, Kruskal-Wallis e regressão logística nas análises estatísticas (α=5%). **Resultados**: Para 94,3% das gestantes com a pior adequação de PN, "*Grávidas não podem tomar anestesia odontológica*" (P=0,019). Mulheres com PN menos adequado tiveram 9,41 vezes mais chance de acreditar em mitos/crenças, quando comparadas às que tiveram o PN mais adequado (P=0,048). Não houve associação entre a adequação do PN com a presença de mitos relacionados com cárie e doença periodontal. **Conclusão**: As gestantes com assistência PN menos adequada tendem a apresentar maiores chances de perpetuar ideias mal concebidas sobre SB e procedimentos odontológicos durante a gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Saúde bucal; Pré-natal; Mitos.

ABSTRACT: Objective: to evaluate an association between the adequacy of prenatal (PN) and the perception of misconceptions / myths about oral health (OH) during pregnancy. **Methods:** This is a cross-sectional study nested with a prospective cohort of 539 pregnant women. The PN was classified as less suitable, intermediate and more appropriate, from the distribution in tertiles. Twenty myths about OH were found during pregnancy. Chi-square,

Fisher's Exact, Kruskal-Wallis and Logistic Regression were used for statistical analyzes (α = 5%). **Results:** For 94.3% of pregnancies with a worse adequacy of PN, "It is not possible to take dental anesthesia" (P = 0.019). Women with PN had more than 9.41 times more chances to believe in myths / beliefs, when compared to those with the most adequate PN (P = 0.048). There was no association between PN adequacy and the presence of periodontal disease-related myths. **Conclusion:** As pregnant women have seen a larger group of chances of perpetuating ill-conceived ideas about SB and dental procedures during a gestation.
KEYWORDS: Pregnant women; Oral health; Prenatal; Myths

1 I INTRODUÇÃO

A gestação é uma condição fisiológica caracterizada por várias alterações metabólicas e hormonais que adaptam o organismo feminino para o crescimento e maturação do feto. Estas modificações se refletem em várias partes do corpo, inclusive na cavidade oral (PIRIE *et al.*, 2007; MINOZZI *et al.*, 2008).

Há ainda registros de diferenças significativas nas taxas de cárie dentária entre mulheres grávidas e não-grávidas (SEWÓN *et al.*, 1998; VILLAGRÁN; LINOSSIER; DONOSO, 1999) Todavia, permanecem inúmeras questões quanto à etiopatogenia da cárie dentária na gestação, (LAINE, 2002) já que esta pode ser influenciada por fatores de ordem ambiental/comportamental ou por fatores sistêmicos. A susceptibilidade à cárie entre mulheres grávidas parece aumentar devido a mudanças nos padrões alimentares e nos hábitos de higiene bucal, diminuição da frequência de visitas odontológicas e episódios de vômitos frequentes (KUMAR *et al*. 2013).

Existem muitas ideias mal concebidas/mitos sobre saúde bucal durante a gestação que têm sido propagadas por várias gerações, o que leva algumas gestantes a considerarem normal adquirir cárie dentária (SCHILLING; BOWEN, 1992) e outras doenças bucais neste período (PIRIE *et al.*, 2007; BARAK *et al.,* 2003*).* Dentre as crenças mais difundidas estão: dentes ficam mais fracos pela mobilização de cálcio materno para os dentes do bebê; o tratamento odontológico realizado durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do filho; mulheres grávidas apresentam sangramento gengival (MARTINS, MARTINS, 2002) Tais ideias ainda acompanham mulheres gestantes e contribuem para dificultar o cuidado com a saúde bucal neste período, interferindo na demanda e na oferta de assistência odontológica à gestante (LAINE, 2002; LUKACS; LARGAESPADA, 2006).

A identificação destas crenças é importante para compreender as barreiras ao tratamento odontológico da gestante e para desmistificá-los, preferencialmente através de estratégias preventivo-educativas, já que a gestante é um agente multiplicador de informações em potencial (SOARES *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a promoção da saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica e integra a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva,

incluindo o pré-natal. Portanto, é essencial, que os profissionais de saúde se articulem em seus campos de conhecimento para viabilizar o processo de assistência ao pré-natal (PN) humanizado e em consonância com o princípio da integralidade, colaborando para desmistificar medos, mitos relacionados à atenção odontológica durante PN e às alterações buco-dentais atribuídas à gravidez (REIS *et al., 2010)*

Este estudo tem como objetivos avaliar se a adequação do PN está associada com a percepção de ideias má concebidas sobre saúde bucal em gestantes acompanhadas em uma Maternidade pública de São Luís, MA.

2 I MÉTODOS

2.1 Delineamentos do Estudo, Amostra e Aspectos Éticos

Este é um estudo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva com 539 gestantes em acompanhamento no Hospital Universitário, Unidade Materno Infantil, da Universidade Federal do Maranhão (HUUMI-UFMA), na cidade de São Luís, capital do Estado. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com parecer nº 004417/2010-20, em conformidade com as resoluções vigentes.

Neste estudo a amostra foi de conveniência. As mulheres foram recrutadas por ocasião da 1ª consulta de PN. Nessa ocasião, foram contatadas e convidadas a participar da pesquisa. Caso aceitassem, solicitava-se que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que respondessem a um questionário. O período de recrutamento foi de setembro de 2010 a dezembro de 2013.

2.2 Coleta dos Dados e Variáveis Incluídas no Estudo

O questionário foi composto dos seguintes blocos: 1) dados de identificação; 2) dados de contato; 3) características da gestação atual e pré-natal; 4) utilização de serviços de odontologia, exposição a flúor e saúde bucal; 5) socioeconômicos e demográficos; 6) mitos em saúde bucal.

Para classificar a adequação do PN, utilizou-se como referência o Manual de adequação do PN do Ministério da Saúde (2006), questionando-se à gestante se o(a) médico(a)/enfermeiro(a) que a acompanha no PN: perguntou a data da última menstruação; verificou o seu peso; observou inchaço em suas pernas; mediu a sua barriga; mediu sua pressão; auscultou seu bebê; fez exame ginecológico; orientou sobre alimentação; receitou remédio para anemia; receitou vitaminas; orientou sobre a amamentação; perguntou se estava usando algum remédio; orientou sobre o risco do usar remédios sem orientação médica na gravidez; examinou o seio; fez exame de prevenção do câncer de colo de útero; fez exame de sangue para sífilis no pré-natal; fez exame no pré-natal para saber qual o tipo sanguíneo; e se fez a vacina

contra o tétano. Para cada pergunta as opções eram *sim* ou *não*. Caso o médico tenha seguido todo o protocolo, a pontuação máxima seria 25 ou completamente adequado. Utilizou-se a distribuição em tercis como critério para classificação da adequação. Assim, considerou-se *menor adequação* quando a pontuação variou de 0-10; *adequação intermediária*, de 11 a 13; e *melhor adequação*, quando somava 14 ou mais pontos.

A variável dependente foi a percepção das gestantes sobre ideias e crenças referentes à cárie dental, doença periodontal e procedimentos odontológicos em gestantes. Foi gerada uma variável chamada mitos, referente ao número de mitos/crenças sem fundamentação científica nos quais a gestante acreditava. As possibilidades de soma variavam de zero a 20. Também foi utilizada a distribuição em tercis para a categorização desta variável: 0-6; 7-13 e ≥14 mitos.

As demais co-variáveis foram testadas nas análises de regressão ajustada e incluíram: *dados socioeconômicos e demográficos* [idade, escolaridade, situação ocupacional, gestante como chefe da família e classificação econômica da família segundo critério da ABEP (2008), e acesso a saneamento básico].

Elaborou-se um manual contendo instruções sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados (fichas e questionários) e critérios para classificação das variáveis, que foi utilizado para a etapa teórica do treinamento. Na etapa prática, a equipe de coleta realizou todas as etapas da pesquisa (visitas diárias ao hospital, revisão dos atendimentos ambulatoriais e nascimentos, auxílio aos entrevistadores/examinadores no caso de dúvidas, reversão de recusas e exames bucais).

2.3 Análise Estatística

As análises estatísticas foram efetuadas no software Stata, versão 14.0. A comparação das frequências entre os grupos foi realizada pelos testes exato de Fisher e Qui-quadrado para comparar frequências; e pelo Kruskal-Wallis para a comparação das medianas. Foram realizadas análises de regressão logística multinomial, calculando-se as razões de chance (OR) brutas e ajustadas. O nível de significância de 5% foi adotado para rejeição da hipótese nula.

3 I RESULTADOS

Das 20 perguntas sobre mitos relacionados à saúde bucal, a variação de acertos foi de 1 a 17. A média de acertos foi 9,5 (±3,5) e a mediana, 10,0.

As ideias mais comumente difundidos entre estas gestantes foram: "*Mesmo com todos os cuidados, algumas gravidas têm cárie e outras não* (58,9%)", "*O dentista não pode extrair dentes em gestantes* (56,7%)", "*Grávidas não podem tomar anestesia* (49,3%)", "O dentista não pode fazer RX em gestantes (40,7%)", "TO durante a gestação causa hemorragia na mulher (38,5%)" e "*É normal desenvolver*

cárie na gestação (35,1%)".

Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação às ideias mal concebidas referentes à cárie dental e a adequação do PN (Tabela 1).

Quanto à percepção referente à realização de procedimentos odontológicos durante a gestação, verificou-se diferença estatisticamente significativa nas respostas apenas para a pergunta *"Grávidas podem tomar anestesia?"*, onde 94,3% das gestantes com a pior adequação do pré-natal responderam que não. Este percentual foi de 73,8% para aquelas com adequação intermediária e 70,8% para as classificadas como de melhor adequação do pré-natal (p=0,019) (Tabela 2).

Verificou-se associação entre a ocorrência de mitos em odontologia e a adequação do pré-natal em ambas as análises de regressão não ajustada e ajustada. Na análise não ajustada, mulheres com pré-natal menos adequado tiveram 5,75 vezes mais chance de acreditar em mitos sem fundamentação científica, quando comparadas as que tiveram o pré-natal mais adequado (OR=6,75; p=0,035). Após ajuste do modelo, a associação intensificou-se (OR=10,41; p=0,048) (Tabela 2).

Mitos (n; %)	**Adequação do PN**						***P***
	Menor		**Intermediária**		**Melhor**		
	N	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	
É normal desenvolver cárie na gestação							0,645[1]
Verdadeiro (81; 35,1)	*18*	*47,4*	*29*	*54,7*	*24*	*46,1*	
Falso (90; 38,9)	20	52,6	24	45,3	28	53,9	
Não sabe (60; 26,0)							
Não é possível evitar cárie na gestação							0,845[2]
Verdadeiro (12; 5,2)	*3*	*6,5*	*4*	*6,4*	*3*	*4,3*	
Falso (201; 87,4)	43	93,5	59	93,6	66	95,7	
Não sabe (18; 7,4)							
Quem tem mais filhos tem mais cárie na gestação							0,794[1]
Verdadeiro (39; 16,9)	*9*	*25,7*	*8*	*19,5*	*13*	*24,1*	
Falso (117; 50,6)	26	74,3	33	80,5	41	75,9	
Não sabe (75; 32,5)							
Mesmo com todos os cuidados, algu-mas gravidas terão cárie e outras não							0,615[1]
Verdadeiro (136; 58,9)	*29*	*78,4*	*39*	*69,6*	*43*	*70,5*	
Falso (48; 20,8)	8	21,6	17	30,4	18	29,5	
Não sabe (47; 20,3)							
A gestação lhe fez ter problemas nos dentes							0,987[1]
Verdadeiro (65; 28,2)	*15*	*31,2*	*20*	*29,8*	*21*	*30,4*	
Falso (156; 67,5)	33	68,8	47	70,2	48	69,6	
Não sabe (10; 4,3)							

A cada gravidez se perde um dente							>0,999[2]
Verdadeiro (11; 4,8)	*2*	*5,7*	*4*	*7,3*	*4*	*6,8*	
Falso (166; 71,9)	33	94,3	51	92,7	55	93,2	
Não sabe (54; 23,3)							
O bebê suga Ca dos dentes da mãe, que ficam mais fracos							0,506[1]
Verdadeiro (64; 27,7)	*16*	*61,5*	*18*	*56,3*	*22*	*47,8*	
Falso (62; 26,8)	10	38,5	14	43,7	24	52,2	
Não sabe (105; 45,5)							

Tabela 1. Percepção das gestantes sobre ideias mal concebidas/mitos referentes à cárie dental e sua relação com a adequação do pré-natal. São Luís, Brasil. 2011-2013.

n= frequência absoluta. % = frequência relativa. 1Teste Qui-quadrado. 2Exato de Fisher. Mitos em itálico.

Variáveis (n; %)	**Adequação do PN**						***P***
	Menor		**Interme-diária**		**Melhor**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
É normal desenvolver gengivite na gestação							0,090[2]
Verdadeiro (30; 13,0)	*3*	*7,5*	*12*	*22,6*	*13*	*23,2*	
Falso (148; 64,4)	37	92,5	41	77,4	43	76,8	
Não sabe (53, 22,6)							
Não é possível evitar gengivite na gestação							0,074[2]
Verdadeiro (15; 6,5)	*6*	*15,8*	*6*	*11,1*	*2*	*3,2*	
Falso (167; 72,6)	32	84,2	48	88,9	60	96,8	
Não sabe (49; 20,9)							
Quem tem mais filhos tem mais gengivite na gestação							0,827[1]
Verdadeiro (37; 16,1)	*9*	*28,1*	*10*	*24,4*	*12*	*22,2*	
Falso (115; 50,0)	23	71,9	31	75,6	42	77,8	
Não sabe (79; 33,9)							
A gestação lhe fez ter problemas na gengiva							0,376[1]
Verdadeiro (45; 19,5)	*13*	*27,7*	*11*	*16,9*	*14*	*20,0*	
Falso (173; 74,9)	34	72,3	54	83,1	56	80,0	
Não sabe (13; 5,6)							

Tabela 2. Percepção das gestantes sobre ideias/mitos referentes à doença periodontal e sua relação com a adequação do pré-natal. São Luís, Brasil. 2011-2013.

n= frequência absoluta. % = frequência relativa. 1Teste Qui-quadrado. 2Exato de Fisher. Mitos em itálico.

4 I DISCUSSÃO

Não houve associação entre a adequação do pré-natal e a presença de mitos relacionados à cárie dentária e à doença periodontal durante a gestação. Porém, um número expressivo da amostra incluída no estudo acredita em mitos/crenças relacionadas à saúde bucal, durante a gestação. Além disso, gestantes com pior

adequação do PN tiveram maior percentual da ideia de que *"Grávidas não podem tomar anestesia".* Mulheres com menor adequação ao PN tiveram maior risco de acreditar em mitos/crenças, tanto na análise bruta quanto ajustada, para variáveis sócio demográficas.

Não há contraindicações para a realização de exodontias e outros procedimentos durante o período gestacional, desde que cuidados sejam tomados. Durante o terceiro trimestre, é importante a modificação de posicionamento durante o atendimento odontológico, para evitar o decúbito dorsal. A compressão da veia cava inferior causa a diminuição do retorno venoso, hipotensão, náusea e vômito (KLOETZEL; HUEBNER; MILGROM, 2011) Quanto à tomada radiográfica, a mesma pode ser utilizada, seguindo normas padronizadas de proteção: uso de filmes ultrarrápidos e do avental de chumbo e evitar repetições por erros de técnica (MARTINS *et al*., 2013). O uso de anestésico pode ser realizado, desde que seja necessário. A lidocaína associada ao vasoconstritor é a conduta mais segura para o atendimento odontológico das gestantes (MARTINS *et al*., 2013). Os serviços de emergência podem e devem ser realizados em qualquer trimestre da gestação. A difusão destas informações para as gestantes, por parte do profissional, minimizaria o estresse, a ansiedade e preocupações infundadas relacionadas ao período gestacional.

Apesar das alterações fisiológicas decorrentes da gravidez potencializarem uma inflamação gengival pré-existente e a atividade cariogênica[9], (SANTOS *et al*., 2012) o aumento de cáries na mulher grávida pode estar associadas às iniquidades sociais, menor acesso aos serviços de saúde, durante a gravidez; maior exposição do esmalte ao ácido gástrico, devido aos vômitos; e aspectos comportamentais; alterações de hábitos alimentares resultantes do fato de estar grávida; aumento da frequência das refeições (com a compressão do feto, há a capacidade volumétrica do estômago; alimentação mais frequente e dieta mais cariogênica) (MINOZZI *et al., 2008;* SANTOS *et al*., 2012)

Codato (2008) apresenta a inexistência de diferenças na composição química do esmalte e da dentina em dentes extraídos tanto de pacientes grávidas como não-grávidas. Observações radiográficas e de análises químicas de dentina mostraram que o dente humano não é desmineralizado durante a gravidez. Logo, parece não haver perdas de substância mineral da dentina durante a gestação.

No estudo de Martins *et al*. (2002), selecionaram, ao acaso, 55 gestantes (multigestas e primigestas), de nível socioeconômico baixo em atendimento médico em núcleos de saúde pública da cidade de Anápolis-GO para avaliação de conhecimento sobre o tema cárie. Mostraram que aproximadamente metade das entrevistadas achavam que a gravidez pode causar problemas na boca. Foi citado o aumento de cáries, e ainda que 29,42% das gestantes multigestas associaram a gravidez com o enfraquecimento dos dentes da mãe, devido à transferência de cálcio da mãe para a criança. Este resultado difere um pouco do nosso estudo, onde o percentual foi maior, 47,8% das gestantes de PN mais adequado pensavam dessa

forma, enquanto que 61,5% do grupo menos adequado referiram isso (P=0,506).

O APNCU (*Adequacy Of Prenatal Care Utilization Index*) e o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 2000 para ampliar a qualidade do cuidado PN, orientam que no PN deve ser realizado o número mínimo de seis consultas. (BRASIL, 2000) Nosso estudo categorizou em tercis a adequação do PN, considerando a assistência gestacional da entrevistada. Assim, quando se perguntou se "*Grávidas podem tomar anestesia?*" as gestantes com o PN menos adequado responderam mais erroneamente (94,3%) que as grávidas com o PN mais adequado (70,8%; p=0,019). Apesar da diferença estatística entre os grupos, os percentuais de erro de ambas foram bastante elevados, demonstrando que há ainda mitos bastante arraigados no saber popular e, em especial, nas gestantes. Desse modo, é fundamental a transmissão de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda equipe do PN, visando uniformizar conceitos e desmistificar crenças e mitos sobre odontologia e gravidez (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Conforme Brasil (2006), os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, é necessário o compartilhamento de informações e recomendações claras entre os profissionais da saúde, para garantir a segurança do tratamento odontológico e a saúde sistêmica. Para efetivar tal ação, por meio de uma Portaria Ministral, a Rede Cegonha foi instituída desde 2011, preconizando que a gestante deve ser submetida a, pelo menos, uma consulta odontológica durante a gravidez (RUSSEL; ICKOVICS; YAFFEE, 2008; BRASIL, 2011).

Este estudo apresenta algumas limitações: o delineamento transversal e amostra de conveniência, dentro de uma população que não corresponde de forma representativa à população de São Luís - MA. Porém, este trabalho constrói um perfil epidemiológico sobre a temática, além da análise considerar os fatores de confusão para a exposição e o desfecho. Embora o estudo tenha sido seccional, considera-se que tenha sido adequado para as nossas perguntas de investigação.

5 I CONCLUSÕES

A gestante com assistência pré-natal menos adequada tem mais chances de perpetuar ideias mal concebidas sobre saúde bucal e procedimentos odontológicos.

REFERÊNCIAS

BARAK, S. et al. Common oral manifestations during pregnancy: a review. **Obstetrical & Gynecological Survey**, Philadelphia, v. 58, n. 9, p. 624-628, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência

Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 de Junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 de Junho de 2011; Seção 1.

CODATO, L. A. B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Residente MA. **População Residente segundo Município. 2010**. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>. Acesso em: 12 jullho 2014.

KLOETZEL, M. K.; HUEBNER, C. E.; MILGROM, P. Referrals for dental care during pregnancy. **The Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 56, n. 2, p. 110-117, 2011.

KUMAR, S. et al. Factors influencing caries status and treatment needs among pregnant women attending a maternity hospital in Udaipur city, India. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 5, n. 2, p. e72, 2013.

LAINE, M. A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 60, n. 5, p. 257-264, 2002.

LEE, H. J.; HA, J. E.; BAE, K. H. Synergistic effect of maternal obesity and periodontitis on preterm birth in women with pre-eclampsia: a prospective study. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 43, n. 8, p. 646-651, 2016.

LUKACS, John R.; LARGAESPADA, Leah L. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies. **American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association**, Nova Iorque, v. 18, n. 4, p. 540-555, 2006.

MARTÍNEZ-BENEYTO, Y. et al. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Limerick, v. 114, n. 1, p. 18-22, 2011.

MARTINS, R. F. O.; MARTINS, Z. I. O.; What pregnant women know about dental caries: in envoluation of the knowledge of primigravid and multigravid about their own oral health. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro; v. 10, n. 5, 2002.

MARTINS, L. de O. et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 4, n. 4, p. 11-18, 2013.

MINOZZI, F. et al. Odontostomatological approach to the pregnant patient. **European Review for Medical Pharmacological Sciences**, Roma, v. 12, n. 6, p. 397-409, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-45, 2007.

NETO, S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 3057-3068, 2012.

PIRIE, M. et al. Dental manifestations of pregnancy. **The Obstetrician & Gynaecologist**, London, v. 9, n. 1, p. 21-26, 2007.

POLETTO, V. C. et al. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatos**, Canoas, v. 14, n. 26, p. 64-75, 2008.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 269-276, 2010.

RUSSELL, S. L.; ICKOVICS, J. R.; YAFFEE, R. A. Exploring potential pathways between parity and tooth loss among American women. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 98, n. 7, p. 1263-1270, 2008.

SCAVUZZI, A. I. F. et al. Evaluation of Oral Health Knowledge and Practices of Pregnant Women Attending Public and Private Health Services in the City of Feira de Santana, BA, Brazil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 39-45, 2008.

SCHILLING, K. M.; BOWEN, W. H. Glucans synthesized in situ in experimental salivary pellicle function as specific binding sites for Streptococcus mutans. **Infection and immunity**, Washington, v. 60, n. 1, p. 284-295, 1992.

SEWÓN, L. A. et al. Associations between salivary calcium and oral health. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 25, n. 11, p. 915-919, 1998.

SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. **American family physician**, Kansas City, v. 77, n. 8, 2008.

SOARES, M. R. P. S. et al. Pré-natal odontológico: a inclusão do cirurgião-dentista. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais - Animais e Humanos**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 53-57, 2009.

VILLAGRÁN, E.; LINOSSIER, A.; DONOSO, E. Count of salivary Streptococci mutans in pregnant women of the metropolitan region of Chile: cross-sectional study. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 127, n. 2, p. 165-170, 1999.

CAPÍTULO 8

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA INTERRUPÇÃO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MARANHENSE

Adriana Alves Guedêlha Lima
Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Anderson Araújo Corrêa
Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Rosângela Silva Pereira
Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Gizelia Araújo Cunha
Universidade Federal do Maranhão
Codó – MA

Francisca Natália Alves Pinheiro
Prefeitura de Colinas
Colinas – MA

Otoniel Damasceno Sousa
Governo do Estado do Maranhão
Colinas – MA

Dheymi Wilma Ramos Silva
Universidade Estadual do Maranhão
Coroatá – MA

Fernando Alves Sipaúba
Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Jairina Nunes Chaves
Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – MA

Adriana Torres dos Santos
Governo do Estado do Maranhão
São Luís – MA

Nathallya Castro Monteiro Alves
Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus – AM

RESUMO: Esse estudo tem por objetivo analisar o conhecimento e a prática de mães do município de Sucupira do Norte – MA acerca do aleitamento materno exclusivo e as suas possíveis causas de interrupção. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e descritiva-exploratória, nos meses de agosto e setembro de 2017. Participaram do estudo mães pertencente à Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município, que possuíam filhos na faixa etária entre 0 e 6 meses e que interromperam o Aleitamento Materno Exclusivo. Os resultados demonstraram que o perfil socioeconômico em sua maioria pertence a faixa etária de 21 a 30 anos, com ensino médio completo, e renda mensal familiar de até um salário mínimo. A principal causa de interrupção precoce da AME foi a necessidade de ajudar na renda familiar, visto que a maior parcela de mães possui renda inferior a um salário. Outro aspecto foi a interrupção em decorrência de doenças relacionadas à mama. O desmame, segundo as mães, foi realizado sem orientações adequadas de profissionais da saúde e com substituição por leites industrializados. A principal dificuldade encontrada pelas mães durante a amamentação foi a dor, sendo esta

resultante da pega incorreta no peito, oriunda da falta de prática e educação. Torna-se necessário trabalhar em torno de um objetivo comum que é viabilizar condições para que as mães possam realizar o AME com segurança e eficácia, proporcionando saúde e bem-estar tanto para si como para a criança. Sendo este um importante desafio para todos os envolvidos na área da saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno Exclusivo. Desmame Precoce. Atenção Básica.

EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND ITS INTERRUPTION: KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MOTHERS OF A MUNICIPALITY OF THE MARANHENSE INTERIOR

ABSTRACT: This study aims to analyze the knowledge and practice of mothers in the city of Sucupira do Norte - MA on exclusive breastfeeding and its possible causes of interruption. A qualitative and descriptive-exploratory study was carried out in August and September of 2017. Participants in the study were mothers belonging to the Family Health Strategy of the urban area of the municipality, who had children between 0 and 6 months old and who interrupted Exclusive Breastfeeding. The results showed that the socioeconomic profile in the majority belong to the age group of 21 to 30 years old, with full secondary education, and monthly family income of up to a minimum wage. The main cause of early interruption of SMA was the need to help with family income, since the largest proportion of mothers had income below a salary. Another aspect was the interruption due to diseases related to the breast. Weaning, according to the mothers, was carried out without adequate guidelines from health professionals and with replacement by industrialized milks. The main difficulty found by mothers during breastfeeding was pain, which is the result of incorrect breastfeeding, resulting from lack of practice and education. It is necessary to work around a common goal that is to enable conditions for mothers to carry out the SMA safely and effectively, providing health and well-being for themselves and the child. This is a major challenge for all involved in the health area.
KEYWORDS: Exclusive Breastfeeding. Early Weaning. Basic Attention.

1 I INTRODUÇÃO

Entende-se por Aleitamento Materno Exclusivo (AME) a alimentação que a criança recebe tendo como único ingrediente o leite materno, no período de tempo que compreende o espaço entre o nascimento até o sexto mês de vida. Ressalta-se que após este período o aleitamento materno deve continuar, porém, não de forma exclusiva, uma vez que são acrescidas outras substâncias complementares na dieta do bebê até dois anos de idade no mínimo (PEREIRA *et al.*, 2010).

Partindo desse pressuposto é contundente enfatizar que o AME é extremamente

importante para a saúde da criança devido aos inúmeros benefícios que proporciona tanto a lactante quanto principalmente ao lactente, podendo ser ministrado logo após o parto (ARAÚJO *et al.,* 2013).

O AME constitui-se em uma prática muito importante para a saúde das crianças devido os inúmeros benefícios que proporciona, pois o leite materno possui todas as substâncias necessárias para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida, além de atuar diretamente no sistema imunológico protegendo-o de várias doenças de caráter infeccioso. No entanto, muitas mulheres interrompem o aleitamento materno precocemente, os motivos são diversificados, tais como: doenças, trabalho, problemas de relacionamento conjugal, entre outros, acarretando perdas à saúde da criança, resultando no desmame precoce. Considera-se desmame precoce todo alimento introduzido pela lactante na dieta da criança no período de zero a seis meses de vida que não seja o leite materno (FARIAS; WISNIEWSKL, 2015; RIBEIRO; SOUSA; COSTA, 2015).

Os benefícios do aleitamento materno estão ligados a uma menor mortalidade infantil por doença como a diarreia e infecções respiratórias. (SANTOS, 2015). Portanto, salienta-se que o AME se constitui como uma prática alimentícia mais adequada para se ofertar a criança do nascimento aos primeiros meses de vida, pois apresenta vários benefícios tanto do ponto de vista nutritivo quanto do ponto de vista imunológico, bem como apresenta vantagens significativas no aspecto psicológico e emocional ao desenvolver o laço afetivo entre o binômio mãe-filho (MARTINS, 2013).

Observa-se que apesar do aleitamento materno ser considerado extremamente importante para a saúde física das crianças ainda existe a possibilidade de ocorrer problemas no processo do aleitamento que dependendo da gravidade pode culminar com a interrupção da amamentação.

Na atualidade muitas mulheres estão acompanhando uma tendência mundial que consiste em priorizarem a sua formação acadêmica, seu desenvolvimento profissional e a sua estabilidade econômico-financeira para posteriormente buscarem a construção da família e consequentemente a gestação. Esta, por sua vez, acontece com a mulher numa idade avançada, sendo comum a perda de hormônios que posteriormente irá interferir no processo de amamentação. Além disso, diversas mulheres apresentam problemas durante o aleitamento como: dor, fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e mastite (BRITO; OLIVEIRA, 2006).

Nesta vertente, destaca-se que o desmame precoce configura-se como um grave problema tanto no aleitamento materno exclusivo quanto na amamentação de modo mais amplo. Isto se justifica pelo fato dos inúmeros prejuízos que podem apresentar tanto a saúde da criança quanto da mãe. Portanto, verifica-se que o desmame precoce só pode ser realizada em casos extremamente graves e ainda assim com o apoio e autorização médica para proporcionar a orientação certa e segura a lactante (GIUGLIANI, 2004).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar o conhecimento

e a prática de mães do município de Sucupira do Norte – MA acerca do aleitamento materno exclusivo e as suas possíveis causas de interrupção.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo. Buscou-se aprofundar o conhecimento sobre o tema estudado, bem como a exposição da vivência, das opiniões e percepções dos sujeitos estudados. O estudo foi realizado no município de Sucupira do Norte – MA, localizado na mesorregião Leste maranhense. O município encontra-se no ponto mais alto do Estado do Maranhão. O desenvolvimento do estudo foi realizado exclusivamente na unidade de saúde da zona urbana do município, a mesma possui 950 famílias cadastradas. A escolha da população urbana é justificada pela facilidade de acesso aos participantes do estudo.

Na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família existiam cadastradas 62 lactantes com bebês de até 1 ano, sendo 35 com bebês acima de 6 meses e 27 com lactentes na faixa dos 0 aos 6 meses de vida. O universo da pesquisa foi o conjunto das lactantes que realizaram a interrupção da amamentação entre crianças de 0 a 6 meses de vida. A amostra foi aleatória e formada por 10 lactantes deste universo. O número de participantes foi definido durante a captura de dados usando o critério de saturação, onde as entrevistas foram interrompidas quando as respostas dadas pelos participantes apresentavam repetições das informações.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser lactante de criança entre 0 e 6 meses; ter realizado o desmame precoce com crianças ainda na respectiva faixa etária; estar cadastrada na unidade de saúde da zona urbana do município; e aceitou fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no domicílio da participante e na Unidade Básica de Saúde com a realização de entrevista semiestruturada. O período de coleta ocorreu entre os meses de agosto a setembro de 2018.

As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico para posterior transcrição *ipsis literis* e analise dos discursos. O registro das informações e dados obtidos foram transcritos, objetivando uma melhor análise para discussão dos resultados. A análise de dados foi feita pelo método de análise de conteúdo por possibilitar uma descrição objetiva do material escrito e posterior investigação. Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, através da utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens expressas pelo indivíduo.

Com base na análise das entrevistas realizadas destaca-se que emergiriam três categorias, são elas: categoria a) principais causas do desmame precoce; categoria

b) dificuldades encontradas pelas lactantes para realizarem o aleitamento materno exclusivo e categoria c) importância do aleitamento materno exclusivo.

O estudo respeitou a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Sendo garantido a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento do estudo. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, localizado na cidade de Caxias – MA, sob o Parecer nº 2.217.207.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Perfil epidemiológico das lactantes

A tabela 1 expõe o perfil sociodemográfico das lactantes do município de Sucupira do Norte, Maranhão.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
Até 20 anos	2	20%
21 a 30 anos	8	80%
Grau de instrução		
Ensino Fundamental Incompleto	1	10%
Ensino Fundamental Completo	1	10%
Ensino Médio Incompleto	3	30%
Ensino Médio Completo	5	50%
Renda mensal		
Até 1 salário	7	70%
Entre 1 a 3 salários	2	20%
Acima de 3 salários	1	10%
Meses do filho ao desmamar		
Entre 1 e 3 meses	4	40%
Entre 4 e 6 meses	6	60%
Total	10	100%

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das lactantes do município de Sucupira do Norte, Maranhão, 2017.

Conforme os dados expostos na tabela acima, 80% (8) do total das lactantes entrevistadas estão na faixa etária de 21 a 30 anos, enquanto que 20% (2) do total do possui apresenta idade ≤ 20 anos.

Os dados evidenciados são extremamente importantes no contexto da pesquisa, pois revelam que o aleitamento materno está diretamente relacionado com o período considerado propício para efetivação da maternidade. Segundo especialistas a melhor idade para mulher ter filhos e posteriormente realizar o aleitamento materno é entre os 20 e 30 anos. Fato este confirmado pela presença de órgãos reprodutores

já formados, além da efetiva produção dos hormônios responsáveis pela produção do leite materno (prolactina e a ocitocina). Na faixa etária ideal as mulheres não apresentam deficiência hormonal que possa causar complicações no aleitamento materno e consequentemente sua interrupção (TEXEIRA, 2010).

No tocante ao grau de instrução, destaca-se que 50% (5) das entrevistadas possuem o ensino médio completo, enquanto 10% (1) apresenta nível fundamental completo.

Dados do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que quanto maior for à idade e o grau de instrução da mulher, menores serão as possibilidades de gravidez. No estudo as mulheres com idade superior a 30 anos, que apresentam nível superior, e que possuem filhos e amamentam representam 12% do total. Esta tem sido uma tendência nos últimos anos, ênfase dada as principais capitais do país, onde muitas mulheres buscam num primeiro momento a sua formação acadêmica e posteriormente a consolidação da sua carreira profissional para em seguida pensar na gestação (BRASIL, 2014).

No que diz respeito à renda familiar das lactantes entrevistadas, registra-se que conforme os dados da tabela, 70% (7) possuem renda mensal familiar de até 1 salário mínimo, 20% (2) apresentam renda entre 1 e 3 salários mínimos e 10% (1) estão com renda superior a 3 salários.

A renda é um importante viés para a saúde e o bem-estar das mulheres, principalmente quando se leva em consideração o período de aleitamento materno. Isto se justifica pelo fato de a lactante necessitar de uma boa alimentação para repor as substâncias e os nutrientes contidos no leite materno. Uma má alimentação durante o período de amamentação implica na baixa qualidade do leite materno consumido pela criança, além da possiblidade de ter complicações no bem-estar físico, propiciando riscos de aquisição de doenças que podem ser transmitias a criança pelo frequente contato (TEXEIRA, 2010).

Durante a entrevista de campo algumas lactantes que realizaram o desmame precoce afirmaram nunca ter consultado com um nutricionista ou ter recebido alguma orientação nutricional especifica para o período do aleitamento materno exclusivo. Era comum algumas entrevistadas (principalmente as mais novas) demonstrarem dúvidas sobre o consumo de determinados tipos de alimentos e bebidas.

Segundo Brasil (2002) é essencial que a mulher tenha uma alimentação balanceada tanto na gestação quanto no período do aleitamento, devendo consumir produtos ricos em vitaminas, sais minerais, proteínas e carboidratos, mantendo também uma hidratação, fator importante na produção do leite.

3.2 Análise do desmame precoce das lactantes

Categoria 1: Principais causas do desmame precoce

As entrevistas realizadas com as lactantes mostraram que a principal causa do desmame precoce é o trabalho. Muitas afirmaram que tiveram que voltar a trabalhar antes mesmo do término do aleitamento materno exclusivo, por uma questão de sobrevivência.

A M1 relata bem essa situação quando afirma: "*Tive que voltar a trabalhar muito cedo porque o que o meu marido ganha não dá pra sustentar a gente. Por isso, eu resolvi por conta própria interromper o aleitamento materno exclusivo para ajudar na despesa de casa*".

Esta informação está correlacionada com o perfil sociodemográfico das lactantes entrevistas, sobretudo, no que diz respeito à renda média mensal, onde a maior parcela possui renda de até um salário mínimo. A baixa renda é um fator preponderante para que o referido público interrompa o aleitamento materno exclusivo em busca de recursos para sustento da família.

Vale ressaltar que devido a ascensão da mulher na sociedade capitalista, sobretudo, no que diz respeito ao seu crescimento na participação do mercado de trabalho contribuiu diretamente para o abandono do aleitamento materno exclusivo. Muitas mulheres que tiram a sua fonte de renda do trabalho informal se veem obrigadas a interromperem a amamentação exclusiva por não terem carteira assinada e consequentemente não possuírem acesso aos direitos dados ao trabalhador formal (FREITAS; SOUZA; ZOCCHE, 2011).

Outro aspecto que chamou atenção na pesquisa foi o fato de muitas lactantes terem informado que a principal causa do desmame precoce foi a doença. M6 relatou que: "*Eu tenho problema de pedra nos rins aí eu tomava muito medicamento, antibiótico, por causa das dores que eu sentia, aí através dos antibióticos que eu tomava secou meus peitos, não dava leite, de jeito nenhum, aí eu tive que interromper mesmo, os médicos mandaram eu interromper porque não tinha condição deu amamentar ela, aí com três meses ela não mamou mais*".

Durante o período do aleitamento materno exclusivo podem surgir algumas complicações que resultem no desenvolvimento de doenças tanto nas lactantes quanto nos lactentes, as mais comuns são: dores e lesões nos mamilos, candidíase mamária, ductos obstruídos, mastite, nódulos nos seios e as doenças infecciosas, tais como: rubéola, tuberculose, caxumba etc. Isto geralmente acontece devido o sistema imunológico de muitas mulheres ficarem mais vulneráveis neste período (GIUGLIANI, 2004).

O que chama atenção é fato de várias lactantes entrevistadas durante a pesquisa de campo relataram que interromperam o aleitamento materno exclusivo sem consulta ou autorização médica e que por conta própria substituírem o leite materno por outras substâncias como relata M4: "*Eu interrompi a amamentação quando meu filho tinha só três meses, logo após o parto tive alguns problemas de saúde, tomei medicamentos e percebi que o peito foi secando, secando até que não produziu mais leite. Daí foi o jeito mesmo interromper".*

É sempre recomendável que as lactantes ao perceberem algum problema de saúde que possa influenciar no aleitamento materno exclusivo, causando assim o desmame precoce, busquem auxílio médico para tratar o referido problema. Caso o médico oriente a lactante a cessar com a amamentação irá consequentemente orientar quais alimentos ou compostos podem substituir o leite materno (FREITAS; SOUZA; ZOCCHE, 2011).

Categoria 2: Dificuldades encontradas pelas lactantes para realizarem o aleitamento materno exclusivo

Segundo os relatos das lactantes entrevistadas a maior dificuldade encontrada para realizarem a amamentação é a dor. Algumas inclusive afirmaram que a dor era maior nos primeiros dias de amamentação devido a pegada da criança ser algo novo como expõe M10: "*Mermã sentia muita dor, os primeiros dias de amamentação pra mim foi terrível de mais. Feriu meu peito no começo, até hoje ainda sinto um pouco de dor no bico do peito, as vezes fica vermelhinho de tanto o que o neném mama. Fui até no médico pra saber se essa dor é normal".*

O Ministério da Saúde chama atenção para o fato de que a lactante deve tomar alguns cuidados para que o ato da amamentação não gere dor e desconforto. Dessa forma, um número expressivo de mulheres brasileiras destaca que a principal queixa na hora da amamentação é a dor, o bico do seio geralmente fica rachado e sensível, o que causa inflamações e dificulta o aleitamento (BRASIL, 2014).

A dor e o desconforto causados na amamentação geralmente são consequências do mau encaixe da boca da criança com o peito da mãe. Ao sentir a dor ou desconforto orienta-se que a mãe tire o bebê com cuidado e coloque de novo para mamar, observando as posições onde a pegada se encaixe melhor (TESSARO *et al.*, 2003).

Gomes (2003) recomenda em casos de dor na hora da amamentação a lactante deve: corrigir a pegada do bebê (a criança deve sugar a aréola inteira e não apenas o mamilo); ofereça o peito que estiver menos sensível a dor (as primeiras sugadas são em geral bastante intensas e rigorosas, o que pode acarretar numa maior sensação de dor e desconforto); o uso de pomadas também serve para cicatrizar e diminuir a intensidade das dores ou da sensibilidade.

É recomendável realizar uma consulta médica devido os fatores contribuintes para o desmame precoce, como o aparecimento de fissuras e rachaduras nos mamilos, o que pode transformar um ato prazeroso, em um causador de dor e sofrimento e, por consequência, uma justificativa para a interrupção do aleitamento (FERREIRA, 2014).

Categoria 3: Importância do aleitamento materno exclusivo

No tocante a importância do aleitamento materno exclusivo, um número

expressivo das lactantes entrevistadas, relatou ser importante para livrar a criança recém-nascida de várias doenças, principalmente aquelas de caráter infeccioso.

M7 *"A criança fica sadia, e fica com a imunidade alta pra muitas doenças e evita disinteria, esse tipo de coisa que criança normalmente tem como febre, gripe, aí o aleitamento materno é como se fosse uma vacina contra essas doenças".*

De fato o aleitamento materno exclusivo além de prevenir doenças no início da vida, o leite materno parece reduzir o risco de certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças autoimunes, doença celíaca, doença de Crohn e colite ulcerativa, diabetes mellitus e linfoma. Alergia alimentar também tem sido encontrada menos frequentemente em crianças amamentadas exclusivamente ao peito, e a dermatite atópica pode ter o seu início retardado com a alimentação natural (GIUGLIANI, 2004).

O leite materno também protege o organismo da criança contra algumas doenças de caráter respiratório como a asma, contribui para inibir doenças futuras como hipertensão, diabetes, obesidade. Enfim, são muitos os benefícios que o aleitamento materno exclusivo proporciona a criança, pois evita muitas doenças como também é a principal fonte nutricional das crianças (DIEHL; ANTON, 2011).

Outro aspecto importante de ser mencionado foi o fato de muitas lactantes relatarem que o aleitamento materno exclusivo cria um laço afetivo entre a mãe e o bebê.

M3 "*Pra mim a maior importância é esse laço afetivo criado entre mim e meu filho. Com o tempo ele já vai me reconhecendo, sente o meu cheiro, o meu toque. Quando eu vou chegando perto dele as expressões faciais já demonstram carinho felicidade. Amamentar é coisa de mãe mesmo é como se eu tivesse passando vida pra ele".*

O aleitamento materno exclusivo dentre os muitos benefícios que gera a lactante e ao lactente proporciona a criação de laços afetivos, pois o primeiro contato que a criança tem ao nascer é com a mãe. No decorrer da amamentação o bebê tem os seus sentidos e emoções aguçados pelo contato com o corpo da mãe, o calor, o cheiro, o gosto do leite materno fazem com que a criança descubra o mundo através da relação afetiva com a mãe, criando uma sensação de dependência (DIEHL; ANTON, 2011).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a importância do aleitamento materno exclusivo e as possíveis causas do desmame precoce, tomando por base a opinião das lactantes. Os resultados desta pesquisa pretendem apontar novas medidas que contribua para a prática do aleitamento materno exclusivo na localidade proporcionando segurança, saúde e bem-estar tanto as lactantes quanto aos seus

filhos.

Com base na análise dos dados ofertados verificou-se que o perfil sociodemográfico das lactantes é formado em sua maioria por mulheres com faixa etária entre 21 e 30 anos, com nível médio completo, portanto, apresentam conhecimento e acesso à informação que são fatores importantes que auxiliam para evitar a interrupção do AME.

Destaca-se a opinião das lactantes sobre o principal motivo do desmame precoce sendo apontada às questões relacionadas a doença e trabalho. A dor e a realização de atividades paralelas foram apontadas como as principais dificuldades que as lactantes encontraram durante o período de amamentação. Por outro lado, o referido público-alvo considera muito importante a amamentação nos seis primeiros meses, principalmente porque contribui para evitar muitas doenças infecciosas na criança nesta fase e no futuro, sendo assim um alimento saudável. Assim sendo, a maioria das lactantes demonstraram felicidade com a amamentação.

Registra-se a eminente necessidade do poder público investir em campanhas promocionais que divulguem e, sobretudo, conscientizem as mulheres e seus companheiros sobre a importância do AME, bem como, viabilize ações de consulta, apoio e intervenção especializada em casos de interrupção precoce principalmente nas regiões mais afastadas dos principais centros urbanos do país.

Portanto, torna-se necessário trabalhar em torno de um objetivo comum que é viabilizar condições para que as lactantes possam realizar o AME com segura e eficácia, proporcionando saúde e bem-estar tanto para si como para a criança. Sendo este um importante desafio para todos os envolvidos na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. B. de R. *et al*. **Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato.** Saúde em debate, v. 37, n. 96, p. 130-138, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1. ed. Lisboa: Edições 70. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável.** Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Mais brasileiras esperam chegar aos 30 para ter primeiro filho.** 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/10/maisbrasileiras-esperam-chegar-aos-30-para-ter-primeiro-filho>. Acesso em: 25 set.
2017.

BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. **Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 27, n. 2, p. 193-202, 2006.

DIEHL, J. P.; ANTON, M. C. **Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo.** Aletheia, n. 34, p. 47-60, 2011.

FARIAS, S. E.; WISNIEWSKL, D. **Aleitamento materno x desmame precoce.** Rev. UNINGÁ Review, Paraná, v. 22, n. 1, p. 14-19, 2015.

FERREIRA, L. da S. *et al*. **Ações educativas sobre os cuidados com os mamilos para grupos de grávidas e lactantes: contribuições do pet-saúde.** In: congresso de educação em saúde da Amazônia, 3., 2014, Belém. Anais. Belém: UFPA, 2014. p. 0 - 1.

FREITAS, E. D.; SOUZA, T.; ZOCCHE, D. de A. **Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade.** Enfermagem em Foco, v. 2, n. 1, p. 10-13, 2011.

GOMES, W. A. **Aleitamento Materno e alimentação do recém-nascido lactente.** Feira de Santana, 2003.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo.** Jornal de pediatria. Rio de Janeiro. v. 80, n. 5, p.147-154, nov. 2004.
017.

MARTINS, M. Z. **Benefícios da amamentação para saúde materna.** Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente, v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.

PEREIRA, R. S. V. *et al.* **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica.** Cad Saude Publica, v. 26, n. 12, p. 2343-54, 2010.

RIBEIRO, T. A.; SOUSA, A. M. de J.; COSTA, H. M. **Aleitamento materno: Influência de mitos e crenças no desmame precoce.** Saúde em Foco, v. 2, n. 1, p. 151-167, 2015.

SANTOS, F. S. **Aleitamento materno e diarreia em menores de um ano de idade em Imperatriz - MA.** 2015. 126f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

TESSARO, S. *et a*l. **Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 6, p.1593-1601, 2003.

TEXEIRA, L. do C. C. **Benefícios do aleitamento materno até o sexto mês de vida.** 2010. 20f. Monografia (Especialização em atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2010.

CAPÍTULO 9

ANÁLISE DA EFICÁCIA DOS MODELOS DE DISPENSAÇÃO E SEU IMPACTO PARA O GERENCIAMENTO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Renan Rhonalty Rocha
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
SOBRAL-CEARÁ

Maria Vitória Laurindo
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Antônia Crissya Ximenes Farias
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Alana Cavalcante dos Santos
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Camilla Rodrigues Pinho
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Resumo: Os serviços de saúde possuem a necessidade de buscar constantemente a excelência em suas atividades, pois um erro, além de gerar prejuízos para a instituição, pode levar ainda a perda de vidas. Desta forma, a missão essencial das dos hospitais é servir a seus pacientes da forma mais adequada e segura. Por isso, toda a instituição hospitalar deverá preocupar-se em encontrar a excelência da qualidade em sua gestão e assistência. Este artigo teve como objetivo analisar a eficácia dos modelos de dispensação e seu impacto para o gerenciamento hospitalar. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica através de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente procurando enfatizar a importância da atenção farmacêutica na melhoria da qualidade de vida dos pacientes idosos. Concluiu-se que os modelos são de grande importância para o gerenciamento de uma farmácia hospitalar, sendo os modelos atualizados e melhorados com o passar dos anos. Além disso, determinou-se que o profissional farmacêutico é de grande importância para gerir estes modelos, uma vez que sem ele, aumenta a incidência de erros de medicação e os gastos para a instituição hospitalar.
PALAVRAS-CHAVE: Modelos de Dispensação. Eficácia. Gerenciamento Hospitalar.

ABSTRACT: Health services have the need to constantly strive for excellence in their activities, since an error, in addition to generating losses for the institution, can also lead to loss of life. In this way, the essential mission of the hospitals is to serve their patients in the most adequate and safe way. Therefore, the whole hospital should be concerned with finding quality excellence in its management and care. This article aimed to analyze the effectiveness of dispensing models and their impact on hospital

management. A bibliographical research was carried out through a detailed analysis of materials published in the literature previously seeking to emphasize the importance of pharmaceutical care in improving the quality of life of elderly patients. It was concluded that the models are of great importance for the management of a hospital pharmacy, and the models are updated and improved over the years. In addition, it was determined that the pharmaceutical professional is of great importance to manage these models, since without it, increases the incidence of medication errors and expenditures for the hospital institution.
KEYWORDS: Dispensing Models. Efficiency. Hospital Management.

1 I INTRODUÇÃO

Todo hospital, em território nacional, deve preocupar-se com a busca permanente da melhoria da qualidade de sua assistência e gestão, para isso, a missão primordial dos hospitais é promover o atendimento dos seus pacientes da forma mais adequada e segura (BRASIL, 2002). Inserido neste contexto, o serviço de farmácia hospitalar, com a gerência do farmacêutico responsável possui diversas funções que impactuam diretamente na assistência hospitalar. Trata-se de um sistema relevante e complexo no âmbito da prestação de serviços e gestão em saúde, não só por causa dos altos custos que estão envolvidos, mas também por se tratar de um dos instrumentos mais básicos para o atendimento ao paciente (PENAFORTE et al, 2007; MAGARINO-TORRES, 2011).

Para Nogueira (1961) a farmácia hospitalar representa uma atividade que conquistou um significado muito especial, porque se trata de um setor com alto fator de impacto e cooperação para o perfeito equilíbrio do orçamento hospitalar, contribuindo, desta forma, de modo decisivo no custo da internação.

Assim, a farmácia hospitalar constitui um local de muita importância quando se trata do uso racional e seguro de medicamentos e serviços de saúde, integrando-se, ainda, com as outras unidades de cuidado ao paciente no âmbito hospitalar. Esta conquista é conseguida por meio da atenção e assistência farmacêutica prestada, que se inicia com a seleção, passando pela aquisição, armazenamento, e chegando até a dispensação do medicamento para o paciente, além de alguns serviços especializados oferecidos, tais como, farmácia clínica e farmacovigilância (NASCIMENTO et al., 2013).

No âmbito de uma farmácia hospitalar, o farmacêutico atua como um gerente, podendo iniciar a implantação de um sistema de assistência farmacêutica através da promoção da saúde e vigilância da doença, além do acompanhamento ao tratamento do paciente, de forma direta e indireta, prestando sempre uma melhor atenção ao paciente e buscando melhorar sua internação e qualidade de vida (VIEIRA, 2007). Além disso, o farmacêutico pode avaliar as prescrições médicas, a fim de diminuir erros em relação a dose, concentração, vias de administração, ou mesmo a troca do

próprio medicamento. Portanto, o farmacêutico é um profissional amplo, e consegue atuar junto ao corpo clínico do hospital e com outros profissionais buscando melhorar consideravelmente a assistência prestada (NUNES et al., 2008; REIS et al., 2013).

Uma das atividades de maior importância e impacto na dentro da farmácia é a dispensação de medicamentos. Quanto maior for à eficácia e eficiência deste sistema, maior será a contribuição prestada a fim de garantir o sucesso das profilaxias e terapêuticas instauradas. Para isso foram criados os sistemas de distribuição para otimizar a dispensação, buscando minimizar erros (CAVALLINI; BISSON, 2002).

Existiam três tipos de sistema de distribuição de medicamentos, aplicados à gestão de farmácia hospitalar: dose unitária, individual e coletivo, contudo, estudos apontam que já está sendo realizada a combinação entre os sistemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994; PEDRO et al., 2009). No sistema de distribuição por dose unitária os medicamentos são fracionados e estão contidos em embalagens de forma unitária, prontos para serem administrados de acordo com a prescrição médica, identificados e individualizados para cada usuário em cada horário. No sistema individualizado os medicamentos são fornecidos em embalagens individualizadas, dispostos de acordo com o horário de administração que consta na prescrição médica, para o máximo de 24 horas e de forma identificada para cada paciente. Já no sistema coletivo a farmácia hospitalar é apenas repassa os medicamentos em suas embalagens originais conforme solicitados pelo pessoal de enfermagem, ou seguindo um estoque máximo e mínimo para cada unidade solicitante em um período máximo de 24 horas. (MOREIRA, 2008; PEDRO et al., 2009).

Neste contexto, o objetivo principal desta pesquisa bibliográfica é analisar a eficácia dos modelos de dispensação e seu impacto para o gerenciamento de farmácia hospitalar**.**

2 I METODOLOGIA

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

Utilizou-se livros e artigos, por se tratarem de embasamento teórico para pesquisa e fontes disponíveis em meio eletrônico, por meio da base de dados Lilacs, Medline e Scielo contendo as palavras-chave: farmácia hospitalar *and* modelos de dispensação, modelos de dispensação *and* impacto. A pesquisa bibliográfica que realizada através de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente, no período de 1961 à 2013.

Como população de estudo, foram verificados 96 artigos científicos, onde foram excluídos 12 artigos por não obedecerem aos critérios de inclusão, no período de

junho a dezembro de 2018, segundo o esquema resumido na figura 1.

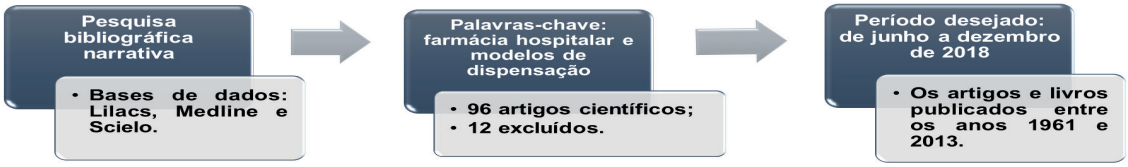


Figura 1: Esquema metodológico de busca de dados na literatura.

Fonte: Próprio autor.

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

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Farmácia hospitalar e a Importância do farmacêutico frente a erros de medicação

A farmácia hospitalar possui como função principal garantir a qualidade da assistência oferecida ao paciente através do uso racional de medicamentos e correlatos, adequando de forma estratégica e segura sua aplicação à saúde coletiva ou individual, nos planos preventivo, assistencial, investigativo e docente, necessitando, para tanto, contar com farmacêuticos em quantidade suficiente para um desempenho de excelência (CAVALLINI; BISSON, 2002). Desta maneira, a farmácia hospitalar foi muito bem definida por Gomes e Reis (2003) como:

> "A farmácia hospitalar é um órgão de abrangência assistencial técnico-científico e administrativo, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, ao armazenamento, ao controle, a dispensação e a distribuição de medicamentos e correlatos às unidades hospitalares, bem como a orientação de pacientes internos e ambulatoriais visando sempre à eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se, também, para o ensino e a pesquisa, propiciando um vasto campo de aprimoramento profissional" (GOMES; REIS, 2003, p.277).

A assistência prestada por meio da dispensação é uma das fases mais sensíveis do processo. Sistemas de dispensa organizados, seguros, eficientes e eficazes são, portanto, fundamentais para assegurar que medicamentos sejam dispensados adequadamente de acordo com receitas e solicitação, para reduzir a possibilidade de erros (BRASIL, 1973; COOK; WOODS; MILLER, 1998). A dispensação é, portanto, uma das fases mais importante no processo de assistência, e de acordo

com a Política Nacional de Medicamentos – PNM (1998) é privativa do profissional farmacêutico, tornando-o uma ponte entre a aquisição do medicamento e o paciente:

> Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2001, p.34).

3.2 Modelos de dispensação

Para melhorar este processo e minimizar os erros de medicação, foram criados modelos de dispensação que foram divididos em: dose unitária, coletivo, individualizado e misto (RIBEIRO, 2008; SILVA et al., 2000).

3.3 Sistema de Dispensação Coletivo

Este modelo é conhecido como o "mais atrasado" devido apresentar mais desvantagens do que vantagens, uma vez que se torna mais oneroso para o hospital e o paciente pela farmácia participar muito pouco do processo (CAVALLINI; BISSON, 2002). Assim, a assistência prestada ao paciente se torna prejudicada pela não participação do profissional farmacêutico da revisão e da análise da prescrição médica (GOMES; REIS, 2003).

É um dos métodos utilizados mais obsoletos de dispensação de drogas em um ambiente hospitalar, apesar, de que ainda seja utilizado por mais da metade das Farmácias em hospitais brasileiros. Este sistema aponta ainda, a total falta de gerenciamento e planejamento de todo o hospital. Os gastos com medicamentos são exorbitantes e não existe a preocupação em se criar uma padronização mínima de medicamentos a serem utilizados pela instituição (OSÓRIO DE CASTRO; CASTILHO, 2004).

As únicas vantagens deste modelo é a desburocratização do acesso ao medicamento na instituição hospitalar, o que também se torna a maior desvantagem, já que o acesso é livre, e sem o auxilio do farmacêutico, os erros envolvendo medicamentos serão frequentes (CAVALLINI; BISSON, 2002; LIMA; SILVA; REIS, 2006).

3.4 Sistema de Dispensação Individualizado

Este sistema veio antes do sistema de dose unitária se divide em direto e indireto e apresenta diversas vantagens sobre o sistema coletivo, por se tratar de uma dispensação, por paciente, geralmente, para 24 horas (GOMES; REIS, 2003).

No sistema individualizado direto a dispensação se baseia na reprodução da prescrição médica, não utilizando a transcrição e possíveis erros advindos com ela. Já no sistema indireto o médico executa a prescrição em uma via e a enfermagem faz uma transcrição, a desvantagem deste método é sobrecarga e chances de erros

(CAVALLINI; BISSON, 2002).

Este sistema possui como vantagens principais: atuação do farmacêutico para revisão das prescrições antes da dispensação; diminuição dos estoques nas enfermarias e devolução dos medicamentos não utilizados; redução do tempo gasto pela enfermagem com medicamentos, podendo ser empregado esse tempo em outras ações de cuidados (CAVALLINI; BISSON, 2002; LIMA; SILVA; REIS, 2006).

3.5 Sistema Combinado ou Misto

Neste sistema de dispensação, a farmácia dispensa os medicamentos por meio de prescrição médica e solicitação, sendo, portanto, parte do sistema individualizado, parte coletivo (GOMES; REIS, 2003).

3.6 Sistema de Dispensação por Dose Unitária

O sistema de dispensação por dose unitária foi criado a partir da década de 50 por farmacêuticos hospitalares dos Estados Unidos, após perceberem a necessidade de um novo modelo de dispensação, devido ao desenvolvimento de novos e mais potentes medicamentos, e por estes também serem causadores de efeitos colaterais importantes (GOMES; REIS, 2003).

Este é o sistema de dispensação que mais oferece condições para seguimento de terapia medicamentosa mais adequada. Além de ser o mais seguro, visto que reduz a incidência de erros, utiliza de forma mais eficaz, os profissionais envolvidos no processo de dispensação de medicamentos, se tornando mais eficiente e econômico para a instituição. Desta forma, hospitais que adotam este sistema de distribuição obtêm uma importante redução nos gastos com insumos farmacêuticos, chegando a uma variação de 25% a 40% (LIMA; SILVA; REIS, 2006).

Para que este sistema apresente resultados positivos, o farmacêutico deverá melhorar o sistema de dispensação, com gerenciamento eficaz e seguro, participando pessoalmente da conferência antes de encaminhar os medicamentos para a enfermagem (CAVALLINI; BISSON, 2002; LIMA; SILVA; REIS, 2006).

Possui como vantagens principais: Diminuição dos estoques nas unidades, diminuindo assim as perdas e extravios; grande facilidade de adaptação a sistemas automatizados; diminuição de infecção hospitalar devido aos métodos seguros de manipulação; exatidão do faturamento do consumo pelos pacientes, entre outros (LIMA; SILVA; REIS, 2006).

4 I CONCLUSÃO

Cada modelo de dispensação possui suas vantagens e limitações, além disso, estão em permanente processo de evolução. Os modelos menos vantajosos são deixados no passado, enquanto novos e mais complexos modelos são utilizados, a fim de diminuir os erros de medicação, de dispensação e gastos para a instituição.

O que se observa é que os hospitais Brasileiros não conseguem se adaptarem e adequarem em relação aos modelos mais eficazes e complexos, se permitindo trabalhar em meio a erros e gastos desnecessários.

Reitera-se ainda que onde há a figura do profissional farmacêutico, existe uma melhor otimização dos recursos e melhores modelos de gestão, reduzindo consideravelmente as chances de erros e gastos para a instituição, sendo assim, este profissional imprescindível no processo de dispensação. Portanto, um modelo de dispensação eficaz eficiente é de fundamental importância para um bom funcionamento deste processo, além de reduzir as chances de erros, melhorar a qualidade do atendimento para o paciente e evitar gastos desnecessários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 5991, 19 dez. 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumo farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** Brasília, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Guia Básico para a Farmácia Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 174p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos 2001**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAVALLINI, ME; BISSON, MP. **Farmácia Hospitalar**. Um Enfoque em Sistemas de Saúde. Ed. Manole, 1. ed. São Paulo: 2002. 218p.

COOK, R. I.; WOODS, D.D.; MILLER, C**. Um conto de duas histórias: pontos de vista contrastantes sobre a segurança do paciente.** Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998.

GOMES. M.J.V.M.; REIS, A.M.M. Ciências Farmacêuticas: **Uma abordagem em Farmácia Hospitalar.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

LIMA, C. R.; SILVA, M. D. G.; REIS, V. L. S. In GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar.** São Paulo: Atheneu, 2006. PT. II, cap. 20, p. 347-363.

MARGARINO-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Aspectos da Avaliação de Serviços na Farmácia Hospitalar Brasileira. **Revista Brasileira de Farm**ácia, v. 92, n. 2, p.55-59, 2011.

MOREIRA, D. F. F. **Sistema de distribuição de medicamentos: Erros de medicação.** Rio de Janeiro, 2008.

PENAFORTE, T. R.; FORSTER, A. C.; SILVA, M. J. S. Evaluation of the performance of pharmacists in terms of providing health assistance at a university hospital. **Clinics,** v. 62, n. 5, p. 567-72, 2007.

OSORIO-DE-CASTRO, C.; CASTILHO, S. R. (Org.). **Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 150p, 2004.

NASCIMENTO, A. et al. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p.1161-1172, 2013.

NOGUEIRA, H. Serviço de Farmácia nos Hospitais. **Revista Brasileira de Farmácia** nº 3/4, Março/ Abril, 1961.

NUNES, P. H. C. et al. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, p.692-99, 2008.

PEDRO RS, SOUZA AMT, ABREU PA. Sistema de Distribuição Individualizado: A importância da identificação dos pontos críticos nos processos de dispensação e devolução de materiais e medicamentos. **Infarma,** v.21, nº 5/6, 2009.

REIS, W. C. T. et al. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein**, v.11, n.2, p.190-196, 2013.

RIBEIRO, E. Sistemas de distribuição de medicamentos para pacientes internados. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.161-170, 2008.

SILVA, M. D. G.; SILVA, C. R.; REIS, V. L. S. Sistema de distribuição de medicamentos em farmácia hospitalar. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M.**Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, p.347-363, 2000VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.213-20, 2007

CAPÍTULO 10

ASPECTOS FUNCIONAIS DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Murilo Rezende Oliveira
Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria – RS

Daniela Gonçalves Vargas
Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria – RS

Jaciéli Charão Vargas
Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria – RS

Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria- RS

Fernanda Alves Carvalho de Miranda
Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria – RS

RESUMO: Objetivo: Avaliar e comparar a funcionalidade, nível de atividade física e auto-percepção de saúde de idosos. **Métodos:** Foram avaliados 57 idosos, sendo estes divididos em dois grupos. O primeiro grupo participante de um programa de promoção de saúde (GP) composto por 29 idosos e segundo grupo não participante (GNP) com 28 participantes. Foram avaliados através dos instrumentos: World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Medida de Independência Funcional (MIF) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). **Resultados:** A média de idade foi 70,4±7,5 anos para o GP e 74,9±9,9 anos para o GNP. O sexo predominante foi feminino com 89,95% no GP e 75% no GNP. Analisando a funcionalidade, observou-se que não houve diferença entre os grupos, apresentando uma média de 39,9% no GP e 44,6% no GNP. Também se verificou que ambos os grupos apresentaram independência funcional, havendo diferença entre os grupos apenas na mobilidade (p=0,035). Quanto ao nível de atividade física, o GP foi mais ativo que o GNP (p=0,022). **Conclusão:** Não houve diferenças funcionais entre os grupos, porém os idosos do GP são mais ativos e apresentam melhor mobilidade. Com isto, os idosos participantes do GP apresentam vantagens quando comparados idosos que não participam de grupos de promoção de saúde, o que reforça a idéia de que os profissionais de saúde precisam investir em ações de educação em saúde e não somente no tratamento de doenças e disfunções já instaladas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Funcionalidade; Atividade Física; Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Objective: To evaluate and

compare the functionality, level of physical activity and self-perceived health of the elderly. Methods: 57 elderly people were evaluated, divided into two groups. The first group participating in a health promotion program (GP) comprised of 29 elderly people and a second non-participating group (GNP) with 28 participants. They were evaluated through the instruments: World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Functional Independence Measure (FIM) and International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Results: The mean age was 70.4±7.5 years for GP and 74.9±9.9 years for GNP. The predominant gender was female with 89.95% in GP and 75% in GNP. Analyzing the functionality, it was observed that there was no difference between the groups, presenting an average of 39.9% in GP and 44.6% in GNP. It was also found that both groups presented functional independence, with only one difference in mobility (p=0.035). Regarding the level of physical activity, GP was more active than GNP (p=0.022). Conclusion: There were no functional differences between the groups, but the elderly of GP were more active and presented better mobility. With this, elderly GP participants have advantages when compared to elderly people who do not participate in health promotion groups, which reinforces the idea that health professionals need to invest in health education actions and not only in the treatment of diseases and already installed.
KEYWORDS: Elderly; Functionality; Physical Activity; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A população idosa no Brasil e no mundo vem crescendo de modo acelerado e será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030 (IBGE, 2013). O processo do envelhecimento traz consigo modificações corporais, funcionais e psicológicas que causam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que ele vive, ocasionando um declínio da capacidade funcional e da capacidade física, que pode ser potencializada pelo sedentarismo e doenças crônicas não transmissíveis (ALMEIDA et al., 2015; COELHO et al., 2014).

Esse aumento na expectativa de vida demanda novos fatores de cuidado para a saúde pública. Com isso, o desafio proposto para as políticas públicas, quanto ao envelhecimento da população, inclui um acréscimo do fornecimento de serviços e de benefícios (IBGE, 2013). Isso implica no incremento de ações de promoção da saúde, colaborando, assim, para uma vida longa com qualidade (ALMEIDA et al., 2015).

Uma das estratégias que vêm sendo utilizadas pelos profissionais na busca do envelhecimento saudável é a educação e promoção em saúde, pois a saúde depende de vários fatores, como alimentação saudável, atividade física e bom estado mental. Para que isso aconteça é necessário que haja políticas públicas de saúde que analisem o processo saúde-doença e os fatores sociais que podem interferir na vida dessa população (CARNEIRO et al., 2012).

Portanto, é notável a importância de compreender o estado de saúde e a capacidade funcional desses idosos, pois assim os profissionais estarão aptos a desenvolver atividades que contribuam com a saúde como um todo, sendo essencial desenvolver ações que visam a promoção da sua saúde, potencializando-a (PEREIRA, et al.,2006; PAIVA, 2011; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011; PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015). A partir disso, o objetivo desse estudo foi avaliar e comparar a funcionalidade, nível de atividade física e auto-percepção de saúde de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção da saúde.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e comparativo realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade central do estado do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados foi realizada em dois grupos de promoção da saúde dessas UBS e na sua área de abrangência. A opção pelas referidas unidades de saúde deu-se em virtude do vínculo entre a universidade e o serviço de saúde.

As atividades nos grupos envolveram cinesioterapia, educação em saúde, atividades lúdicas e cadência de movimentos ritmados através de diversos ritmos musicais. Os encontros foram realizados em um tempo aproximado de uma hora, com frequência de uma vez por semana. O tempo de realização das atividades foi dividido em três partes, dez minutos para alongamento, dez minutos para palestras de educação e saúde e trinta minutos para as atividades dinâmicas.

Foram incluídos no estudo idosos cadastrados junto às UBS, participantes há mais de 12 meses dos grupos de promoções da saúde, de ambos os sexos. Também foram incluídos idosos não participantes dos grupos que foram recrutados aleatoriamente em seus domicílios conforme visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra idosos acamados e com déficits cognitivos considerados não aptos a responder os questionamentos. Para isso foi utilizado o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), no qual é utilizado para verificar a função cognitiva geral e identificar a presença de algum déficit cognitivo não diagnosticado (ALTERMANN et al., 2014). Com isto, foram excluídos da pesquisa idosos que obtiveram pontuação abaixo de 15 (analfabetos), menor que 22 (1 a 11 anos de escolaridade) e menor que 27 (escolaridade maior que 11 anos) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). A amostra foi composta por 57 idosos, sendo 29 participantes de grupos (GP) e 28 não participantes (GNP).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição de Ensino Superior responsável, sob N. do CAAE 63435316.8.0000.5346 e parecer N. 2.007.933, seguindo os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N. 466/2012 do Conselho

Nacional de Saúde.

Instrumentos de Coleta de dados

Para a coleta dos dados, primeiramente foram realizadas perguntas compostas por questões como: idade, sexo, escolaridade, estado civil e atividade de trabalho, com intuito de delinear o perfil sociodemográfico dos idosos. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para delinear o perfil e a funcionalidade e incapacidade (ÜSTÜN, 2010; SILVEIRA et al., 2013). A versão utilizada para aplicação do questionário foi a versão com 36 itens administrada pelo entrevistador, e foi avaliada a dificuldade que o idoso apresenta durante o último mês para realizar suas tarefas. Essa versão possui autorização da Organização Mundial da Saúde concedida mediante concessão de direitos de tradução e publicação para uma edição em português para a Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, (CASTRO; LEITE, 2010). Para análise dos dados a pontuação complexa foi utilizada, após recodificação recomendada, transforma os resultados em uma métrica variando de 0 a 100, sendo que 0 indica sem incapacidade e 100 indica incapacidade total (ÜSTÜN, 2010).

Outro instrumento utilizado na coleta dos dados foi a Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF, utilizada para a avaliação da independência funcional por meio do desempenho do indivíduo (OTTENBACHER, 1996). Os indivíduos foram classificados de acordo com o escore total da MIF: 18 pontos indicando dependência completa, 19 a 60 pontos dependência modificada (com auxílio de até 50% das tarefas); 61 a 103 pontos dependência modificada (auxilio de até 25% das tarefas); e 104 a 126 pontos independência completa/modificada (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

E por último, para a avaliação do nível de atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Este foi originalmente desenvolvido com finalidade de estimar o nível de prática habitual de atividade física de populações de diferentes países (VESPASIANO, 2012). Foi utilizada a versão curta do questionário, que analisa os minutos gastos em atividades físicas (moderada, vigorosa e caminhada) nos últimos sete dias. Os idosos foram classificados conforme a recomendação do Centro Coordenador do IPAQ no Brasil (CELAFISCS) em muito ativo, ativos, irregularmente ativos e sedentários.

Análise Estatística

Para análise dos dados foi utilizado o programa *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS; versão 13.0). A distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Os dados são apresentados em frequência,

média e desvio-padrão (DP). Os dados de distribuição simétrica com duas medidas foram comparados pelo teste não pareado de Student. Além disso, foi aplicado o teste de *Qui-Quadrado* para as variáveis categóricas. O nível de significância de 5% foi considerado significativo (p<0,05).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 57 idosos de ambos os sexos. Desses idosos entrevistados, 29 foram incluídos em participantes de grupo de promoção da saúde (GP) e 28 não participantes de grupo de promoção da saúde (GNP). A idade média do GP foi de 70,4±7,5 anos e no GNP de 74,9±9anos (p=0,061). O perfil sócio demográfico está representado na tabela 1, havendo diferença apenas entre o estado civil dos grupos (p=0,040).

	GP n (%)	GNP n (%)	Valor de p
Gênero			
Feminino	26 (89,7)	21 (75)	0,179
Masculino	3 (10,3)	7 (25)	
Estado civil			
Solteiro	2 (6,9)	4 (14,3)	
Casado	11 (38,0)	6 (21,4)	
Separado	1 (3,4)	3 (10,8)	0,040*
Divorciado	7 (24,1)	2 (7,1)	
Viúvo	6 (20,7)	13 (46,4)	
Mora junto	2 (6,9)	0	
Escolaridade			
Analfabeto	1 (3,4)	3 (10,7)	
Ensino Fundamental incompleto	19 (65,5)	20 (71,4)	
Ensino Fundamental completo	0	1 (3,6)	0,117
Ensino Médio incompleto	4 (13,8)	1 (3,6)	
Ensino Médio completo	4 (13,8)	0	
Ensino superior	1 (3,4)	3 (10,7)	
Atividades de trabalho			
Aposentado	19 (65,5)	20 (71,4)	
Do lar	8 (27,6)	4 (14,3)	
Pensionista	1 (3,4)	2 (7,1)	0,322
Autônomo	1 (3,4)	0	
Desempregado	0	2 (7,1)	
Cognição MEEM			
Na média	2 (6,9)	2 (7,1)	
Abaixo da média	4 (13,8)	3 (10,7)	0,939
Acima da média	23 (79,3)	23(82,1)	

Tabela 1. Perfil sócio demográfico do GP e GNP.

GP: Grupo participante; GNP: Grupo não participante; MEEM: Min-exame de Estado Mental; *p<0,05.

Na tabela 2 estão representadas as médias dos domínios do WHODAS especificamente de cada um dos grupos. Pode-se notar que não houve diferença entre os domínios.

	GP	GNP	
	Média±DP	Média±DP	Valor de p
Cognição	8,5±2,2	8,3±3,4	0,692
Mobilidade	6,1±2,4	7,4±4,4	0,172
Autocuidado	4,2±0,6	4,8±2,1	0,160
Relacionamento	6,1±1,8	5,7±2,0	0,430
Atividades de Vida	4,7±1,9	5,9±4,3	0,177
Participação	10,2±3,2	12,5±6,1	0,075
Total	39,9±8,9	44,6±19,2	0,245

Tabela 2.Comparação entre os domínios do GP e GNP do WHODAS.

GP: Grupo participante; GNP: Grupo não participante; WHODAS: *World Health Organization Disability Assessment Schedule;* *p<0,05.

A tabela 3 representa a comparação dos domínios da MIF entre os grupos, onde houve homogeneidade entre os grupos, exceto no domínio da mobilidade (p=0,035), no qual a média foi maior no grupo GP.

	GP	**GNP**	
	Média±DP	**Média±DP**	**Valor de p**
Cuidados Pessoais	42±0	41,5±1,8	0,211
Controle Esfincteriano	13,8±0,4	13,8±0,3	0,764
Mobilidade	34,9±0,4	33,7±2,9	0,035*
Comunicação	13,9±0,4	13,9±0,2	0,424
Conhecimento Social	20,8±0,4	20,1±2,8	0,205
Total	125,4±1,2	123,2±6,1	0,071

Tabela 3. Comparação entre os domínios do GP e GNP da MIF.

GP: Grupo participante; GNP: Grupo não participante; diferença estatística significativa: *p<0,05.

Houve diferença significativa entre os grupos quando avaliado o nível de atividade física, sendo o GP mais ativo (p=0,022), apesar de ambos os grupos classificarem, em sua maioria, a saúde como boa, como se percebe na Tabela 4.

	GP n (%)	GNP n (%)	Valor de p
Autopercepção da saúde			
Excelente	3 (10,3)	3 (10,7)	
Muito boa	4 (13,8)	3 (10,7)	
Boa	14(48,3)	11 (39,3)	0,637
Regular	8 (27,6)	9 (32,1)	
Ruim	0	2 (7,1)	
Nível de atividade			
Muito ativo	4 (13,8)	0	
Ativo	22 (75)	16 (57,1)	
Irregularmente ativo A	2 (6,9)	4 (14,3)	
Irregularmente ativo B	1(3,44)	4 (14,3)	0,022*
Inativos	0	4(14,3)	

Tabela 4. Auto percepção da saúde e classificação do nível de atividade física, conforme IPAQ.

GP: Grupo participante; GNP: Grupo não participante; *p<0,05.

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi avaliar e comparar a funcionalidade, nível de atividade física e auto-percepção de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção da saúde.

No perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo foi identificado uma população predominantemente do sexo feminino. Essa questão pode ser caracterizada pela feminilização do envelhecimento que se dá pelo fato que as mulheres cuidam mais da sua saúde, se expondo menos a fatores de risco e, consequentemente vivem mais (VIEIRA et al., 2015). Brito e Camargo (2011) explicam que o homem busca serviços de saúde apenas como caráter curativo, já a mulher vê a prevenção como um fator predominante no processo de cuidado. Essa descoberta contribui para explicar o maior número de mulheres participantes de grupo de promoção da saúde.

Em relação à questão conjugal, observou-se diferença entre os grupos, onde os idosos do GP eram casados enquanto que os idosos do GNP viúvos. Sabe-se que a viuvez é uma situação traumática e isso pode acarretar distúrbios à saúde e do idoso bem como mudança de hábitos. Nessas situações os idosos estão suscetíveis ao isolamento social, além de deixar de fazer atividades anteriormente realizadas com o parceiro (BENINCÁ, COSTELLA, VIVIAN, 2006; GALICIOLI, LOPES, RABELO, 2012).

Outra questão a considerar é o baixo nível de escolaridade identificado na amostra. Este pode comprometer a manutenção das ações trabalhadas nos momentos de educação em saúde, dificultando a adoção de hábitos saudáveis e mudanças significativas no estilo de vida. A partir desses fatos, outras estratégias

devem ser planejadas para possibilitar o acesso, a adesão e a permanência da população idosa em ações de promoção da saúde (ALMEIDA et al., 2015, GEIB, 2012).

Na avaliação da funcionalidade, através do WHODAS, não foi encontrada diferença entre os grupos. Porém no estudo de Silva et al. (2016) em seu estudo comparativo com programa de exercícios funcionais, observou melhoras em todos os domínios do WHODAS, principalmente na mobilidade e participação. Mostrando assim que as atividades funcionais trouxeram melhorias na funcionalidade dos participantes da pesquisa.

Na avaliação da independência funcional da MIF, foi encontrada uma diferença entre os grupos GP e GNP apenas no domínio de mobilidade. Isso pode ser explicado pelo fato da maioria dos idosos do GP serem casados. A questão conjugal é um fator importante na interação social, pois um estimula o outro a fazer coisas diferentes e mudar hábitos de vida. Em um estudo realizado por Vaz, Freitas, Borges (2016), no qual foi investigada a associação entre mobilidade física e variável social e clínicas de idosos moradores de uma comunidade, foi encontrada uma relação significativa entre o estado civil e a mobilidade dos idosos, sendo que os idosos sem companheiros apresentam menor mobilidade do que os idosos casados.

Além disso, alguns idosos do GNP relataram não participar de atividades fora de casa devido à dificuldade de andar por muito tempo, o que limita a participação em grupos e favorece o isolamento social. Vale ressaltar que alguns idosos do GNP relataram não participar de grupos de promoção à saúde devido à satisfação com estilo de vida e uma boa auto percepção de sua saúde. Isto nos faz refletir o quanto à população ainda está voltada para o modelo biomédico e não para o modelo biopsicossocial e quanto é necessário o investimento em políticas públicas voltadas a educação e a promoção da saúde (COELHO; GIACOMIN; FIRMO, 2016).

Ribeiro et al. (2015) demonstrou que os idosos que praticam exercício físico apresentam maior independência funcional do que os idosos que não realizavam nenhum exercício. Também foi encontrado, nesse mesmo estudo, uma relação da MIF com a participação em grupos. Com esses achados pode-se perceber a importância e a necessidade de incentivar a participação desses idosos em grupos, visto que a manutenção da independência contribui para mantê-los ativos na comunidade e para diminuir as hospitalizações e as comorbidades associadas à imobilidade (MACHADO; MACHADO; SOARES, 2013).

Quanto à auto percepção de saúde, observou-se que, nos dois grupos, o maior percentual foi de idosos que classificaram a saúde como boa, sem diferença intergrupos. Isso pode estar atrelado à própria participação nos grupos ou ainda a atenção dada pelas equipes de saúde, já que foram entrevistados aqueles que recebiam a visita das Agentes Comunitárias de Saúde. Outra questão a considerar é que os idosos podem estar satisfeitos com o fato de ainda serem independentes funcionalmente, não havendo maiores preocupações quanto as outras questões

implicadas com a saúde como um todo. Considerando esse contexto, os profissionais podem definir metas, estabelecer prioridades para os idosos, tanto para manter a boa saúde, quanto para melhorá-la e, com isso, preservando a mobilidade e a boa percepção da saúde (SILVA; PINTO JUNIOR; VILELA, 2014).

Já o nível de atividade física foi visto que GP foi mais ativo quando comparado ao GNP. Esse achado está relacionado à participação dos idosos do GP nos grupos de promoção de saúde, o qual além de manter os idosos ativos, realiza cinesioterapia permanentemente. Uma pesquisa realizada por Benedetti, Mazo, Borges (2012) com idosos participantes e não participantes de grupos de convivência em Florianópolis, foi encontrada diferença entre a participação de idosos em grupos e a condição de saúde. O estudo também mostrou que os idosos participantes de grupo apresentaram menos comorbidades, maior nível de atividade física e melhor percepção da saúde do que os idosos não participantes de grupos. Segundo Toldrá et al. (2014) a participação dos idosos em grupos proporciona uma visão ampla da qualidade de vida e um aprendizado interpessoal, devido a isso, cada vez mais se investe em políticas públicas voltadas à promoção da saúde, principalmente para a população de baixa e média renda.

As limitações encontradas no estudo estão relacionadas ao fato da amostra ser por conveniência dos pesquisadores aos locais. Além disso, pode-se inferir que os idosos, mesmo participando dos grupos há mais de 12 meses, mantêm assiduidade irregular por se tratarem de idosos que, na maioria, ainda mantinham responsabilidades diante a família, de forma que muitos faltavam aos encontros devido aos compromissos. Sendo assim, os resultados devem ser levados como referência para outros estudos sob a ótica da realidade loco-regional.

CONCLUSÃO

A população mundial está envelhecendo e uma das grandes preocupações da saúde como um todo é a perda funcional gradativa. O desenvolvimento de ações que tenham como pressuposto a manutenção da funcionalidade vem sendo muito valorizada visto que é sabido que idosos com mobilidade reduzida apresentam maior probabilidade de comorbidades.

Não houve diferença de funcionalidade entre os grupos, porém os idosos do GP são mais ativos e apresentam melhor mobilidade. Com isto, concluímos que idosos participantes do GP apresentam vantagens quando comparados idosos que não participam de grupos de promoção de saúde, necessitando dessa forma investimentos dos sistemas de saúde para a prevenção e não somente no tratamento de doenças e disfunções.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.F.F. et al. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG. *Revista Ciência e saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3763-3774, 2015.

ALTERMANN, C. D. C. et al. Influence of mental practice and movement observation on motor memory, cognitive function and motor performance in the elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy,* São Carlos, v. 18, n. 2, p. 201-209, 2014.

BENEDETTI, T.R.B; MAZO, G.Z; BORGES, L. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Revista Ciência e saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012

BENINCÁ, C. R.; COSTELLA, K.; VIVIAN, R. L. Viuvez na terceira idade. In: PORTELLA M. R.; PASQUALOTTI, A.; GAGLIETTI, M. *Envelhecimento humano:* saberes e fazeres. Passo Fundo: UPF Editora, 2006.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19 n. 1, p. 283-303, 2011.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Revista Panamericana de Salud* Pública, Washington, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

CASTRO, S.; LEITE, S. C. F**.** Avaliação de Saúde e Deficiência Manual do WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. *Cidade*, Minas Gerais. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/274954713_Avaliacao_de_Saude_e_Deficiencia_Manual_do_WHO_Disability_Assessment_Schedule_WHODAS_20>. Acesso em 10 set. 2017

CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL (CELAFISCS). Cidade, São Caetano do Sul. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3343547/mod_resource/content/1/IPAQ.pdf> Acesso em 13 de set. 2017

COELHO, B. S. et al. Comparação da força e capacidade funcional entre idosos praticantes de musculação, hidroginástica e não praticantes de exercícios físicos. ***Revista Brasileira de Geriatia e Gerontolologia***, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 497-504, 2014.

COELHO, J.S, GIACOMIN, K.C, FIRMO, J.O. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 408-421, 2016

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas capacidade funcional e morbidade entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Escola Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FOLSTEIN, M. F.; FOLTEINS, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental state” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of PsychiatricResearch*, v. 12, n. 3, p.189-98, 1975.

GALICIOLI, T. G. P.; LOPES, E. S. L.; RABELO, D. F. Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. *Kairós Gerontologia, São Paulo*, v. 15, n. 4, p. 225-237, 2012.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-33, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidade:* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf> Acesso em 15 set.

2017.

MACHADO, F. N; MACHADO, A. N; SOARES, S. M. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v.21, n.6, p. 1321-9, 2013.

OTTENBACHER, K.J. et al. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review.*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* v. 77, n. 12, p. 1226-32, 1996.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 22-8, 2011.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. N.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 839-908, 2015.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

RIBEIRO, D. K. N. et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 89-95, 2015.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p.655-662, 2005.

SILVA, A.M et al. Funcionalidade, atividade e participação de idosos com doença de parkinson tratados com exergame: uma série de casos. Revista Pesquisa em Fisioterapia. V.7, n.4, p.42-50, 2016.

SILVA, I.T.; PINTO JUNIOR, E. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência.Selfconcept of health of elderly living withrelatives.*Revista brasileira de geriatria e gerontologia,* Rio de Janeiro, v.17, n. 2 , p.275-287, 2014.

SILVEIRA, C. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 234–240, 2013.

TOLDRÁ, R.C, et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *Mundo saúde*, São Paulo, v. 38, n. 2, p.159-168, 2014.

VESPASIANO, B. S. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. *Revista Saúde,* Itapetinga, v. 12, n 32, p.49-54, 2012.

CAPÍTULO 11

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Raquel Freitas dos Santos
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Walter Ney de Sousa Sales
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Tacyana Pires de Carvalho Costa
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Francisco Lucas de Lima Fontes
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Adalberto Moreira da Silva Júnior
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Luan da Silva Morais
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Josélia Costa Soares
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Ariane Freire Oliveira
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Márcia Sandra Rêgo de Sousa
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Maurício José Almeida Morais
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Jakson de Oliveira Gaia
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Onédia Naís de Carvalho
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

RESUMO: Objetivou-se com o presente estudo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura brasileira acerca da assistência de Enfermagem à pessoa com hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Básica. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de natureza descritiva que teve como questão norteadora "Quais os obstáculos enfrentados pelo enfermeiro e as estratégias utilizadas para prestação de uma assistência efetiva ao paciente hipertenso na Atenção Básica?". O levantamento dos estudos deu-se por meio de pesquisa nas bibliotecas virtuais *Scientific Eletronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde. As dificuldades encontradas na literatura sobre a assistência de Enfermagem ao sujeito hipertenso relacionavam-se a não realização das consultas de Enfermagem, a demora e dificuldade no agendamento de consultas, a baixa escolaridade, ao sexo masculino, a mudança de hábitos inadequados e a não adesão ao tratamento. Como estratégias para enfrentar tais desafios identificaram-se o acolhimento, a execução de uma efetiva consulta de Enfermagem, a formulação de um

plano de cuidados, a visita domiciliar e as ações de educação em saúde. Os achados denotam inúmeros aspectos dificultadores para a assistência de Enfermagem ao paciente hipertenso atendido na Atenção Básica. Esses aspectos relacionam-se, essencialmente, a questões organizacionais dos serviços de saúde e fatores inerentes ao próprio sujeito hipertenso.
PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Assistência de Enfermagem, Atenção Básica.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the scientific evidence available in the Brazilian literature about Nursing care to the person with systemic arterial hypertension in Primary Health Care. This is an integrative review of the literature of a descriptive nature that had as its subject "What are the obstacles faced by the nurse and the strategies used to provide effective assistance to the hypertensive patient in Primary Health Care?". The study was carried out by means of research in the Scientific Electronic Library Online Virtual Library and the Virtual Health Library. The difficulties found in the literature on Nursing assistance to the hypertensive subject were related to the non-performance of Nursing consultations, the delay and difficulty in scheduling appointments, low schooling, male sex, changes in inappropriate habits and non adherence to treatment. As strategies to face such challenges, the reception, the execution of an effective Nursing consultation, the formulation of a care plan, the home visit and the actions of health education were identified. The findings denote numerous difficult aspects for Nursing care to the hypertensive patient attended in Primary Health Care. These aspects are essentially related to the organizational issues of health services and factors inherent in the hypertensive subject itself.
KEYWORDS: Hypertension, Nursing Care, Primary Health Care.

1 I INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que mais acomete pessoas no mundo. No Brasil, esta doença contribui diretamente para alavancar a morbimortalidade da população adulta com mais de 20 anos (VASCONCELOS *et al.*, 2017). A literatura científica também coloca em evidência que as complicações provenientes de DCNTs tornaram-se as principais causas de morte na população idosa, confirmando uma tendência mundial (SANTOS; CUNHA, 2018).

Em virtude da sua grande prevalência, a HAS é considerada um dos principais fatores de risco para doenças do aparelho cardiovascular. Estudos evidenciam que a detecção, controle e tratamento são primordiais na prevenção de complicações cardiovasculares. Assim, o diagnóstico precoce e o cumprimento da terapia estabelecida são condutas úteis e com custo efetividade benéfico aos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2015).

No mundo, é estimado que a HAS atinja de 20 a 25% dos indivíduos (MOURA; NOGUEIRA, 2013). No Brasil, a doença afeta mais de 30 milhões de pessoas,

expressando-se em 35,8% dos homens adultos e 30% das mulheres. Gera altos custos socioeconômicos, e compromete a população, a família e o próprio indivíduo portador, ao ocasionar 40% de aposentadorias prematuras (LIMA, 2016).

O país ainda encara grandes obstáculos na instituição e suporte de políticas e programas profiláticos e de controle da HAS, como a proporção geográfica, as disparidades sociais, a inadequada distribuição de renda e gerência de fundos financeiros e a ausência recursos humanos capacitados e receptivos na assistência eficaz e resolutiva à pessoa hipertensa (SILVA *et al.*, 2016).

Dentro desse contexto, a Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornou-se importante recurso na assistência às pessoas com HAS. Dentro deste modelo de atenção são realizadas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, terapêutica e reabilitação. Estas condutas acarretam melhora da qualidade de vida dos usuários atendidos e redução de custos com hospitalizações decorrentes de agravos de DCNTs (SOUSA *et al.*, 2015).

Assim, é indiscutível que os profissionais da equipe interdisciplinar na Atenção Básica planejem e coloquem em prática ações de investigação e acompanhamento da situação de saúde de seus usuários, de modo que estes sintam-se protagonistas de todo processo (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

É relevante refletir sobre a assistência prestada aos hipertensos, pois infere-se que um bom atendimento aumenta a adesão à terapia proposta, o que repercute na manutenção adequada dos níveis pressóricos e diminui as chances de potenciais agravos decorrentes da patologia (DIAS; SOUZA; MISHIMA, 2016).

Este estudo justifica-se pela necessidade de discussão maior sobre a assistência prestada ao hipertenso no âmbito da Atenção Básica, ao passo em que procura oportunizar reflexão em enfermeiros e acadêmicos sobre a realidade muitas vezes ofertada aos usuários com HAS no modelo de atenção vigente. Ele contribuirá no estímulo a adoção de práticas com base em evidências científicas fidedignas e nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde no que diz respeito a ações de saúde eficazes e resolutivas por parte do enfermeiro.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as evidências científicas disponíveis na literatura brasileira acerca da assistência de Enfermagem à pessoa com hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Básica.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de natureza descritiva. Este tipo de pesquisa constrói-se a partir da reunião de achados de estudos que adotaram metodologias diversas, possibilitando aos revisores sumarizar resultados sem afetar o ramo epistemológico dos estudos incluídos. Difere-se de revisões narrativas, geralmente menos complexas, por exigir dos autores capacidade de sintetização

sistemática e rigorosa (SOARES *et al.*, 2014).

Em sua construção respeitou-se as seguintes etapas: concepção do problema da pesquisa, investigação ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise criteriosa dos estudos escolhidos, confronto dos resultados e apresentação da revisão integrativa (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A questão norteadora foi criada por meio da estratégia PICO (P: paciente ou problema, I: intervenção, C: comparação e O: *outcomes* ou desfecho) conforme segue: "Quais os obstáculos enfrentados pelo enfermeiro e as estratégias utilizadas para prestação de uma assistência efetiva ao paciente hipertenso na Atenção Básica?"

A pesquisa foi realizada nos meses de janeiro a maio de 2019, utilizando como critérios de inclusão artigos disponíveis na íntegra, de maneira gratuita, em língua portuguesa, publicados entre 2014 e 2018. Como critérios de exclusão optou-se por não utilizar livros, monografias, dissertações, teses, textos incompletos e estudos que não estavam relacionados à temática estudada.

O levantamento dos artigos na literatura foi realizado por meio de pesquisa nas bibliotecas virtuais *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a procura dos estudos, os descritores adotados foram "hipertensão", "assistência de enfermagem", "atenção básica" e "enfermeiro". Esses termos foram cruzados entre si por meio do recurso booleano "*and*", aplicando-se o filtro de datas em todas as coletas.

3 I RESULTADOS

Após a execução das buscas foram encontrados 515 artigos relevantes ao tema estudado. Para realização desta revisão os resumos dos estudos foram submetidos a leitura exploratória, analítica e interpretativa, dentre eles 27 estudos que mais estavam de acordo com o tema e com os critérios de inclusão e exclusão foram utilizados para construção da discussão desta revisão integrativa, sendo: 21 artigos da BVS e 6 artigos da SciELO.

Para bom entendimento dos resultados encontrados, segue a **Tabela 1**, que traz as características dos 27 artigos incluídos na composição deste estudo, quanto à autoria e apresentação dos trabalhos.

Autor(es)	Título do estudo	Periódico	Ano de publicação
FERRARI *et al.*	Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2014

MENDES; LUIZA; CAMPOS	Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil	Revista Ciência & Saúde Coletiva	2014
MOURA *et al.*	Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos	Revista Eletrônica de Enfermagem	2014
PAES *et al.*	Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação	Revista Panamericana de Salud Publica	2014
SEIFFERT *et al.*	Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2014
GIRÃO *et al.*	A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial	Revista de Salud Publica	2015
GOMES *et al.*	Avaliação da atenção primária aos hipertensos cadastrados no Hiperdia	Revista de Enfermagem da UFPE	2015
MENDES *et al.*	Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária	Revista Acta Paulista de Enfermagem	2015
NUNES *et al.*	Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial	Revista Acta Paulista de Enfermagem	2015
RADIGONDA; SOUZA; CORDONI JÚNIOR	Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão	Revista Saúde Debate	2015
SOUSA *et al.*	Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família	Revista de Enfermagem da UERJ	2015
DIAS *et al.*	Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso	Journal of the Health Sciences Institute	2016
GIRÃO; FREITAS	Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea	Revista Gaúcha de Enfermagem	2016
GOIS *et al.*	Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe De saúde da família	Revista Mineira de Enfermagem	2016
LIMA; SANTOS; MARCON	Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2016
PIERIN *et al.*	Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica	Revista Escola de Enfermagem da USP	2016
SILVA *et al.*	Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso	Revista Acta Paulista de Enfermagem	2016
ENCARNAÇÃO; SANTOS; HELIOTÉRIO	Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência	Revista de APS	2017

FERREIRA; IWAMOTO	Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa Hiperdia da atenção primária à saúde	Revista Mineira de Enfermagem	2017
NASCIMENTO *et al.*	Assistência de Enfermagem no programa Hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado	Revista CuidArte Enfermagem	2017
VIEIRA *et al.*	Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado	Revista Baiana de Enfermagem	2017
BARRETO *et al.*	Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial	Revista Ciência & Saúde Coletiva	2018
CURIOLETTI *et al.*	O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da Política Nacional de Humanização	Journal of Nursing and Health	2018
FONTES; SANTANA	Dificuldades de autocuidado em pacientes hipertensos de uma Estratégia de Saúde da Família	Revista de Enfermagem da UFPI	2018
PINTO; RODRIGUES	Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial	Revista Nursing	2018
RÊGO; RADOVANOVIC	Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família	Revista Brasileira de Enfermagem	2018
REIS *et al.*	Métodos não farmacológicos utilizados pelo enfermeiro na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica	Revista Nursing	2018

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados. Teresina. Piauí, Brasil, 2019.

Fonte: elaboração dos autores (2019).

Observou-se que dentre as publicações incluídas, 74,1% (n=20) eram de revistas de Enfermagem, 18,5% (n=5) de revistas especializadas em Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva e os demais 7,4% (n=2) eram de revistas relacionadas à saúde. Os anos de 2015, 2016 e 2018 apresentaram maiores frequências de artigos selecionados, cada um com 6 estudos (22,2%), ante 4 artigos (14,8%) do ano de 2017.

Frente à investigação, passou-se aos pontos da discussão dos resultados encontrados, que foram segmentados em duas categorias que contemplam os seguintes temas: “Fatores que dificultam a assistência de Enfermagem ao paciente hipertenso na Atenção Básica” e “Estratégias utilizadas pelo enfermeiro da Atenção Básica para estímulo ao autocuidado pelo sujeito hipertenso”.

4 I DISCUSSÃO

4.1 Fatores que dificultam a assistência de Enfermagem ao paciente hipertenso na Atenção Básica

O incentivo a modificações no estilo de vida do sujeito hipertenso pode impactar na melhoria da qualidade de vida e no manejo dos gastos produzidos pelo tratamento da HAS e de suas complicações, repercutindo ainda na diminuição da exposição aos fatores de risco individuais e coletivos (DIAS *et al.*, 2016). Contudo, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, encontram dificuldades na prestação de uma assistência efetiva ao hipertenso que podem associar-se a aspectos relacionais, organizacionais e educacionais.

Apesar de relatado por outros estudos como um aspecto facilitador no envolvimento profissional-paciente, o estudo de Sousa *et al.* (2015) mostrou que a execução da consulta de Enfermagem não se tornou rotina nos serviços de Atenção Básica pesquisados. A não realização pode ser encarada como obstáculo aos serviços primários, pois esse nível de atenção é responsável pelo manejo de boa parte das DCNTs, como a HAS. O estudo salienta ainda que, quando o enfermeiro a realiza, sensibiliza a clientela sobre seu estado de saúde, construindo com ela planos e metas para continuidade à terapia proposta.

A longa espera e dificuldade no agendamento de consultas foram aspectos vistos no estudo de Lima, Santos e Marcon (2016), que evidenciou ainda a não realização de anamnese e exame físico completos quando o atendimento acontecia.

Os desafios para detecção precoce dos casos de HAS e baixa cobertura dos indivíduos que não utilizam os serviços de Atenção Básica reiteram a necessidade de planejamento de estratégias para esses obstáculos. Revela-se, portanto, a importância de maiores investimentos com vistas à melhoria dos recursos de captação dos usuários (RADIGONDA; SOUZA; CORDONI JÚNIOR, 2015).

Aspectos referentes ao próprio hipertenso também foram lembrados nos estudos selecionados para esta revisão. O grau de instrução limitado associado à baixa escolaridade foi visto em variados estudos (FERRARI *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2014; PAES *et al.*, 2014; SEIFFERT *et al.*, 2014; MENDES *et al.*, 2015; *NUNES et al.*, 2015; GOIS *et al.*, 2016; FERREIRA; IWAMOTO, 2017; REIS *et al.*, 2018). O reduzido grau de instrução exige do enfermeiro o fornecimento de informações precisas, objetivas e de fácil entendimento ao nível de conhecimento do hipertenso, tendo em vista que a compreensão das orientações profissionais repercute diretamente na adesão à terapêutica instituída.

Prevaleceram estudos com predominância feminina na busca pelos serviços de saúde (MENDES; LUIZA; CAMPOS, 2014; GOMES *et al.*, 2015; PIERIN *et al.*, 2016; BARRETO *et al.*, 2018; PINTO; RODRIGUES, 2018; RÊGO; RADOVANOVIC, 2018). Isso pode ser explicado por vários motivos como a representação sociocultural

acarretada por questões de gênero (mulheres vivem mais, frequentam mais o serviço de saúde e demandam maiores cuidados de cunho biológico) e o arranjo dos serviços (horário de funcionamento, características dos profissionais e localização da unidade básica de saúde), fatores que fazem com que homens tenham menos aderência às práticas de saúde (FERRARI *et al.*, 2014).

A inacessibilidade aos serviços foi relatada pelos usuários da Atenção Básica no estudo de Lima, Santos e Marcon (2016), onde os participantes do estudo expuseram a ausência de flexibilidade de horários no atendimento aos trabalhadores do período diurno.

As dificuldades em instituir uma alimentação saudável, com redução na ingesta de sódio, prejudicam no controle da HAS. Os hipertensos têm consciência da necessidade de redução do consumo de sal, mas enfrentam desafios na realização desse cuidado. Esse obstáculo relaciona-se com hábitos alimentares enraizados culturalmente, o que faz com que o hipertenso entenda a dieta saudável e hipossódica como um castigo (SEIFFERT *et al.*, 2014).

Sabe-se também que a prática regular de atividade física auxilia no controle da HAS e previne complicações cardiovasculares. O estudo de Mendes *et al.* (2015) revelou que apenas 32,6% dos usuários da Atenção Básica eram adeptos de tal prática. A realização de atividades físicas é recurso importante na diminuição dos níveis pressóricos.

Fontes e Santana (2018) relataram que parte dos sujeitos participantes de seu estudo fizeram e/ou ainda faziam utilização de álcool e tabaco, hábitos que prejudicam à saúde e predispõe o sujeito ao desenvolvimento de patologias e complicações. O fumo eleva o risco de limitações físicas que podem ser causadas pela HAS e outras patologias. Enquanto o consumo exacerbado de álcool provoca complicações ao aparelho cardiovascular.

O tratamento da HAS deve levar em conta alterações no estilo de vida (tratamento não medicamentoso) e utilização de terapêutica farmacológica. Ambos devem ser pautados em orientações, visando redução da pressão arterial. A mudança no estilo de vida é a primeira opção de terapêutica, e visa evitar o uso de medicamentos. Apenas no insucesso da primeira opção institui-se o tratamento medicamentoso. Mesmo no fracasso das modificações no estilo de vida, estas devem ser implementadas em paralelo ao tratamento farmacológico (SEIFFERT *et al.*, 2014).

Os principais obstáculos de adesão ao tratamento dizem respeito à desconfiança quanto a composição do medicamento, aos efeitos colaterais causados pelos anti-hipertensivos, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as condições sociais e econômicas, o esquecimento do horário de medicação, o etilismo, o tabagismo, o analfabetismo e a incerteza quanto à cronicidade da HAS (FONTES; SANTANA, 2018).

4.2 Estratégias utilizadas pelo enfermeiro da Atenção Básica para estímulo ao autocuidado pelo sujeito hipertenso

O enfermeiro, como profissional que compõe a ESF na Atenção Básica, precisa otimizar sua prática objetivando a reorganização dos serviços básicos de saúde ao paciente hipertenso, atendendo as necessidades de ações de prevenção, promoção e reabilitação de saúde do paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Esse profissional deve dispor de uma gama de estratégias que facilitem seu trabalho no incentivo ao autocuidado pelo sujeito hipertenso. É importante que ele faça uso das tecnologias leves, ou seja, das tecnologias relacionais para captação e acompanhamento dos usuários, estreitando dessa forma o vínculo profissional-comunidade (ENCARNAÇÃO; SANTOS; HELIOTÉRIO, 2017).

Um recurso importante útil ao enfermeiro é o acolhimento. Essa estratégia promove vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, favorece o incentivo ao autocuidado, amplia a compreensão sobre o processo saúde-doença e promove autonomia do usuário frente ao seu tratamento. O acolhimento também repercute nos serviços de saúde ao universalizar o acesso, consolidar a multidisciplinaridade e intersetorialidade, melhorar a qualidade do atendimento, humanizar e combater preconceitos (GIRÃO; FREITAS, 2016).

O atendimento pautado nas consultas de Enfermagem favorece o alcance da excelência no cuidado ao permitir que as necessidades do sujeito sejam identificadas e avaliadas continuamente. A elaboração e execução de um programa de consultas estruturado auxilia também na possibilidade de avaliação minuciosa do cuidado prestado, tornando fácil os ajustes clínicos e o processo de comunicação multiprofissional (SOUSA *et al.*, 2015).

Os cuidados prescritos pelo enfermeiro são essenciais para promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos hipertensos acompanhados na Atenção Básica. Aliado à consulta, o enfermeiro estabelece um plano de cuidados singular com o paciente e implementa as intervenções necessárias ao acompanhamento e instituição do autocuidado (VIEIRA *et al.*, 2017).

Essa elaboração do plano de cuidados pelo profissional pode dar-se de maneira individual ou coletiva, junto aos demais membros da equipe multidisciplinar. O estudo de Silva et al. (2016) constatou que as equipes de ESF que construíam planos de cuidados a hipertensos e suas famílias apresentaram desempenho superior nas ações assistenciais de promoção da saúde e atendimento individual.

A visita domiciliar é outra estratégia pertinente ao incentivo de autocuidado a hipertensos. Além de ser um meio de busca ativa àqueles que não possuem condições de se deslocarem até à unidade básica de saúde, também pode promover elos pela ambiência, tendo o domicílio características de convívio e afinidade (CURIOLETTI *et al.*, 2018).

Na Atenção Básica, o enfermeiro revela-se como um multiplicador de

informações, orientações e esclarecimentos sobre a relevância de hábitos saudáveis para a manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade, contribuindo também na implementação de intervenções necessárias à saúde. Este profissional inclui-se no grupo interdisciplinar ao promover ações assistenciais e educativas em equipe, precisando estar em constante atualização (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A execução de ações educativas com sujeitos hipertensos pelo enfermeiro, em parceria com outros profissionais, estimula o desenvolvimento de uma consciência crítica e integral sobre seu estado de saúde. A educação em saúde trabalha com o processo de aprendizagem e reflexão ao associar as vivências diárias. Se bem executada, permite edificação coletiva de conhecimento e capacita os indivíduos a atingirem, de maneira reflexiva, a busca por soluções no processo saúde-doença (GIRÃO et al., 2015).

5 I CONCLUSÃO

Ao escolher a temática desta revisão, acreditava-se encontrar grande número de estudos em razão da importância desta doença crônica não transmissível na atualidade, fato que se comprovou. Os estudos que compuseram esta pesquisa abordaram a hipertensão arterial sistêmica nas mais diversas dimensões, que foram desde a sistematização de trabalho do enfermeiro até a investigações sociodemográficas, abordagens necessárias para a construção da discussão.

Os achados denotam inúmeros aspectos dificultadores para a assistência de Enfermagem ao paciente hipertenso atendido na Atenção Básica. Esses aspectos relacionam-se, essencialmente, a questões organizacionais dos serviços de saúde e fatores inerentes ao próprio sujeito hipertenso.

A visualização da produção científica nacional revela a importância de discussão sobre a temática, em virtude de seu estado crônico, demanda assistência inovadora que viabilize o abandono de práticas prejudiciais à saúde e maior adesão às terapias não farmacológicas e farmacológicas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018.

CURIOLETTI, R. M. *et al.* O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da Política Nacional de Humanização. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 1, e188110, 2018.

DIAS, E. G. *et al.* Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 34, n. 2, p. 88-92, 2016.

DIAS, E. G.; SOUZA, E. L. S.; MISHIMA, S. M. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 3, p. 138-144, 2016.

ENCARNAÇÃO, P. P. S.; SANTOS, E. S. A.; HELIOTÉRIO, M. C. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Revista APS**, v. 20, n. 2, p. 273-278, 2017.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

FERRARI, F. R. F. *et al*. Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 691-700, 2014.

FERREIRA, M. A.; IWAMOTO, H. H. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa Hiperdia da atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e1037, 2017.

FONTES, F. L. L.; SANTANA, R. S. Dificuldades de autocuidado em pacientes hipertensos de uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 2, p. 90-94, 2018.

GIRÃO, A. L. A. *et al*. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. **Revista de Salud Publica**, v. 17, n. 1, p. 47-60, 2015.

GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, e60015, 2016.

GOIS, C. F. L. *et al*. Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e960, 2016.

GOMES, L. T. S. *et al*. Avaliação da atenção primária aos hipertensos cadastrados no Hiperdia. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 9, n. 4, p. 7347-7356, 2015.

LIMA, D. B. S. *et al*. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25 n. 3, e0560015, 2016.

LIMA, J. C.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 3945-3956, 2016.

MALTA, D. C. *et al*. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Sup. 18, n. 2, p. 109-122, 2015.

MENDES, C. R. S. *et al*. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 580-586, 2015.

MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1673-1684, 2014.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 36-41, 2013.

MOURA, D. J. M. *et al*. Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 710-719, 2014.

NASCIMENTO, M. A. *et al*. Assistência de Enfermagem no programa Hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado. **CuidArte Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 231-238, 2017.

NUNES, M. G. S. *et al*. Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 323-330, 2015.

PAES, N. A. *et al*. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamerica de Salud Publica**, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

PIERIN, A. M. G. *et al*. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 764-771, 2016.

PINTO, E. S. O.; RODRIGUES, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. **Revista Nursing**, v. 21, p. 237, p. 2036-2040, 2018.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K. T; CORDONI JÚNIOR, L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 423-431, 2015.

RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1093-1100, 2018.

REIS, L. L. M. *et al*. Métodos não farmacológicos utilizados pelo enfermeiro na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Nursing**, v. 21, n. 244, p. 2338-2341, 2018.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 1, p. 321-329, 2018.

SEIFFERT, M. A. *et al*. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 6, n. 1, p. 141-152, 2014.

SILVA, R. L. D. T. *et al*. Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n. 5, p. 494-505, 2016.

SOARES, C. B. *et al*. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUSA, A. S. J. *et al*. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 102-107, 2015.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al*. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev APS**, v. 20, n. 2, p. 253-262, 2017.

VIEIRA, V. A. S. *et al*. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, e21498, 2017.

CAPÍTULO 12

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COLOSTOMIA

Leísse Mendes da Silva
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Abraão Lira Carvalho
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Joana Maria Machado Mendes
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Verônica Natália Machado Mendes
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Lucas Mendes da Silva
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Geovane Moura Viana
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá - Maranhão

Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá – Maranhão

Mara Célia Santos Matos
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá – Maranhão

Paula Késia do Nascimento Silva
Graduando em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA;
Coroatá – Maranhão

Charlles Nonato da Cunha Santos
Graduado em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA; Especialista em Urgência e Emergência e Atendimento Pré-hospitalar
Caxias - Maranhão

Erica Maria Fernandes Ferreira
Graduada em Enfermagem Bacharelado pela Faculdade Integral Diferencial-FACID; Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI
Teresina – Piauí

Mara Julyete Arraes Jardim
Graduada em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão-UFMA
Bacabal – Maranhão

RESUMO: INTRODUÇÃO: Entre os problemas que afetam as pessoas submetidas às cirurgias do trato gastrointestinal, destacam-se as colostomias, elas podem ser temporárias ou definitivas. A pessoa com colostomia apresenta alterações físicas e psicológicas. Portanto exige-se do profissional de saúde,

principalmente de enfermagem, uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, aceitação e recuperação emocional**. OBJETIVO:** Levantar a produção científica sobre a assistência de enfermagem ao paciente com colostomia, descrever o enfrentamento em relação a imagem corporal, por parte dos próprios pacientes e a qualidade de vida dos mesmos, evidenciar como ocorre a reabilitação. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos bancos de dados da BVS: LILACS e SCIELO, realizada em maio de 2018 a maio de 2019, utilizando os descritores: Colostomia, Cuidados de Enfermagem, Autocuidado, Educação em Saúde**;** foram levantadas 50 publicações nacionais, que foram publicadas no período entre 2013 e 2019, destas foram excluídas as que não atendiam aos objetivos e que estavam fora do limite temporal, assim 10 artigos foram selecionados e analisados. **RESULTADOS:** As análises das produções científicas mostraram em sua totalidade a importância da atuação do profissional de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem, levando em consideração os aspectos psicobiológicos e psicossociais do portador de estomia. **CONCLUSÃO:** Na assistência prestada ao paciente colostomizado, o profissional de enfermagem além de conhecer os procedimentos clínico-cirúrgicos e as orientações técnicas deve ser capaz de entender as necessidades do cliente para programar as estratégias de enfrentamento.
PALAVRAS – CHAVE: Colostomia, Cuidados de Enfermagem, Autocuidado, Educação em Saúde**.**

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS WITH COLOSTOMY

ABSTRACT: INTRODUCTION: Among the problems that affect people submitted to gastrointestinal tract surgeries, colostomies stand out, they may be temporary or definitive. The person with a colostomy has physical and psychological changes. Therefore, it is required of the health professional, especially nursing, a reflection on the aspects of rehabilitation, acceptance and emotional recovery. **OBJECTIVE:** To evaluate the scientific production on nursing care of patients with colostomy, to describe the confrontation regarding body image by the patients themselves and their quality of life, to show how rehabilitation occurs. **METHODS:** This is an integrative review of the literature carried out in the VHL databases: LILACS and SCIELO, conducted from May 2018 to May 2019, using the descriptors: Colostomy, Nursing Care, Self-Care, Health Education; 50 national publications were published, which were published in the period between 2013 and 2019. Of these, those that did not meet the objectives and were outside the time limit were excluded, so 10 articles were selected and analyzed. **RESULTS:** The analysis of the scientific productions showed in its totality the importance of the nursing professional's role in the teaching-learning process, taking into account the psychobiological and psychosocial aspects of the stomatal carrier. **CONCLUSION:** In the assistance provided to the colostomized patient, the nursing professional besides knowing the clinical-surgical procedures and the technical orientations must be able to understand the client's needs to program the coping strategies.
KEYWORDS: Colostomy, Nursing Care, Self Care, Health Education.

1 I INTRODUÇÃO

Explica-se que a ostomia é uma comunicação artificial entre os órgãos ou vísceras até o meio externo para drenagens, eliminações ou nutrição. (AGUIAR et al. 2019). Podendo ser classificada de três maneiras: ileostomia, colostomia e urostomia. (SÁ et al. 2018).

São diversas as causas que levam à realização de uma ostomia, dentre as principais pode-se citar as neoplasias malignas, os traumas abdominais, desvio de trânsito intestinal ocasionado por úlceras de pressão, carcinoma colorretal, o cancro da bexiga e do aparelho genital feminino, a colite ulcerosa e a doença de Crohn. Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), estima-se que, no Brasil, há cerca de 50 mil ostomizados, 80% das pessoas ostomizadas são colostomizadas, 10% são ileostomizadas e 10% urostomizadas, (ARRUDA et al. 2017).

Desse modo percebe-se que entre os problemas que afetam as pessoas submetidas às cirurgias do trato gastrointestinal, destacam-se as colostomias, que são realizadas por meio de procedimentos cirúrgicos nos quais ocorre a exteriorização de uma alça do intestino fixada ao abdômen para eliminar o conteúdo intestinal. Elas podem ser temporárias e em alguns casos definitivas, devido à impossibilidade de se reconstruir o trânsito intestinal. (SILVA et al. 2016).

Para a colocação da bolsa de colostomia devem-se ter algumas precauções para evitar problemas em relação à dificuldade de aderência, além de possíveis complicações, devendo-se evitar locais perto de proeminência óssea, linha da cintura, dobras cutâneas, umbigo e locais com cicatrizes. (FREIRE et al. 2017)

A pessoa com colostomia apresenta necessidades humanas básicas modificadas, como alterações físicas e psicológicas geradas pelo impacto da própria doença, alterações da imagem corporal, com reações e comportamentos diferentes daqueles que apresentava antes da ostomia. (SILVA et al. 2016).

Dessa forma, elas apresentam sua qualidade de vida prejudicada e passam a conviver com inúmeras alterações, como insegurança, medo e rejeição social, vergonha e inquietação. (FREIRE et al. 2017).

Necessitando, portanto, de adaptações para a sua nova condição, além de ter que incorporar em sua vida novas rotinas diárias, com a realização do autocuidado e com a manutenção de suas atividades sociais e interpessoais. (SILVA et al. 2016).

Para prestar assistência de qualidade, exige-se do profissional de saúde, principalmente de enfermagem, uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, aceitação e recuperação emocional, com conhecimento de suas necessidades que, além de serem diversas, mudam constantemente. (FREIRE et al. 2017).

É de extrema importância a participação do enfermeiro na elaboração de um planejamento da assistência voltado para a prevenção das complicações e na realização de orientações adequadas, influenciando, dessa forma, na reabilitação e

melhoria da qualidade de vida da pessoa com colostomia. E a partir do processo de enfermagem o cuidado de enfermagem pode ser baseado nas respostas do cliente, na forma como ele reage aos problemas de saúde, ao tratamento e às mudanças na vida diária, assegurando que as intervenções sejam elaboradas para o cliente e não para a doença. (SILVA et al. 2016).

Uma forma eficaz de promover uma melhora na qualidade de vida desses pacientes é a educação em saúde, que se desenvolve através da aplicação da Teoria do Autocuidado proposta por Orem, o seu pressuposto é que todos os seres humanos tem potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado respeitando seus aspectos essenciais, pois, desse modo, a assistência tornar-se direcionada para as necessidades do paciente, além de abordar os aspectos holísticos do cuidar. (ARRUDA et al. 2017)

Nesse sentido, pode-se afirmar que os profissionais de enfermagem necessitam de conhecimentos técnicos, específicos e especializados para realizar cuidado de enfermagem às pessoas com ostomia intestinal e, ao mesmo tempo, orientar sobre o autocuidado. (ARDIGO, 2013).

Portanto para a enfermagem, a educação em saúde é indispensável e de grande importância no processo do cuidado e está resulta em uma assistência de qualidade, pois o enfermeiro, além de cuidador, é um educador, não apenas em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, mas ao paciente e aos seus familiares. (FREIRE et al. 2017)

Dessa forma, o presente estudo, objetiva levantar a produção científica sobre a assistência de enfermagem ao paciente com colostomia, descrever o enfrentamento em relação à imagem corporal, por parte dos próprios pacientes e a qualidade de vida dos mesmos e evidenciar como ocorre sua reabilitação.

2 I MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa. De acordo com Mendes (2008) “a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estudo do conhecimento de um determinado assunto”. Neste trabalho seguiram-se as seguintes fases: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica e discussões dos resultados.

A partir da questão: “O que vem sendo publicado sobre: A assistência de enfermagem ao paciente com colostomia?”, procedeu-se a busca preliminar utilizando os seguintes descritores: Colostomia, Cuidados de Enfermagem, Autocuidado, Educação em Saúde, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS e SCIELO com auxílio operador booleano “*and”.*

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos na

integra; indexados nos referidos bancos de dados no período de 2013 a maio de 2019; que abordaram os assuntos de Assistência de enfermagem e Pacientes com colostomia; E como critério de exclusão os artigos que não respondiam aos objetivos propostos e que estavam fora do limite temporal.

O levantamento bibliográfico ocorreu entre os meses de maio de 2018 a maio de 2019. Houve o cruzamento dos descritores e refinamento, descartando aqueles que não atendiam aos critérios pré-determinados.

Foram encontradas 50 publicações, das quais somente 10 atendiam aos critérios de inclusão, descartando aquelas que não respondiam aos critérios. Depois de aplicados os filtros, restaram 5 trabalhos no Lilacs e 5 trabalhos na Scielo. Os dados foram coletados e compilados utilizando-se uma tabela de organização dos artigos e, em seguida, realizou-se a leitura analítica do material, o que possibilitou a organização das informações encontradas, dando resposta às indagações feitas pelos pesquisadores deste estudo.

3 I RESULTADOS

O protocolo de pesquisa aplicado aos 10 artigos selecionados permitiu-nos elaborar a tabela 01 onde os artigos são apresentados em ordem decrescente dos anos de publicação.

Nº	Autor(es)/ Ano	Título	**Periódico/Idioma**
01	AGUIAR et al. (2019)	Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados.	Rev. Enferm. UFPE/ Português
02	OLIVEIRA et al. (2018)	Cuidado e saúde em pacientes estomizados.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde / Português
03	SÁ et al. (2018)	Cuidados com o paciente pré-cirúrgico de ostomia.	Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento / Português
04	ARRUDA et al. (2017)	Assistência de enfermagem a pacientes ostomizados: conhecimento, autocuidado e adaptação desses pacientes.	CONBRACIS/ Português
05	FREIRE et al. (2017)	. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem.	REME-Rev. Min. Enferm./ Português
06	LEITE,M.S.; AGUIAR, L.C. (2017)	Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colostomia.	Enferm. Foco./ Português
07	SILVA et al. (2017)	Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa.	Rev. Latino-Am. Enfermagem / Português

08	SILVA et al. (2016)	Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnóstico e intervenções de enfermagem.	REME-Rev. Min. Enferm./ Português
09	BONIL et al (2014)	Convivendo com estomas digestivos: estratégias de enfrentamento da nova realidade física.	Rev. Latino- Am. Enfermagem/ Português
10	ARDIGO, F.S.; AMANTE, L.N (2013)	Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família.	Texto Contexto Enferm./ Português

Tabela 01 – Distribuição dos estudos segundo autor (es), ano de publicação, título, periódico e idioma de publicação e desenho do estudo. Coroatá, MA, Brasil, 2013 a maio de 2019.

De acordo com o recorte temporal selecionado foram selecionadas 10 publicações, nas quais se visualizaram maior quantitativo de estudos publicados no ano de 2017 com 04 (quatro), seguindo-se dos anos de 2018 com 02(dois) e com uma publicação em cada um dos seguintes anos: 2019, 2016, 2014 e 2013. Nos artigos são evidenciados aspectos psicobiológicos e psicossociais do portador de colostomia e também como vem sendo realizada a assistência de enfermagem a esses pacientes. Em relação aos autores, observou-se que os estudos, em sua maioria, possuem múltiplos autores, sendo os mesmos enfermeiros.

Quanto aos periódicos de indexação, são de revistas diversas como, por exemplo, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Texto Contexto Enfermagem e as outras revistas, somadas, totalizaram 10(dez) publicações.

Com relação à caracterização dos estudos por idioma de publicação, 100% dos artigos são em português.

É possível observar que todas as publicações tratam sobre o tema: pacientes com colostomia e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos no que diz respeito à adaptação física com a colostomia e autoimagem, com também sobre os cuidados de enfermagem que são prestados a esses pacientes.

4 I DISCUSSÃO

4.1 Assistência de enfermagem ao paciente com colostomia

O paciente com colostomia apresenta diversas alterações na sua vida que lhes dificultam a realização de ações de autocuidado. Acredita-se que a compreensão destas alterações pode instrumentalizar os profissionais que atuam junto a estes pacientes na elaboração de um plano assistencial mais efetivo e humano. (ARRUDA

et al. 2017)

A assistência de enfermagem aos pacientes com colostomias constitui um grande desafio para os profissionais de enfermagem, pois este procedimento implica mudanças corporais; hábitos de vida, vida social; incorporação de conhecimentos profissionais; acesso aos serviços no sistema público de saúde; necessidade de dispositivos coletores, além de modificações na família e trabalho. (OLIVEIRA et al. 2018)

A atenção à saúde de pacientes portadores de estomias é regida e garantida pela Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009(14), que assegura a necessidade de cuidados do paciente colostomizado em unidades de atenção básica e em serviços especializados, abrangendo estímulo ao autocuidado, promoção de saúde, prevenção de complicações, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes, e treinamento de profissionais de saúde (ARDIGO, 2013).

O cuidado e o seguimento desses pacientes devem ser realizados por profissionais tecnicamente especializados e qualificados, visando reduzir o número de complicações e prover ao paciente um atendimento multiprofissional e humanizado, que comprovadamente auxilia a reabilitação e promove incentivo ao autocuidado (OLIVEIRA et al. 2018).

A formação específica de profissionais é fundamental para a assistência ao ostomizado. O estomaterapeuta é o enfermeiro especialista em habilidades para prestar cuidados aos ostomizados, portadores de fístulas, feridas crônicas e agudas e incontinência urinária e fecal. A formação do estomatoterapeuta está regulamentada pela International Association for Enterostomal Therapist. No Brasil, os cursos de especialização em estomaterapia surgiram na década de 90 e até 1999 o paíscontava com apenas 137 enfermeiros estomaterapeutas (SILVA et al. 2016).

A sistematização da assistência inclui o ensino dos cuidados necessários tanto ao próprio paciente quanto à sua família, bem como o encaminhamento ao programa de estomizados, estimulando, assim, sua autonomia. É indispensável que a pessoa aprenda a cuidar do estoma, a instalar corretamente a bolsa coletora, para evitar vazamentos e com isso diminuir o odor das fezes e proteger a pele periestomal. É importante também que a família aprenda a conviver com situações como a incontinência fecal e suas consequências, como o odor e a necessidade de mais cuidado com as roupas e com a higiene, para que possa dar o apoio e o suporte adequados (SILVA et al. 2016).

A orientação e supervisão do enfermeiro são fundamentais para a escolha adequada destes, bem como sobre a maneira correta de higienizar, esvaziar e remover a bolsa de colostomia sem traumatizar a pele, lavando com sabão neutro e água morna, retirando todo o resíduo e mantendo-a bem seca antes de instalar na nova bolsa, além de recortar a bolsa na medida adequada ao tamanho do estoma (SILVA et al. 2016).

Portanto, é de suma importância que o paciente ostomizado tenha atendimento

especializado, em que o profissional estomaterapeuta possa lhe dar suporte, de forma contínua, acompanhando sua evolução no pré-operatório e pós-operatório, com o intuito de ajudá-lo ao longo de todo o processo de adaptação à sua nova condição (SÁ et al. 2018).

4.2 Enfrentamento em relação a imagem corporal, por parte dos pacientes com colostomia e a qualidade de vida dos mesmos

Pacientes submetidos a colostomia têm sua perspectiva de vida alterada, principalmente pela imagem corporal negativa, devido à presença do estoma associado a bolsa coletora. Além das mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares e de higiene precisam adaptar-se ao uso do equipamento, resultando em perda da autoestima, sintomas depressivos, isolamento social, desvio de imagem corporal, colapso de relações conjugais e privação de sua liberdade humana. (FREIRE et al. 2017).

A forma como ocorre a adaptação à nova condição é fator determinante para o grau de satisfação e o bem-estar do paciente, assim como para a sua reinserção em suas atividades diárias. Os cuidados de saúde, portanto, devem levar em consideração o paciente em sua forma holística, abrangendo não somente o paciente, mas também a sua família, com todas as suas expectativas, angústias e necessidades. (FREIRE et al. 2017).

As alterações corporais resultantes da confecção de um estoma perpassam o campo fisiológico e atingem o campo emocional, psicológico, social e espiritual e requerem do indivíduo adaptação frente a novos estímulos desencadeados pelo processo cirúrgico (BONIL et al. 2014).

O autocuidado na teoria de Orem é comparável à saúde holística, pois ambas promovem a responsabilidade do indivíduo pelo cuidado da saúde. Isto é especialmente relevante na atualidade, visto que a alta hospitalar vem sendo antecipada, aumentando a demanda de cuidados em casa e dos serviços ambulatoriais. (ARRUDA et al. 2017).

Callista Roy no seu modelo da adaptação concebe que a meta da enfermagem é promover a adaptação da pessoa, grupo ou comunidade nos quatros modos adaptativos o que contribui com a saúde dos indivíduos, especialmente dos estomizados. Os quatro modos adaptativos interagem uns com os outros e quaisquer alterações em um dos modos podem afetar os outros, principalmente ao se tratar de doenças crônicas nas quais se evidenciam que uma mudança no modo fisiológico afeta o processo de adaptação das formas de autoconceito, função de papel e interdependência. (ARRUDA et al. 2017).

Nas pessoas estomizadas cabe ao enfermeiro contribuir no processo de adaptação ao elaborar estratégias para o cuidado de enfermagem que abrangem ações desde o período pré-operatório até retorno dos indivíduos às suas atividades

de vida diária e reinserção social com orientações objetivando capacitar o estomizado a criar mecanismos de enfrentamento que possam diminuir as respostas não adaptativas. (ARDIGO, 2013).

A colostomia pode provocar alterações na autoestima e autoimagem no que se refere à saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e pessoais e crenças. A avaliação da autoestima nas pessoas colostomizadas é cada vez mais importante e necessária, pois quando submetido a esse procedimento os pacientes passam a ter uma experiência diferente, em que o seu padrão e ritmo de vida começam a mudar. (SILVA et al. 2017)

4.3 Reabilitação dos pacientes com colostomia

Diante da utilização da colostomia, foram percebidas modificações no estilo de vida do paciente causadas por alterações físicas, psíquicas e sociais que influenciam na sua imagem corporal. Além da circunstância do diagnóstico, esse dispositivo ameaça diretamente os padrões e valores que socialmente se atribuem à beleza física, ao corpo saudável e higiênico, ao autocontrole fisiológico e, inversamente proporcional, à pessoa deficiente. (FREIRE et al. 2017).

As dúvidas dos pacientes submetidos à colostomia são inúmeras e o impacto que o estoma causa na sua vida agrega sentimento de impotência, medo e outros. Esses pacientes passam a vivenciar essa nova condição de vida adaptando-se a habilidades frente à colostomia, como hábitos de vida sociais, psicológicos e pessoal. (BONIL et al. 2014).

Baixa autoestima situacional e desesperança são relevantes, pois muitos dos participantes relataram a falta de comunicação dos profissionais com os mesmos, falta de carinho e apoio de familiares e parceiros, o que é primordial para sua recuperação e tratamento, a nutrição desequilibrada dos pacientes estava associada à falta de apetite, diarreias e cólicas intestinais. (SILVA et al. 2017).

A ênfase no autocuidado tem sido descrita como uma alternativa para possibilitar que o paciente participe ativamente do seu tratamento, estimulando a responsabilidade na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, o que irá contribuir na sua reabilitação. Durante o processo educativo, é importante conhecer o nível de ansiedade do paciente, bem como os mecanismos que ele utiliza para lidar com o estresse. (AGUIAR et al. 2019).

Com isso, é imprescindível a atuação da equipe de saúde envolvida e atuante na reabilitação e enfrentamento dessa realidade para que essa transição seja a mais natural possível. Conviver com colostomia provoca sentimentos angustiantes, pois as pessoas passam a acreditar que não são confiáveis nas suas atividades rotineiras ou, talvez, pelo medo do preconceito, tendem a se isolar. (ARDIGO, 2013).

O sucesso dessa reabilitação será consequência de uma ação conjunta e coerente, com os vários profissionais da saúde relacionados ao tratamento, além

da fundamental participação da família para que possam atender às demandas dos pacientes. (ARDIGO, 2013).

5 I CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou uma alta complexidade da assistência de enfermagem a ser prestada ao colostomizado, destacando à necessidade de compreender as modificações que ocorrem na vida de um paciente colostomizado e como ele vivencia todo esse processo, para maior aprofundamento e intervenções mais coerentes na prática clínica do enfermeiro.

Deste modo foi possível discutir as dificuldades do profissional de enfermagem para o cuidado dos pacientes colostomizados, percebeu-se que este acontece de forma ampla durante a formação, restringindo-se, na maioria das vezes, à teoria. A formação generalista retrata uma visão ampla do cuidado à pessoa com colostomia e sua família, no entanto, por se tratar de uma situação complexa, faz-se necessária a capacitação e a atualização dos profissionais de enfermagem.

Observa-se que os portadores de estoma apresentam dificuldades mesmo adaptados, principalmente nos aspectos estéticos e pela insegurança que esse procedimento provoca em alguns, pelo medo de vazamentos, flatulências e de causar incômodos nas pessoas ao seu redor. Ressalta-se que compete, ao enfermeiro, as intervenções exclusivas nos períodos pré, trans e pós-operatórios, visando à melhor adaptação à condição de colostomizado, promovendo o enfrentamento para melhor qualidade de vida do usuário, exigindo cuidado contínuo e prolongado dos serviços de saúde.

Por fim, enfatiza-se a importância das relações paciente-profissional, a fim de se construir com eles a confiança, autoaceitação e assistência com orientações adequadas ao seu autocuidado e assentimento da sua nova vida, destacando o profissional enfermeiro como facilitador do processo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.A.S.; JESUS, B.P.; ROCHA, F.C.; CRUZ, I.B.; NETO, G.R.A.; RIOS, B.R.M.; PIRIS, A.P.; ANDRADE, D.L.B. **Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados.** Rev. Enferm. UFPE. v.13,n. 1, p.105-10, 2019.

ARDIGO, F.S.; AMANTE, L.N. **Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família.** Texto Contexto Enferm. v.22, n.4, p.1064-71, 2013.

ARRUDA, S.S.; REGO, M.J.A.; LUNA, C.R.S.; MARCOLINO, E.C**. Assistência de enfermagem a pacientes ostomizados: conhecimento, autocuidado e adaptação desses pacientes.** CONBRACIS. 2017

BONIL, C.; CELDRÁN, M.; HUESO, C.; MORALES, J.M.; RIVAS, C.; FERNÁNDEZ, M.C. **Convivendo com estomas digestivos: estratégias de enfrentamento da nova realidade física.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.22,n.3, 2014.

FREIRE, D.A.; ANGELIM, R.C.M.; SOUZA, N.R.; BRANDÃO, B. M.G.M.; TORRES, K.M.S.; SERRANO, S.Q. **Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem.** REME-Rev. Min. Enferm. 2017.

LEITE, M.S.; AGUIAR, L.C. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colostomia.** Enferm. Foco. v.8, n.2, p.72-76, 2017.

OLIVEIRA, I.V.; SILVA, M.C.; SILVA, E.L.; FREITA, V.F.; RODRIGUES, F.R.; CALDEIRA, L. M. **Cuidado e saúde em pacientes estomizados.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018.

SÁ, D.L.F.; PINHEIRO, R. X.; ARAÚJO, M. M. O.; FALCÃO, P.C.; CHAGAS, M. X. **Cuidados com o paciente pré-cirúrgico de ostomia.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. V.04, n.01, p.21-30, 2018

SILVA, E.S.; CASTRO, D.S.; GARCIA, T.R.; ROMERO, W.G.; PRIMO, C.C. **Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnóstico e intervenções de enfermagem.** REME-Rev. Min. Enferm. 2016.

SILVA, N.M.; SANTOS, M.A.; ROSADO, S.R.; GALVÃO, C.M.; SONOBE, H.M. **Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017.

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Patrícia Cristina de Sousa
Enfermeira pela Faculdade do Piauí-FAPI, Tersina-PI.

Ernando Silva de Sousa
Enfermeiro, Discente Pós-graduação em Obstetrícia da Faculdade do Médio Parnaíba-FAMEP, Teresina-PI.

Lindamaria Oliveira de Miranda
Enfermeira pela Faculdade do Piauí-FAPI, Tersina-PI.

Juliana Falcão da Silva
Enfermeira, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família com Docência do Ensino Superior da Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME.

Gislaine de Carvalho Sousa
Enfermeira na Clínica H-Uro, Teresina-PI, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família com Docência do Ensino Superior da Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME.

Érica Débora Feitosa da Costa
Enfermeira, Preceptora de Estágio em Enfermagem na IESM, Discente de Pós-graduação em Ugência e Emergência pelo Centro Universitário UNIFSA, Teresina-PI.

Ana Carolina Amorim de Sousa
Enfermeira, Coordenadora de Atenção Básica na cidade de Joaquim Pires-PI, Discente de Pós-graduação em Ugência e Emergência pelo Centro Universitário UNIFSA, Teresina-PI.

Gildene da Silva Costa
Discente do Curso em Enfermagem Pela Faculdade Maurício de Nassau, Teresina-PI.

Ítalo Arão Pereira Ribeiro
Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFPI). Precpetor/Professor do curso Bacharelado em Enfermagem na Faculdade UniNassau.

Letícia Lacerda Marques
Enfermeira, Especialista em Saúde da mulher, Oncologia e Cuidados paliativos pela FAVENI. Enfermeira assistencial no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL).

Juliana Nunes Iacerda
Enfermeira, Especialista em urgência e emergência pela Unipós. Enfermeira assistencial no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL)

Leonilson Neri dos Reis
Enfermeiro, Preceptor de Estágio em Enfermagem na IESM, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família com Docência do Ensino Superior da Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME, Tersina-PI

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pré-eclâmpsia é uma síndrome específica da gestação que pode surgir após a 20° semana, no decorrer do parto e até 48 horas pós parto. É definida por uma elevação tensional da pressão arterial e aparecimento de proteinúria na gestação.

No Brasil, estudos realizados demonstram que a pré-eclâmpsia é a complicação com mais freqüência no decorrer do ciclo gravídico puerperal, atingindo cerca de 5 a 10% das gestações e que representa a principal causa de mortalidade materna fetal. **OBJETIVOS:** Analisar na Literatura a assistência de enfermagem em gestantes com pré-eclâmpsia. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura elaborada no mês de maio de 2018. A busca foi realizada utilizando os descritores:pré-eclâmpsia, cuidados de enfermagem e gravidez, foram utilizados de forma isolada e combinada com o operador booleano and para a realização da pesquisa. Os dados foram coletados nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF. Foram incluídos artigos nacionais e internacionais que abordassem a temática, publicados no período de 2012 a 2017, e excluídos as dissertações, teses, artigos repetidos e anteriores ao ano de 2012. **RESULTADOS:** Foram encontrados 198 artigos do , LILACS, MEDLINE e BDENF, entretanto, após aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão, foram lidos todos os 19 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, e excluíu-se 4 publicações de artigos que se encontraram repetidos, 7 que não retratava a temática e mais 1 artigo de revisão integrativa, restando no total 7 artigos se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa. **CONCLUSÃO:** A assistência de enfermagem em gestantes com pré-eclâmpsia baseia-se em evidências científicas atualizadas, realizando a busca de dados detalhadamente, exame físico atencioso aos exames e sinais de pré-eclâmpsia, realizando um pré-natal de qualidade, seguindo os protocolos da unidade de saúde ou Ministério da Saúde e intervindo quando necessário, proporcionando assim uma excelente assistência e reduzindo as complicações e taxas de morbimotalidade materno-fetal.
PALAVRAS-CHAVES: Pré-eclâmpsia;Cuidados de enfermagem;Gravidez.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Pre-eclampsia is a specific gestational syndrome that may occur after the 20th week, during delivery and up to 48 hours postpartum. It is defined by a blood pressure elevation and the appearance of proteinuria during pregnancy. In Brazil, studies show that pre-eclampsia is the most frequent complication during the puerperal pregnancy cycle, reaching about 5 to 10% of pregnancies and that it is the main cause of maternal fetal mortality. **OBJECTIVES:** To analyze nursing care in pregnant women with pre-eclampsia in the literature. **METHODS:** This is a literature review prepared in May, 2018. The search was performed using the descriptors: pre-eclampsia, nursing care and pregnancy, were used in isolation and combined with the Boolean operator and for the research. Data were collected in the LILACS, SCIELO and BDENF databases. National and international articles dealing with the topic, published in the period from 2012 to 2017, were included, excluding dissertations, theses, articles repeated and prior to 2012. **RESULTS:** 198 articles from LILACS, MEDLINE and BDENF were found, meanwhile. , after applying the inclusion and exclusion criteria, all 19 articles, titles and abstracts of the articles were read, being necessary to refine the sample, and excluded 4 publications of articles that were repeated, 7 that did not portray the theme and another 1 article of integrative review, leaving a total of 7 articles that fit the inclusion criteria of the integrative review. **CONCLUSION:** Nursing care in

pregnant women with preeclampsia is based on up-to-date scientific evidence, carrying out data search in detail, attentive physical examination to the exams and signs of preeclampsia, performing a quality prenatal care, following the protocols the health unit or the Ministry of Health and intervening when necessary, thus providing excellent care and reducing complications and rates of maternal-fetal morbidity and mortality.
KEYWORDS: Pre-eclampsia; Nursing care; Pregnancy.

A pré-eclâmpsia é uma desordem que pode ocorrer após a vigésima semana gestacional, durante o parto e até 48 horas pós-parto. Afeta cerca de 5-8% de todas as gestações e é uma condição que progride rapidamente, caracterizada por aumento tensional da pressão arterial (PA) e presença de proteinúria. Alguns sinais podem ser indicativos desta condição, tais como: presença de edema - principalmente na face, ao redor dos olhos e mãos; ganho ponderal acentuado; náuseas ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaleia e alterações visuais, taquipneia e ansiedade. No entanto, muitas vezes, a doença evolui de forma silenciosa, ou seja, sem sinais indicativos (FERREIRA et al., 2016).

A pré-eclâmpsia é classificada em leve e grave, o critério para diagnóstico são os sinas e sintomas que a gestante vai demonstrar. Na pré-eclâmpsia grave as gestantes vão apresenta uma pressão diastólica maior ou igual a 110mg/dl; oligúria; elevação dos níveis de creatinina; aumento das enzimas hepáticas; sinais de insuficiência cardíaca; presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino e oligohidrâmnio (OLIVEIRA et al., 2018).

A incidência da pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 6 a 10% das gestantes primíparas, sendo de gran-de relevância a identiï¬•cação dos sinais e sintomas e atuação da equipe de saúde visando à prevenção de complicações (AGUIAR et al., 2010).

A hipertensão pode ser caracterizada por valores pressóricos iguais ou superiores a 140x90 mmHg, quando se desconhece os valores basais do indivíduo, após, pelo menos, duas aferições em condições ideais e em ocasiões diferentes, em um intervalo mínimo de, pelo menos, seis horas entre as medidas. Caso se conheça o nível tensional prévio, deve-se considerar como hipertensas gestantes que apresentarem aumento de 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) e/ou 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) (FERREIRA et al., 2016).

Ainda não se conhece corretamente as causas da pré- eclâmpsia, mas sabe-se que a placenta tem grande influência na produção do quadro. Uma das teorias diz que esses quadros clínicos ocorrem em razão de uma vascularização incompleta da placenta, que leva a um quadro de isquemia. A placenta em sofrimento produz uma substancias que ao caírem na circulação sanguínea materna, causa descontrole da pressão arterial e lesão nos rins, levando ao aumento da pressão arterial (OLIVEIRA et al., 2018).

Entende-se que a assistência prestada pautada em conclusões geradas a

partir de métodos científicos rígidos consiste em padrão ouro no cuidado de saúde8. Esta abordagem pode melhorar os resultados para os pacientes, proporcionar maior qualidade de atendimento, minimizar custos devido à redução de morbimortalidade e iatrogenia, bem como promover padrões de segurança e confiabilidade às organizações de saúde (FERREIRA et al., 2016).

A relevância do presente estudo contribui para o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem às mulheres com pré-eclâmpsia, a qual permite ao enfermeiro a tomada de decisão na assistência à saúde, com vistas a um plano de cuidados fundamentado na incorporação de resultados de pesquisa à sua prática (FERREIRA et al., 2016).

Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar na literatura disponíveis a acerca da temática: assistência de enfermagem às gestantes com pré-eclâmpsia.

MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão integrativa é definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos. Por meio do processo de análise sistemática e síntese da literatura de pesquisa, a revisão integrativa bem elaborada pode precisamente representar o estado atual da literatura de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na construção desta revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Como é a assistência de enfermagem às mulheres com pré-eclâmpsia ?

Foi realizada uma busca dos artigosnaLiteratura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), referente as produções científicas relacionadas fatores que contribuem para a ocorrência do desmame precoce no período de publicação de 2013 a 2018.

Foram utilizados os seguintes Descritores encontrados após uma consulta realizada em Ciência da Saúde (DECS): pré-eclâmpsia, cuidados de enfermagem e gravidez, foram usados associados com o operador booleano *and*.

Seguiu-se a busca dos três descritores combinados nas bases de dados com o operador Booleano *and*. Inicialmente para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores sem a utilização dos filtros, obtendo-se 198 artigos. Como critérios de inclusão e a fim de refinar a amostra determinou-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, com acesso gratuito, no idioma português,

indexados nas referidas bases de dados citadas, publicados nos últimos 5 anos (2012-2018) e que retratassem a temática em estudo, restando 19 publicações com possibilidade de análise.

Foram analisados os resumos e elegidos para leitura do artigo na íntegra aqueles que estavam relacionados com a temática em estudo. Em suma, foram lidos todos os 19 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, e excluíu-se 4 publicações de artigos que se encontraram repetidos entre os demais, 7 publicação que não retratava a temática e excluído mais 1 artigo de revisão integrativa, restando no total 7 artigos que foram selecionados por responderem à questão condutora do estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa.A seguir, um fluxograma sintetiza a busca dos 7 artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

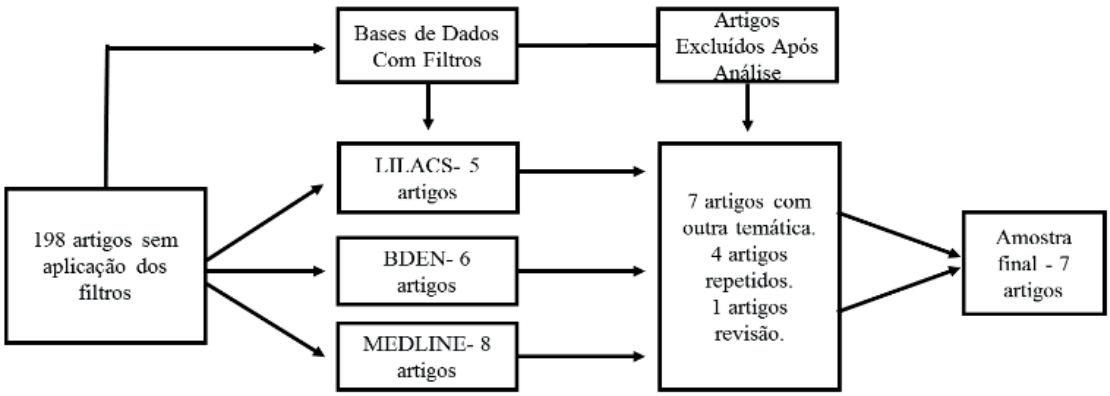


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos na íntegra, foi realizada a análise dos dados em três etapas. Na primeira, foi utilizado um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A), que permitiu a investigação e identificação de dados como: base de dados indexada; ano de publicação; nome do periódico; título; nome dos autores; metodologia; objetivo de estudoe conclusões. Na segunda etapa, realizou-se uma análise interpretativa e síntese dos artigos de modo a captar a essência do tema e a real ideia dos autores de forma a atingir o objetivo previsto. Em uma última etapa foram apresentados os resultados através de uma análise dos artigos incluídos, com a descrição das etapas percorridas.

RESULTADOS

Após criterioso refinamento e análise, contemplando os critérios de inclusão delineados, chegou-se a 7 artigos, dos quais como expõem a tabela 1, verificou-se que os maiores números de publicações ocorreram nos anos de 2013, 2016 e 2017 com 2 publicações (29%) ao ano, obtendo-se esse resultado após a aplicação dos

critérios de inclusão. A base de dados mais utilizada para publicação foi aLiteratura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) onde se tiveram 4 (58%) artigos, o método qualitativo obteve o maior predomínio 4 (58%) dentre as tipologias, descritivo com 2 (29%) , o estudoretrospectivo com 1 (13%). Observou-se que aspesquisas com mais de 3 autores tiveram a maior prevalência com 5 (71%).

Ano de Publicação	**Nº**	%
2013	2	29
2014	0	0
2015	1	13
2016	2	29
2017	2	29
2018	0	0
Base de Dados		
LILACS	4	58
BDENF	2	29
MEDLINE	1	13
Método abordado		
Qualitativo	4	58
Descritivo	2	29
Estudo Retrospectivo	1	13
Nº de Autores		
1	0	0
2	0	0
3	2	29
Mais de 3	5	71

Tabela 1 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação, base de dados, método abordado fins da pesquisa e número de autores.

Fonte: Base de Dados

Em relação aos principais aspectos metodológicos das pesquisas analisadas, observou-se através da tabela 2 os que tiveram maior prevalência, a análise de documentos foi o instrumento mais utilizado para coleta de dados com 4 (58%), as mulheres tiveram maior prevalência como escolha do sujeito da pesquisa 4 (58%), a maternidade foi o local com maior escolha com 4 (58%), Outros locais com 1 (13%), o hospital com 2 (29%)das publicações.

Instrumento de Coleta de Dados	**Nº**	**%**
Análise Documentos	4	58
Entrevistas	2	29
Outros	1	13
Sujeitos da Pesquisa		
Mulheres	4	58
Profissionais	2	29
Outros	1	13

Local da Pesquisa		
Hospital	2	29
Maternidade	4	58
Outros Locais	1	13

Tabela 2 - Classificação dos aspectos metodológicos subdividindo em instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

Fonte: Base de Dados

Foram destacado no quadro 1 o título do artigo, autores e ano, periódico, objetivos e conclusão. Observou-se que quase todos os artigos selecionados, abordam e tem relação com a temática relacionada a assistência de enfermagem em gestantes com pré-eclâmpsia. Ainda na análise desses artigos presentes no quadro, percebeu-se que a pré-eclâmpsia apresenta um grande predomínio na elaboração de estudos que abordam o tema, sendo um assunto bastante relevante, que se deve trabalhar com atenção redobrada, para que se possa também promover estratégias de prevenção da pré-eclâmpsia.

Os artigos encontrados no banco de dados da BVS, serão utilizados para constituir a amostra do estudo foram analisados e discutidos da melhor forma que corresponda ao objetivo e questão norteadora proposta nesta revisão.

TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
1) Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro	SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	identificar os significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e suas consequências, como o nascimento prematuro e a hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal	o estudo teve como núcleo central a morte, e se destacaram os aspectos subjetivos presentes no ciclo gravídico e puerperal de alto risco. Espera-se que essa investigação contribua para qualificar a assistência de enfermagem à mulher adiante da problemática das síndromes hipertensivas da gravidez, para que ela possa enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos da gravidez e de nascimento de alto risco.

2) A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um hospital universitário.	ESPINDOLA; LIMA; CAVALCANTI, 2013	J. res.: fundam. care. online	Conhecer o perfil das gestantes primigestas atendidas no pré-natal; identificar a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes primigestas atendidas em consultas do pré-natal.	Na amostra analisada não houve registro de pré-eclâmpsia, todavia 41 (38,9%) mulheres apresentaram alterações tensionais compatíveis com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). O enfermeiro tem um importante papel na equipe multiprofissional, para detecção precoce de intercorrências na gestação contribuindo para a redução da incidência da morbidade e da mortalidade materna.
3) Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG)	BRITO., et al. 2015	J. res.: fundam. care. online 2015.	Identificar a prevalência das Síndromes Hipertensivas Específica da Gestação e traçar o perfil epidemiológico das gestantes.	Os resultados apontam a necessidade do planejamento da assistência pré-natal, objetivando a redução da taxa de morbimortalidade materna e perinatal.
4) Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia.	OLIVEIRA., et al. 2016	Rev enferm UFPE on line.	Avaliar a assistência de enfermagem prestada à mulher acometida por pré-eclampsia e investigar junto aos enfermeiros, queixas, conflitos e medos da mulher no decurso da gestação.	a Sistematização da Assistência de Enfermagem proporciona benefícios à paciente e à equipe da saúde, facilitando o processo de trabalho.
5) Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia	AMORIM., et al. 2017.	Rev enferm UFPE on line	caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos das gestantes internadas com Pré-eclâmpsia (PE) em uma maternidade pública; conhecer a incidência da PE nas gestantes; e descrever as complicações das gestantes com PE.	A pré-eclâmpsia e os agravos hipertensivos se configuram em estatísticas alarmantes, sendo necessário que os profissionais de saúde planejem uma assistência integral e direcionada.

6) Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.	OLIVEIRA., et al. 2017.	Rev Cuidarte	Analisar a assistência de enfermeiros às gestantes com síndrome hipertensiva, em um hospital de baixo risco obstétrico.	O estudo possibilitou analisar que a assistência de enfermeiros às gestantes com síndrome hipertensiva é essencial na preservação e manutenção da vida da mulher e do feto/neonato, pois este profissional possui diferencial, como autonomia e senso crítico, além do conhecimento técnicocientífico, que quando somados a uma equipe multiprofissional torna o trabalho dinâmico e resolutivo.
7) Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia	FERREIRA., et al. 2016.	Rev Esc Enferm USP	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre assistência de enfermagem às mulheres com pré-eclâmpsia e/ ou eclâmpsia	Mulheres com pré-eclâmpsia e/ ou eclâmpsia exigem cuidados de enfermagem específicos, os quais devem ser pautados em protocolos de cuidados baseados em evidências científicas.

Quadro 1- Distribuição dos estudos segundoo título do artigo, autores e ano, periódico, tipo de pesquisa, objetivos e conclusão(Quadro 1).

DISCUSSÃO

A gestação é uma ação marcada por intensas modificações fisiológicas, que buscam adaptar os sistemas à nova condição. Essas modificações iniciam-se na primeira semana e vão até o fim da gravidez, quando, após o parto, dá início ao processo de retorno às condições pré-gravídicas. Essas modificações, em sua maioria, acontecem sem distorcias, sendo a gestação conceituada de baixo risco, de risco habitual, ou fisiológico. Porém, uma parte apresenta intercorrências e complicações durante esse período, podendo resultar em sequelas para o binômio mãe-filho, sendo denominadas gestações de alto risco, as quais demandam uma maior atenção e acompanhamento (OLIVEIRA et al., 2017).

A gestação por si só é um acontecimento muito importante na vida de qualquer mulher. Conceber um novo ser é Maravilhoso e sentir suas primeiras manifestações é extraordinário, no entanto, pode deixar lembranças ou traumas, dependendo das intercorrências obstétricas ou agravos de saúde e/ou da assistência apresentada durante essa fase (OLIVEIRA et al, 2016).

A gravidez é um momento bastante delicado na vida de uma mulher e envolve modificações no corpo e alterações psicológicas e sociais. Sendo que algumas gravidez apresentam riscos e/ou complicações, já outras não, considerando as que apresentarem devem ter um atendimento diferenciado com maior atenção para que tudo ocorra perfeitamente. Com isso essas gestantes podem ter lembranças boas

ou traumas da experiência do parto em sua vida, atingindo assim positivamente ou negativamente na suas futuras gestações.

A Pré-Eclâmpsia é marcada pelo aumento do nível pressórico (igual ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e igual ou acima de 90 mmHg para pressão diastólica) seguido de proteinúria significante (definida como pelo menos 0,3 g/l em urina de 24 horas, ou 1g/l em amostra simples) e edema generalizado (mãos e face) iniciada na 20ª semana de gestação. A gestante com quadro de pré-eclâmpsia pode apresentar comprometimento em diversos órgãos e sistemas como o sistema vascular, hepático, renal e cerebral. Em relação ao concepto, pode gerar neuropatias, crescimento intrauterino retardado e sofrimento fetal (SPINDOLA; LIMA; CAVALCANTI.,2013).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, diariamente no ano de 2010, cerca de 800 mulheres morreram em consequência da gravidez ou parto. As síndromes hipertensivas ocupam o 2° lugar no ranking de causas de mortes maternas, ficando atrás apenas das hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14% de todos os óbitos maternos do mundo e alcançam índices de até 22% na América Latina. Afeta cerca de 5-8% de todas as gestações e é uma situação que progride rapidamente, marcada por aumento tensional da pressão arterial (PA) e presença de proteinúria (FERREIRA et al, 2016).

A Pré-Eclâmpsia apresenta-se a partir da 20° semana de gestação, vindo acompanhada dos elevados índices da pressão arterial, proteinúria, edema generalizado, podendo apresentar também ganho ponderal acentuado; náuseas e/ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaleia e alterações visuais (visão borrada e/ou turva); hiperreflexia, taquipneia e ansiedade, porém senão for assistida da maneira correta poderá evoluir rapidamente com sinais silenciosos ocasionando até mesmo a morte da gestante.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, que pode mostrar-se como hipertensão crônica (observada antes da gestação ou até 20ª semana gestacional), pré-eclâmpsia (definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20ª semana de gestação, podendo ser leve ou grave), eclâmpsia (caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva), Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal), Hipertensão gestacional sem proteinúria (BRITO et al, 2015).

Em países desenvolvidos, 16,1% das mortes maternas têm como causa as SHGs e as hemorragias. No Brasil, os dados demonstram que, das SHGs, a pré-eclâmpsia é a intercorrência mais frequente durante o ciclo gravídico puerperal, em torno de 5 a 10% das gestações, e se configura como a principal causa de óbito materno e fetal (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013).

Uma solução preventiva para se evitar a morte materna e neonatal é o pré-natal, pois tem como finalidade principal o acompanhamento de maneira segura da gravidez, detectar possíveis complicações e ofertar meios preventivos para um parto seguro, isso resulta em segurança para a saúde materna e neonatal. É relevante esclarecer aspectos psicossociais, assim como atividades educativas e preventivas que favoreçam informações relevantes para as usuárias do serviço (AMORIM et al., 2017) .

Estudos apontam o profissional de enfermagem como um dos principais para a realização de cuidaos a gestantes com pré-eclâmpsia, pois estão acompanhando a mesma durante todo o seu pré-natal, devendo sempre estimular, e sempre informando aos cuidados e sintomas de risco, evitando complicações mais graves.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a síntese dos cuidados de enfermagem específicos a mulheres com pré-eclâmpsia, os quais são capazes de reduzir complicações e taxas de morbimortalidade.

Criar e adotar protocolos de cuidados para gestante em risco, e que sejam pautados em evidência científica na prática do enfermeiro, podendo ser útil para garantir uma assistência de qualidade e com mais segurança. Destaca-se a necessidade de estudos sobre a temática objeto da presente revisão com rigor metodológico, buscando fornecer ao enfermeiro ferramentas para assistência de enfermagem com muito mais qualidade em relação a gestante e mulhres com pré-eclãmpsia.

Portanto observou-se que o estudo é bastante relevante, pois foi discutido sobre a assistência e cuidados de enfermagem a gestante com pré-eclâmpsia, A assistência de enfermagem descrita na presente revisão abrange, principalmente, exame físico criterioso, identificação precoce de sinais de pré-clâmpsia, acompanhamento de exames laboratoriais, avaliação fetal, treinamentos dos profissionais, incluindo necessidade de educação continuada, padroniza- ção do atendimento a partir de instrumentos, aferição da PA, necessidade da padronização da técnica de aferição da PA, identificação e tratamento precoces da crise hipertensiva mediante protocolos institucionais, bem como a revisão de casos e processos de trabalho.

A assistência de enfermagem em gestantes com pré-eclâmpsia baseia-se em evidências científicas atualizadas, realizando a busca de dados detalhadamente, exame físico atencioso aos exames e sinais de pré-eclâmpsia, realizando um pré-natal de qualidade, seguindo os protocolos da unidade de saúde ou Ministério da Saúde e intervindo quando necessário, proporcionando assim uma excelente assistência e reduzindo as complicações e taxas de morbimotalidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

Cunha KJB, Oliveira JO, Nery IS. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Esc. Anna Nery**. 2007;11(2):254-260

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria**. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . access on 15 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al . Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 324-334, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200324&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020.

OLIVEIRA, LEILYANNE DE ARAÚJO MENDES *et al*. CUIDADOS DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, [*S. l.*], 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092522.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

AGUIAR, MARIA ISIS FREIRE DE *et al*. ISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portuga**, fortaleza-ce, 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/3240/324027972007/. Acesso em: 15 maio 2019.

SOUZA, Nilba Lima de; ARAUJO, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de; COSTA, Iris do Céu, Clara. Representações sociais de mães sobre hipertensão gestacional e parto prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 726-733, junho de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300726&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de maio de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300011.

OLIVEIRA, Gleica Sodré de et al . ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS NA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL EM HOSPITAL DE BAIXO RISCO OBSTÉTRICO. **Rev Cuid, Colombia** , v. 8, n. 2, p. 1561-1572, ago. 2017 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201561&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2019. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374.

Amorim, Fernanda Cláudia Miranda et al . Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Rev. enferm. UFPE on line**; 11(4): 1574-1583, abr.2017 Disponível em < https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. acessos em 16 maio 2019. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374.

Oliveira, Kátia Karine Pessoa Andrade de et al . Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré- eclâmpsia . **Rev. enferm. UFPE on line**; 10(5): 1773-1780, maio 2016Disponível em < http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/?lang=pt&q=au:%22Oliveira,%20K%C3%A1tia%20Karine%20Pessoa%20Andrade%20de%22>. acessos em 16 maio 2019. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves et al. The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 2717-2725, july 2015. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3749>. Acesso em: 17 may 2019. doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725.

SPINDOLA, Thelma; LIMA, George Lincoln dos Santos; CAVALCANTI, Renata Lazone. THE OCCURRENCE OF PRE-ECLAMPSIA IN WOMEN PREGNANT FOR THE FIRST TIME ATTENDING PRENATAL CARE CONSULTATION AT A UNIVERSITY HOSPITAL. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** [S.l.], v. 5, n. 3, p. 235-244, may 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2085>. Acesso em: 17 may 2019. doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i3.235-244

CAPÍTULO 14

ATENDIMENTO AMBULATORIAL A PACIENTES ACOMETIDOS COM ÚLCERA VENOSA EM MEMBROS INFERIORES, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isaac Newton Machado Bezerra
Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, bolsista de Iniciação Cientifica do Laboratório de Estudos Epidemiológicos- LeeP, Natal, Rio Grande do Norte;

Francisco Canindé dos Santos Silva
Graduando em Enfermagem pela Universidade Potiguar- UnP, Natal, Rio Grande do Norte;

Vinícius Costa Maia Monteiro
Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar- UnP, Mossoró, Rio Grande do Norte;

Jânio Luiz do Nascimento
Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, Rio Grande do Norte;

Laísla Ludmyla Sousa de Farias
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, Rio Grande do Norte;

Luan Thallyson Dantas de Assis
Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, Rio Grande do Norte;

Bárbara Danielle Calixto de Alcântara
Graduada em Educação Física pela Universidade Potiguar, UnP, Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, Rio Grande do Norte;

Aurélia de Oliveira Bento
Graduada em Psicologia pela Universidade Potiguar- UnP, Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Coordenadora de Planejamento Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde de Santo Antônio, Santo Antônio, Rio Grande do Norte;

Zacarias Ramalho Silvério
Psicólogo, Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA, Santa Cruz, Rio Grande do Norte;

Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta
Bacharel em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Mariel Wagner Holanda Lima
Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Professor do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde CEFOPE-RN, Caicó, Rio Grande do Norte;

Grasiela Piuvezam
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN, Professora do departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a aproximadamente 16% do peso total do indivíduo cobrindo toda sua extensão (OLIVEIRA; SANTOS, 2018). Por se tratar de um órgão importante na manutenção da homeostase, sua exposição constante aos agentes externos podem ocasionar danos

que exigem a adoção de medidas e métodos eficazes na prevenção e tratamento de patologias por parte das equipe de saúde, entre essas patologias podemos destacar a úlcera venosa, causada, na maioria dos casos, por insuficiência venosa (BORGES et al, 2017). **Objetivo:** Explicitar a importância dos cuidados adequados prestados à pacientes diagnosticados com úlcera venosa. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre os estágios curriculares da disciplina de semiologia e semiotécnica para enfermagem na realização de curativos no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes - UFRN (HUOL) a pacientes acometidos com úlcera venosa em membros inferiores. **Resultados e Discussão:** Constatou-se durante a realização dos procedimentos, que a maioria dos atendidos eram moradores de cidades do interior do estado do RN, o que dificultava ainda mais o acompanhamento por parte da equipe, os pacientes relataram o início com sintomas semelhantes, como edema e prurido nos membros inferiores, esses sintomas, associados a falta de informação por parte do paciente e a necessidade de resolver seus problemas imediatamente ocasionaram irritação na pele e consequente lesão tissular, sem as devidas orientações e cuidados as feridas foram progredindo e ocupando, cada vez mais, áreas maiores nos tornozelos, alguns dos pacientes atendidos relataram mais de 10 anos de convivência com a lesão. As Úlceras apresentam-se como um problema oneroso aos serviços de saúde e é alvo de diversos estudos que buscam um procedimento capaz de ser resolutivo nos mais diversos casos apresentados no cotidiano da saúde (BORGES et al, 2017; BURKIEWICZ et al, 2012). **Conclusão:** O processo de cicatrização de uma ferida pode ocorrer de três formas, levando-se em consideração os agentes causadores da lesão, a quantidade de tecido perdido e o conteúdo microbiano. Uma manutenção inadequada da lesão pode ocasionar danos ainda maiores retardando o processo de cicatrização e a melhora do quadro do paciente, o uso de técnicas de antissepsia, remoção de resíduos líquidos e sólidos e a cobertura adequada e de fundamental importância para a melhora no quadro do paciente, infelizmente, o que vemos atualmente é uma falta de preparo por parte dos profissionais que atendem esses pacientes e a ausência de informações relativas a manutenção como fatores que atrapalham o processo de recuperação.
PALAVRAS-CHAVE: Pele, Úlcera Varicosa e Assistência Ambulatorial.

AMBULATORIAL ASSISTANCE TO PATIENTS ASSOCIATED WITH VENOUS ULCERS IN INFERIOR MEMBERS, A REPORT OF EXPERIENCE

REFERÊNCIAS

BORGES, Eline Lima et al. Utilização do Modelo Difusão da Inovação em úlceras venosas por profissionais especializados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 610-617, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300610&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0235.

_____. Utilização do Modelo Difusão da Inovação em úlceras venosas por profissionais especializados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 610-617, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300610&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0235.

BURKIEWICZ, Claudine Juliana Cristina Caznoch et al. Vitamina D e cicatrização de pele: estudo prospectivo, duplo-cego, placebo controlado na cicatrização de úlceras de perna. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 401-407, out. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000500011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000500011.

OLIVEIRA, Priscila Menezes de Mello, SANTOS, Leonardo Pereira dos. O papel do enfermeiro no tratamento de lesões na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Pró-univerSUS. Vassouras, v. 09 (1) 93-96, jan/jun. 2018. Disponível em <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1265>. acessos em 10 maio 2019.

SOUZA, Sonia Cristina de Magalhães et al. Síndrome de Sjögren primária com vasculite cutânea manifestada por úlceras em membro inferior. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 175-178, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000200013.

CAPÍTULO 15

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACONSELHAMENTO E APOIO A ADOLESCENTES HOMOSSEXUAIS

Annah Lídia Souza e Silva
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
Imperatriz- MA

Bárbara Catellene Cardoso da Costa
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
Imperatriz- MA

Isabelle Coelho de Azevedo Veras
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
Imperatriz- MA

Ênnio Santos Barros
Enfermeiro. Especialista. Docente da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
Imperatriz- MA

Maria Olyntha Araújo de Almeida
Enfermeira. Mestre em Doenças Tropicais. Docente da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
Imperatriz- MA

Waleria da Silva Nascimento Gomes
Enfermeira. Especialista. Docente da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão.
Imperatriz- MA

RESUMO: Objetivo: Analisar a assistência do enfermeiro diante as dificuldades enfrentadas pelo adolescente em sua orientação sexual. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade de revisão integrativa, realizada nas bases/banco de dados LILACS, PUBMED, SCIELO. Foram selecionados dez artigos referentes aos anos de 2010 a 2017. O levantamento das informações foi realizado a partir da análise de artigos referentes a homossexualidade na adolescência e o enfrentamento da homofobia. Resultados: Diante dos dados analisados observou-se que muitos adolescentes ao assumirem a homossexualidade, sofreram algum tipo de violência física, verbal, ou sexual, sendo a escola um dos principais lugares ocorrentes da homofobia, e em segundo pela família e sociedade. Conclusão: Torna-se importante que no período de descobertas, e dúvidas que se apresentarem, o enfermeiro esteja atento para os sinais verbais e não verbais do mesmo, mostrando-se compreensivo e disposto a ouvir sem julgamentos, pois é necessário que sejam feitas orientações para ajudar a solucionar estes conflitos internos sobre sua sexualidade.
PALAVRAS-CHAVE: saúde do adolescente, homossexualismo, homofobia, enfermagem.

NURSING WORK IN COUNSELING AND SUPPORTING HOMOSEXUAL

ADOLESCENTS

ABSTRACT: Objective: To analyze the nurse's assistance in the face of the difficulties faced by adolescents in their sexual orientation. Methods: This is a descriptive study in the integrative review modality, carried out in databases / database LILACS, PUBMED, SCIELO. The information was collected from the analysis of articles referring to homosexuality in adolescence and the confrontation of homophobia. Results: In the face of the analyzed data, it was observed that many adolescents, when assuming homosexuality, suffered some type of physical, verbal or sexual violence, with school being one of the main places of homophobia, and secondly by family and society. Conclusion: It is important that in the period of discoveries, and doubts that arise, the nurse be attentive to the verbal and non-verbal signs of the same, being understanding and willing to listen without judgments, to help resolve these internal conflicts over their sexuality.
KEYWORDS: adolescent health, homosexuality, homophobia, nursing.

1 I INTRODUÇÃO

Moreira et. al. (2015) retrata a adolescência como uma fase de maior propensão à vulnerabilidade devido às transformações acometidas ao adolescente nas quais interferem no meio biopsicossocial. Neste período da busca de identidade, destaca-se a sexualidade, que além de caracterizar-se como um marco de transformação onde surgem questionamentos acerca de si, revela-se de forma negativa quando não bem desenvolvida, podendo incentivá-los a buscar válvulas de escape que, em sua maioria, ocasionam riscos à saúde.

Tratando-se de sexualidade, ressalta-se a importância do acompanhamento frente aos questionamentos sexuais que são apresentados neste período de mudanças, visto que estes se manifestam de maneira a influenciar no modo de agir e pensar do adolescente. A forma como é expressa interliga-se na qualidade das relações afetivas e emocionais, carregando consigo princípios que estabelecem normas morais as quais interferem na expressão livre sob o direito de escolha.

O enfermeiro possui função atuante nesse momento, pois se destaca como educador em saúde, que acolhe e intervem frente às necessidades de forma que reitere o direito de escolha e o atenda de forma integral e humanizada. Dantas (2010) reafirma a ideia de que faz-se necessário a educação sexual, no entanto, é um desafio, pois visa romper vínculos sociais e políticos, ultrapassando contextos que maximizam problemas decorrentes da falta de orientação. Vale ressaltar que se tratando de ação de educação em saúde sexual, orienta-se aos adolescentes os seus direitos apresentados pelo profissional de forma neutra, para que possam por si só, fazer escolhas as quais lhe convém.

Para Alves (2016) a reiteração é considerada de livre discriminação, sendo, portanto, usual a toda pessoa independente de etnia, religião, opção sexual e

classe econômica. Torna-se um atendimento humanizado e livre de preconceito, ocasionando uma melhora na qualidade de vida além de minimizar os efeitos da exclusão social e ausência de apoio. Nesse contexto, amplia-se o tipo de abordagem integral e considera normal aquilo que é considerado fora dos padrões “tradicionais”.

Não seguir os padrões impostos pela sociedade, segundo Natarelli (2015), implica em consequências com um conjunto de comportamentos negativos e violentos. A homofobia enquadra-se nesse contexto, pois manifesta-se nas relações sociais, provocando ao adolescente homossexual sentimentos como medo, repúdio, insegurança, ansiedade e revolta.

Autores relatam que a homofobia implica no processo de adoecimento na saúde dos adolescentes. Blais et. al. (2014) comenta que através de um estudo no Canadá com adolescentes homossexuais onde objetivou-se conhecer diferentes formas de bullying homofóbico, percebeu-se que adolescentes acometidos pela homofobia tinham efeitos negativos na qualidade de vida e no bem-estar. As minorias sexuais, em especial as do sexo masculino, sofrem diariamente com atos discriminatórios e humilhações sexistas com violência verbal, física e psicológica.

Com isso, é importante que as condutas de enfermagem frente aos adolescentes homossexuais sejam exercidas de forma integral e humanizada, pautada em políticas públicas, em especial a LGBT, contribuindo para as orientações ao sujeito, de forma que o profissional esteja preparado para compreender e auxiliá-los dentro desse universo. Este direcionamento torna-se fundamental para o público-alvo com enfoque na prevenção e promoção da saúde, visto que ainda apresenta traços de vulnerabilidade, sendo necessário desmistificar tabus frente à sexualidade e contribuir para o desenvolvimento saudável.

Este artigo teve como objetivo analisar a assistência do enfermeiro diante as dificuldades enfrentadas pelo adolescente em sua orientação sexual, por meio de uma revisão integrativa realizada nas bases/banco de dados LILACS, PUBMED, SCIELO.

2 I METODOLOGIA

O objetivo deste estudo é analisar a assistência do enfermeiro mediante as dificuldades enfrentadas pelo adolescente em sua orientação sexual. Portanto, foram avaliados materiais sobre a temática no acervo científico online, e posteriormente descrita a forma como assistência é descrita nos mesmos. Como base para o desenvolvimento do estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico, para dar fundamentação ao estudo, no intuito de atingir os objetivos propostos para a pesquisa.

A pesquisa é de caráter bibliográfico, portanto, para elaboração da revisão integrativa, foram seguidas etapas básicas para realização de pesquisas nesse quesito, a saber: a definição do objetivo da pesquisa, e a partir daí estabelecidos os

critérios de inclusão e exclusão de artigos e outros documentos.

Segundo Treinta e Filho et al. (2012) a pesquisa bibliográfica busca identificar o que foi produzido pela comunidade científica sobre um determinado tema, avaliando as tendências da pesquisa sobre ele. É a avaliação de tudo que está sendo discutido, publicado e gerado de conhecimento nessa linha de pesquisa, para que sejam mapeados os achados, e posteriormente construído um conhecimento relacionado a essa linha de pesquisa.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir da busca de materiais escritos a respeito do tema proposto através de consultas em bases/banco de dados como a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), SCIELO e LILACS, e Google Acadêmico. Para o levantamento dos artigos nos bancos de dados, utilizaram-se os descritores: Saúde do adolescente, homossexualismo, homofobia, sexualidade e enfermagem.

Os critérios de inclusão foram os artigos que estivessem disponíveis de forma completa gratuitamente online, que estivessem em Português, e que abordassem a temática proposta. Os critérios de exclusão foram artigos em outros idiomas, artigos que não abordassem a temática, e artigos disponíveis apenas em forma de resumo.

A busca foi realizada de forma online, através da utilização dos descritores apontados anteriormente, que correspondem aos objetivos da pesquisa. Foi encontrado um total de 125 artigos, e utilizado como amostra um total de 10 artigos.

A análise dos dados foi feita a partir de agrupamento e avaliação dos artigos, dispostos em tabela, contendo ano de publicação, título do artigo e objetivos.

3 I RESULTADOS

Os estudos selecionados totalizam cerca de dez artigos, entre os anos de 2010 a 2018 vinculados ao idioma Brasileiro nas quatro bases escolhidas, integrado nos critérios de inclusão e exclusão. A tabela abaixo, mostra o acervo utilizado para qualificar a busca de estudo desta pesquisa bibliográfica, de acordo com o nome do autor, ano de publicação, título e objetivo geral.

Ident	Autores	Ano	Título	Objetivo
1	Braga, Iara Falleiros	2017	“Quem é homossexual carrega consigo o fardo do preconceito”: violência contra adolescentes e jovens homossexuais e a rede de apoio social.	Compreender as experiências de violência vivenciadas por adolescente e jovens homossexuais e a rede de apoio social, sob a perspectiva analítica Queer.
2	Braga, Iara Falleiros. et al	2017	Rede e apoio social para adolescentes e jovens homossexuais no enfrentamento à violência	Apresentar uma revisão integrativa da literatura acerca da rede e do apoio social voltados para adolescentes e jovens homossexuais, no enfrentamento à violência.

3	Nogueira JÁ, Almeida AS	2011	Diversidade sexual no contexto escolar: Percepção e atitudes dos educadores	Analisar a percepção e as atitudes dos educadores do Ensino Fundamental quanto à diversidade sexual no cenário escolar.
4	Natarelli, T.R. Penariol. et al.	2015	O impacto da homofobia na saúde do adolescente.	Conhecer os tipos de violência sofrida por adolescentes homossexuais e compreender a influência da homofobia na saúde dessa população.
5	Moreira, W. C. et al.	2015	Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente	Relatar a experiência de educação em saúde vivenciada por estudantes da graduação em enfermagem de uma IES de Teresina-PI.
6	Monteiro, B. F. Rodrigues Pina	2016	Atitude do enfermeiro face à sexualidade do adolescente	Conhecer as atitudes que os enfermeiros a trabalhar em Cuidados de Saúde Primários têm relativamente à sexualidade dos adolescentes
7	Alves, C. M. Rodrigues	2016	O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde.	Avaliar o papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos em relação ao público LGBT nos serviços de saúde.
8	Nietsche, Elisabeta Albertina. et al	2018	Formação do Enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: Percepção do Discente.	Conhecer a percepção de discentes de enfermagem acerca do conceito de homossexualidade e bissexualidade e analisar a percepção de discentes de enfermagem quanto a sua formação para o cuidado com homossexuais e bissexuais.
9	Albuquerque, Grayce Alencar. et al	2013	Homossexualidade e o direito a saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.	Evidenciar a atuação das políticas públicas direcionadas à saúde da população homossexual brasileira.
10	Silva, Antonio Willembeg Freitas Leilane.	2016	Autoaceitação, aceitação sócio-familiar e saúde sexual de jovens homossexuais (do sexo biológico masculino) no maciço de baturité.	Investigar as vivência desses jovens e descrever o processo de aceitação da sua homossexualidade, e sua saúde sexual.

TABELA 1- distribuição dos artigos

Diante dos objetivos encontrados, revela-se o cuidado dos autores de mantê-los claros e de fácil de entendimento. Quanto aos locais das pesquisas encontradas, percebe a comum realização destas em ambientes como escolas, cidades e faculdades federais.

Se tratando de classificação das pesquisas, grande parte são do tipo qualitativo, quatro de revisão integrativa e um relato de experiência. Ao verificar a categoria profissional dos pesquisadores foi encontrado grande parte discentes de enfermagem, juntamente com doutores e mestres contribuindo para o aumento do conhecimento científico.

Contudo analisando os artigos notou-se que a maioria referiam-se à adolescência, gênero, sexualidade, homofobia e apenas um descrevia a importância da enfermagem no cuidado ao homossexual masculino, no entanto não foi encontrado nenhum estudo voltado para a assistência do enfermeiro ao

adolescente homossexual. Mostra- se então uma carência significativa de pesquisas desenvolvidas nesta área que é de fundamental importância para a formação do profissional de enfermagem, pois é competência do enfermeiro respeitar, orientar e acolher o adolescente homossexual, com olhar holístico e cuidado humanizado, para assim obter êxito em seu atendimento.

4 I DISCUSSÃO

No Brasil as leis que regem o estatuto da criança e adolescente, nem sempre conseguem protege-las da sua realidade. Diante dos resultados encontrados, percebe-se a maioria do público que ao assumirem homossexual, sofreram algum tipo de violência física, verbal, ou sexual, sendo a escola um dos principais lugares ocorrentes da homofobia, e em segundo pela família e sociedade.

Braga (2017) em seu estudo realizado com 12 adolescentes e jovens homossexuais com idade entre 14 e 24 anos, obteve resultado unanime se tratando de violência física, psicológica, sexual e autoinfligida. Agressão física e psicológica partem de diferentes contextos como na escola, familiar e grupos homofóbicos de rua, justamente por que estão indo na contramão das práticas sexuais previstas pela sociedade e quebrando tabus estabelecidos. Relata também que adolescentes do sexo masculino sofrem mais violência verbal e física, por causa do machismo.

A sexualidade traz enfoque para elementos que nos levam a compreender significados que dão sentido a essa construção social, que é revelada a partir de uma identidade sexual, por meio de quatro critérios, que são o sexo biológico, a identidade de gênero, os papeis sexuais sociais e a orientação sexual. Falar de homossexualidade é falar de sexualidade humana e de diversidade sexual. Esta, no entanto, ainda é repudiada e discriminada pela sociedade, colocando em evidência que ainda existem muitos preconceitos enraizados na sociedade, que colaboram para essa realidade (ALBUQUERQUE e GARCIA et al. 2013).

A sexualidade tem todo um contexto histórico baseado na regulação da vida social e individual, onde a real sexualidade de alguém é determinante para manter ou não relações sociais saudáveis. O heterossexualíssimo é visto como um padrão normativo social, de modo que a produção e manutenção de diversas situações de violência é resultado da postura heteronormativa assumida pela família, que resulta em expulsão e saída de casa ou submissão a violência. Revela ainda que famílias que possui esse enraizamento heteronormativo exigem de seus filhos e filhas uma linearidade do sexo, gênero e desejo sexual. (BRAGA 2017)

Durante algum tempo o homossexualismo foi caracterizado como “doença”, que necessitava de intervenções terapêuticas para ser curado. Logo após no século XX parou de ser considerado um comportamento “desviante” e passa a ser mais aceito. No entanto nos dias atuais percebe-se que ainda há um alto grau de intolerância em relação a orientação sexual e a identidade de gênero nos ambientes escolar e

religioso. Lugares que são considerados essenciais para formação social e moral o indivíduo, acabam se tornando palco de preconceito e discriminação, levando assim a exclusão sexual. (NOGUEIRA, ALMEIDA 2011)

Silva e Sousa (2016) afirmam em seu estudo que a maioria dos adolescente entrevistados sentem medo de se assumir homossexual, por causa da discriminação partindo primeiramente da família que acaba gerando um distanciamento, fazendo com que procure apoio emocional com outras pessoas fora do ciclo familiar que os entenda. Esta realidade também é vivenciada no contexto escolar, pois descreve que o bullying e a homofobia são incitadas principalmente pelos próprios colegas de classe.

Segundo Natarelli et al. (2015) destaca em sua pesquisa as falas dos adolescentes homossexuais da ocorrência e a prevalência de casos letais de violência física que já sofreram, entre elas destaca-se tentativas de homicídio, afogamento e atropelamento. Afirmam também que a violência verbal é utilizada pelo agressor para humilhar e excluir o adolescente do seu meio social. Estes tipos de agressões acabam gerando no indivíduo um sentimento de culpa, impotência e sofrimento psíquico, que provoca maiores agravos como a tentativa de suicídio.

Albuquerque e Garcia et al. (2013) relatam que o fato de existirem políticas e programas para a população homossexual, ainda se tem se percebido a fragilidade da materialização das propostas e ações realizadas, inclusive no âmbito da assistência a saúde. Os autores apontam como obstáculos nesse contexto, a homofobia e a heteronormatividade, que são considerados inerentes a situação atual, e por isso ressaltam que o processo para construção de serviços não discriminatórios é dificultado por diversas barreiras e por configuração ampla de uma percepção de heterossexualidade como um padrão amplamente difundido e cultuado.

A diversidade sexual é uma realidade que se contra inerente a muitos tabus e preconceitos, e de certa forma, isso se torna agravante quando vivenciado por profissionais de saúde. O atendimento que é prestado, por muitas vezes é permeado por dilemas socioculturais, uma vez que, a relação entre o profissional e o usuário representa um encontro de mundos distintos, e uma atuação fundamentada nos princípios éticos amenizaria esse fato. Por esse motivo, os autores ressaltam a importância de uma abordagem baseada em princípios de humanização, compreensão e orientação, não havendo críticas e julgamentos de valor expressos pelos profissionais, fato que é uma realidade presente nos serviços. (NIETSCHE, TASSINARI et al. 2018)

De acordo com Natarelli e Braga et al. (2015) a violência, enquanto um processo que encontra-se interligado à dinâmica social, afeta diretamente aspectos como integridade física, moral, mental e espiritual das pessoas. Para a área da saúde, a abordagem das violências é importante por se tratar de um processo social. É de suma importância que sejam trabalhadas estratégias de prevenção do fenômeno, de forma a envolver a comunidade como um todo, com enfoque para a população

adolescente no intuito de promover reflexões e debates sobre como intervir em sua complexidade. Trabalhar essas abordagens vai muito além de apenas intervir nos casos de violência, mas trabalhar a prevenção de agravos como esse. Essa perspectiva ultrapassa o modelo curativo, e realça uma assistência preventiva e holística que amplia a saúde, no intuito de contemplar princípios como integralidade, intersetorialidade e promoção da saúde.

Portanto os enfermeiros como profissionais de saúde, precisam prestar uma assistência ao adolescente que ultrapasse os muros hospitalares e de unidades básicas de saúde. É papel da enfermagem como atuante na prevenção de agravos, desenvolver ações educativas voltadas ao adolescente que é um grupo considerado vulnerável, pelo envolvimento com drogas, a violência (dentre elas a homofobia) e a gravidez indesejada, bem como as IST. Nesta fase em que os pais demonstram grande dificuldade de interagir com os filhos, o enfermeiro poderá assistir e cuidar desta familiar em grupo e individualmente, aconselhando, trocando ideias e esclarecendo duvidas que possam prevenir problemas. A escola também pode se tornar importante aliada para o fortalecimento da atenção primária de saúde, pois está é a principal formadora de opiniões e pensamento crítico, deste modo a torna uma importante ferramenta da educação em saúde, pois é necessário construir um diálogo entre adolescente, professores e profissionais de saúde para superação das relações de vulnerabilidade. (MOREIRA et al. 2015)

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu-se com o intuito de perceber e descrever a forma como acontece e deve ser a assistência prestada pelos enfermeiros aos adolescentes homossexuais tendo em vista uma atenção individualizada, acolhedora e sem julgamentos, com o intuito de promover uma atenção *à* saúde de qualidade. A comunicação e o acolhimento são primordiais, quando nesses aspectos, uma vez que, estas são ferramentas para uma assistência que promova o envolvimento e a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, de forma a estabelecer confiança por parte desses, em contar com o serviço sempre que necessário.

Diante desse contexto, vale salientar que em muitas das pesquisas encontradas são expostas realidades diferentes do que se espera. Realidade que está ligada a paradigmas, conceitos e uma carga cultural realçada, que precisam ser trabalhados de forma a garantir uma assistência acolhedora e de qualidade, que sirvam de suporte para os adolescentes, de forma a desenvolver a percepção por parte dos profissionais do papel e da importância dos serviços de saúde e dos profissionais na abordagem a esses adolescentes.

Nota-se contudo, a importância de uma assistência acolhedora e humanizada visando estabelecer a participação dos adolescentes nos serviços de saúde,

fortalecendo a promoção da saúde, orientando e prevenindo agravos como violência, para que haja uma atenção *à* saúde humanizada e preparada para lidar com os adolescentes, visto que por muitas vezes há o distanciamento por receio de como essa equipe o receberá, e até mesmo, se está apta a acolhê-lo e atender as suas necessidade.

Infere-se a isso portanto que foi perceptível durante a pesquisa que os profissionais de saúde e até mesmo acadêmicos da área da saúde precisam ser orientados quanto a esses fatores, deve haver o esclarecimento da importância de uma assistência de qualidade nesse âmbito, de forma a serem desenvolvidas as diretrizes propostas a assistência *à* saúde dos adolescentes, que deve ser vista de forma holística, integral e humanizada. Foi perceptível ainda a escassez de pesquisas nesse âmbito, revelando a importância de estudos aprofundados que promovam o conhecimento e avanço nas propostas assistenciais.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. M. R. et. al. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. **16º Congresso Nacional de Iniciação Científica.** Guarulhos. 2016.

ALBUQUERQUE, Greyce Alencar; GARCIA, Cíntia de Lima; ALVES, Maria Juscinaide Henrique; QUEIROZ, Monalisa Teles de; ADAMI, Fernando**. Homossexualidade e o direito a saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.** Scielo. São Paulo. 2013

Blais M, et. al. Homofobia internalizada como um mediador parcial entre bullying homofóbico e auto-estima entre os jovens das minorias sexuais em Quebec (Canadá). **Cienc saude colet.** v. 19, n. 3, p. 727- 735, 2014.

Braga,Iara Falleiros. et al. **Rede e apoio social para adolescentes e jovens homossexuais no enfrentamento à violência**. Psicol. clin. vol.29 no.2 Rio de Janeiro 2017.

DANTAS, T. M. et al. Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. **Cadernos de cultura e ciência**, v. 1, n. 1, p. 12-22, 2010.

NATARELLI, T. R. P. et. al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 4, p. 664-670, 2015.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; TASSINARI, Taís Tasqueto; RAMOS, Tierle Kosloski; BELTRAME, Giana; SALBEGO, Cleton; CASSENOTE, Liege Gonçalves. Formação do enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente. **Rev. Baiana Enferm.** v.32. 2018.

Nogueira, Jordana de Almeida; Almeida, Sandra Aparecida. **Diversidade sexual no contexto escolar: percepção e atitudes dos educadores**. Cienc Cuid Saude 2011.

MOREIRA, W. C. et. al. Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. **R. Interd**. v. 8, n.3, p.213-220, 2015.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O papel da enfermagem diante da homossexualidade masculina. **Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, v.40, n.2, Jul/Dez, p. 27-34. 2014

Silva, Antonio Willemberg Freitas; Sousa, Leilane Barbosa**. Autoaceitação, Aceitação Sócio-**

Familiar e Saúde Sexual e Jovens Homossexuais (Do Sexo Biológico Masculino) no Maciço de Baturité. Baturité. 2016.

TREINTA, Fernanda Tavares; Farias Filho, José Rodrigues; SANT'ANNA, Annibal Parracho; RABELO, Lúcia Mathias. Metodologia de pesquisa bibliográfica com a utilização de método multicritério de apoio à decisão. **Production**. v. 24, n.3, p. 508-520, Jul/Set. 2014

CAPÍTULO 16

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO QUINTO SINAL VITAL: DOR

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante
Patricia Fernandes Albeirice da Rocha
Egrimária Cardoso de Araujo
Eliane Ramos da Silva Gonçalves
Dayane Clock
Sergio Celestino Cavalcante Santos

RESUMO: Introdução: A dor é um assunto de extrema relevância na vida do ser humano de tal forma que passou a ser estudada e, gradativamente, foi considerada como o quinto sinal vital. **Objetivo**: Compreender a importância da atuação do enfermeiro no quinto sinal vital, ampliando a visão sobre a assistência prestada e refletindo sobre a utilização correta dos métodos para mensurar a dor. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura que analisou onze artigos selecionados, publicados num período de 15 anos. **Discussão e análise dos resultados:** Emergiram as seguintes categorias de análise que potencializaram a compreensão do estudo: Dicotomia da assistência: a enfermagem como promotora da qualidade de vida do paciente; A dor além da patologia; Visão holística: eficácia e eficiência na assistência; Dor: passado, presente e futuro. **Considerações finais**: O cuidado de pessoas com dor exige mais do que o uso de medicamentos. Torna-se necessária uma assistência integral prestada ao paciente, que engloba muito mais do que simplesmente a prática do cuidar, mas a necessidade de visualização do ser holístico. Verificou-se, também, a necessidade de um olhar ampliado na utilização dos métodos para mensuração da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Dor. Enfermagem. Enfermeiro. Sinais vitais.

NURSES' PERFORMANCE ON THE FIFTH VITAL SIGN: PAIN

ABSTRACT: Introduction: Pain is a subject of extreme relevance in human life in such a way that it has begun to be studied and was gradually seen as the fifth vital sign. **Objective**: To understand the importance of nurses acting at the fifth vital sign, expandng their vision of care and reflecting on the correct application of methods to measure pain. **Methodology**: This is an Integrative Review of Literature that analysed eleven selected articles, published in the period of 15 years. Discussion and result's analyze: The following categories of analysis emerged potentializing an understanding of the study: Dichotomy of care: Nursing as a promoter of patient's quality of life; Pain beyond pathology; Holistic view: effectiveness and

efficiency in Care; Pain: past, present and future. **Final Considerations**: Caring for people with pain requires more than the use of medicines. It becomes necessary a whole action to the patient, which encompasses much more than simply a practice of caring, but a need to visualize the holistic being.
KEYWORDS: Assistance. Pain. Nursing. Nurse. Vital Signs.

INTRODUÇÃO

A dor é um assunto de extrema relevância na vida do ser humano de tal forma que passou a ser estudada e, gradativamente, foi considerada como o quinto sinal vital. Sabe-se que a dor é uma das mais freqüentes razões de incapacidade e sofrimento humano em todo o mundo (BESERRA, 2013).

Embora a dor tenha sido conceituada pela Associação Internacional para o estudo da dor desde 1986, poucas ações concretas tem sido desenvolvidas para sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para o julgamento clínico adequado para cada caso, uma vez que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que pode estar associada a um dano real ou potencial dos tecidos (MATUMOTO, 2013).

A dor é um indicador das funções vitais podendo orientar o diagnóstico inicial e o acompanhamento da evolução do quadro clínico. Sua verificação é essencial na avaliação, devendo ser realizada simultaneamente à história e ao exame físico. É significativa quando obtida em série, possibilitando o acompanhamento de suas variações, deve ser analisada conforme a situação clínica (PORCIDES, 2006).

Segundo Nanda (2015), o diagnóstico de enfermagem é um marco da prática profissional, que assegura ao enfermeiro um papel independente, autônomo e consolidado na era da prática baseada em evidências. Dentro da taxonomia, a autora reconhece a dor como quinto sinal vital. Em seu domínio refere-se sobre a dor aguda, dor crônica e as características a que elas estão relacionadas, por meio das características definidoras.

Entende-se, nesse contexto, a necessidade de um olhar ampliado na utilização dos métodos para mensuração da dor, com o intuito de aprimorar a assistência prestada, sendo permanentemente vigilante sobre os aspectos da dor. Este estudo pretende compreender a importância da atuação do enfermeiro na dor, ampliando a visão sobre a assistência prestada (não medicamentosa), reconhecendo a dor como o quinto sinal vital e refletindo sobre a utilização correta dos métodos para mensurar a dor.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa que versa de forma descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa e delineada a partir da seguinte pergunta norteadora:

qual a importância da atuação do enfermeiro na dor a fim de ampliar a assistência prestada ao cliente? Definiram-se como critérios de inclusão: artigos completos em português e espanhol, e publicado nos últimos 15 anos (1998 a 2013).

A busca de artigos utilizou as bases eletrônicas SCIELO (Scientific Electronic library Online) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). Além isso, a coleta de dados contou com pesquisa em sites de organizações ou institutos voltados à pesquisa para o estudo da dor: International Association for the Study of pain (IASP) e Sociedade Brasileira para o Estudo da dor (SBED).

Para a seleção dos artigos, utilizaram-se dois conjuntos de Descritores em Ciências da Saúde - DeSC, a saber: assistência, enfermagem, dor; sinal vital, enfermeiro, dor. Foram encontrados 7 (sete) artigos com o 1º conjunto e 4 (quatro) artigos com o 2º, totalizando uma amostra de 11 artigos para análise, compilados na Tabela 1. A coleta de dados ocorreu em maio de 2015.

DISCUSSÃO

A partir da análise de dados emergiram as algumas categorias de análise que potencializaram a compreensão do estudo e serão discutidas, detalhadamente, a seguir.

Dicotomias da assistência: a enfermagem como promotora da qualidade de vida do paciente

Segundo Ribeiro (2011), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. Também é um mecanismo fisiológico que pode ter natureza térmica, mecânica ou química, nos quais existem complexas reações que resultam na liberação de diversas substâncias químicas (bradicinina, histamina, prostaglandina, dentre outras), responsáveis por desencadear a transmissão do impulso doloroso.

Procedência	Título	Ano de Publicação	Autor
BIREME	Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões	2013	Beserra e*t al.*
SCIELO	Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica	2013	Matumoto *et al.*
SCIELO	Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura	2012	Sallum; Garcia; Sanches
SCIELO	A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior	2012	Barros *et al.*
SCIELO	Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem	2011	Silva *et al.*

BIREME	O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital	2011	Ribeiro *et al.*
BIREME	A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral	2010	Bottega; Fontana
BIREME	Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem	2010	Nascimento; Kreling
SCIELO	Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem	2006	Pedrosa; Celich
SCIELO	A dor da queimadura: terrível para quem sente estressante para quem cuida	2000	Rossi *el. al.*
SCIELO	Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão	1998	Pereira; Sousa

Tabela 1 - Artigos selecionados para Revisão Integrativa

Fonte: os autores (2015)

De acordo com o autor supracitado, a validação da existência da dor baseia-se no relato do paciente. Só ele pode dizer o quanto dói, de que forma dói, e o quanto tolera. A dor depende dos aspectos físicos, assim como de elementos psíquicos, sejam cognitivos ou emocionais, e de elementos sociais, como o contexto ambiental. Portanto, a dor é uma experiência subjetiva e emocional, percebida e vivida de formas diferentes por pessoas diferentes. O limiar de dor e a sensibilidade às várias drogas analgésicas também apresentam uma grande variabilidade entre os pacientes, tornando a avaliação individual necessária e indispensável.

Os profissionais de enfermagem devem compreender que a dor é uma experiência pessoal influenciada pela cultura, cuja compreensão é de extrema relevância (ROSSI *et al,* 2000). Segundo Beserra (2014), o sofrimento é um tema intrínseco à humanidade e inerente ao cuidar, fazendo com que seja necessária a análise de cada profissional levando-se em consideração, também, os aspectos antropológicos e filosóficos para além o posicionamento técnico.

Segundo Rossi *et al* (2000) existe uma dicotomia relacionada aos profissionais de enfermagem, já que estes estão em contato permanente com os pacientes, participando ativamente de todo o processo que envolve a dor, sendo, algumas vezes, agentes potencializadores da mesma ou contribuindo para seu alívio.

Não é tarefa simples compreender a existência do sofrimento, mas é necessário que se consiga compreender a dinâmica de se viver com ele, pois, caso contrário, pode se tornar um castigo. Torna-se urgente aprender a lidar com este sentimento tão particular para cada ser que sofre (BESERRA, 2014).

A dor além da patologia

O sofrimento tem um sentido amplo e se refere a um modo de padecer que não se relaciona, necessariamente, com o físico do ser humano, mas com todos os níveis

de experiências que o implicam. De um lado, encontra-se o sofrimento exterior, que tem o corpo como uma dimensão física, sendo, geralmente, visível, indicando que algo está errado com o funcionamento do corpo. Por outro lado, também existe o sofrimento interior, o psíquico, o social e o espiritual. Essas formas de padecer tem seu centro de gravidade na interioridade do ser humano, mas se expressam no rosto, na voz, no olhar e no corpo como um todo (BESERRA, 2014).

Para Pedrosa; Celisck (2006) a dor é considerada um sinal vital tão importante quanto a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão arterial e deve sempre ser avaliada num ambiente clínico para que se aplique tratamento ou conduta terapêutica eficaz. Avaliar a dor como quinto sinal vital é uma maneira de melhorar a qualidade de vida do cliente, já que este é um dos sintomas mais frequentes relatados. A avaliação da dor, rotineiramente, possibilita planejar a medicação de acordo com as necessidades apresentadas, e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável.

Para Botega; Fontana (2010) na medida em que se mensura a dor como um sinal vital, têm-se parâmetros para estabelecer um bom plano de cuidados, considerando que o cuidado terapêutico deve estar condicionado à intensidade da dor. Nesse mesmo pensamento, Ribeiro (2011) explica que a avaliação e o registro da intensidade da dor pelos profissionais da saúde devem ser feitas de forma contínua e regular, à semelhança dos demais sinais vitais, com o objetivo de melhorar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Tendo em vista que as intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado, é fundamental compreender seu significado e ampliar o campo de saberes acerca da importância de sua mensuração. Para tanto, técnicas que visem avaliar a dor podem ser utilizadas para cuidar de forma humanizada e, medidas diagnósticas inovadoras são estratégias de suporte que contribuem para a atenção às necessidades básicas do indivíduo doente. Neste sentido, avaliar a dor e empenhar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem estar ao sujeito, podem ser considerados como dispositivos capazes de promover a saúde durante a internação hospitalar ou em cuidados domiciliares (BOTEGA; FONTANA, 2010).

Para Ribeiro (2011), por ser um fenômeno subjetivo, a avaliação da dor apresenta uma série de dificuldades para sua realização, sendo necessário considerar, também, aspectos como número de funcionários, demanda de pacientes e de serviço, recursos materiais disponíveis, a fim de que possa ser uma atividade viável e valorizada pela equipe.

O autor supracitado menciona estratégias físicas para o alívio da dor como o toque terapêutico, a massagem e o contato físico que proporcionam conforto, segurança e confiança, além de reduzir a tensão e o medo. Essas alternativas terapêuticas colaboram para uma integração entre o profissional de enfermagem e o

paciente, gerando tranquilidade e sensação de bem estar.

Visão holística: eficiência e eficácia na assistência

A dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto-socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe que atua nos serviços de saúde, realizando avaliações imprecisas dos quadros de dor com subutilização do arsenal antiálgico disponível (BARROS *et al*, 2011).

Segundo Nascimento (2011) a questão cultural exerce um papel importante nas ações do profissional da área da saúde, repercutindo diretamente no manejo da dor. Alguns profissionais, com base em suas próprias experiências, avaliam a dor de maneira superficial e não dão a devida importância a esse evento. Considerando os diferentes modos de percepção, é de suma importância que o profissional esteja atento a esse fenômeno para uma melhor avaliação e um cuidado integral.

Segundo Beserra *et al* (2014) a tentativa de compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética, de respeito ao outro em sua complexidade, escolhas, individualidade e ao mesmo tempo pluralidades. O homem é um ser vulnerável, necessitando de um cuidado direcionado a sua autenticidade, unicidade e verdade. As ações de enfermagem devem compreender as fragilidades do paciente, pois, a partir de sua identificação é que o cuidado será direcionado às necessidades de cada um.

Cuidar, em enfermagem, consiste em envidar esforços para o outro, visando proteger, promover e preservar, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. Tem como premissa essencial a tentativa de evitar que o outro sofra, ou que, ao identificar este sofrer, realize medidas para erradicar ou minimizar o sofrimento, sendo muito importante a atitude de compreensão de quem cuida (BESERRA *et al*, 2014).

Segundo Sallum; Garcia; Sanches (2012), assistir uma pessoa com dor envolve tanto o ponto de vista do cuidador como do “ser” cuidado, exigindo atenção para aspectos culturais, afetivos, emocionais, educacionais, psicológicos, ambientais, religiosos e cognitivos, os quais podem tornar o processo mais ou menos espinhoso. O desconhecimento desses elementos, certamente, dificulta a assistência e a relação entre o observador e a experiência do fenômeno doloroso.

De acordo com Beserra *et al* (2014), o cuidado de enfermagem possui duas esferas distintas, sendo uma objetiva que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. Esta última esfera constitui-se bastante relevante, pois o objeto do cuidado da enfermagem é o ser humano.

Um estudo realizado por Nascimento (2011) mostra que os profissionais da enfermagem enfrentam dificuldades para avaliar a dor uma vez que o paciente com este sinal tem a atenção prejudicada. Outro fator dificultante é a falta de tempo,

principalmente dos profissionais que trabalhavam no Pronto- Socorro, onde o fluxo de pacientes é grande e as tarefas a serem realizadas são variadas.

Para o profissional da área de saúde é extremamente importante o conhecimento de forma integral da fisiologia da dor. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, esta interfere no seu bem estar, nas relações sociais e familiares, e no desempenho do seu trabalho (BARROS *et al*, 2011). O alívio da dor, a busca da qualidade e a minimização de riscos constituem-se um grande desafio para todos os profissionais comprometidos e conscientes de seu papel na equipe de saúde (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Para Barros *et al* (2011) o desenvolvimento do tema dor de forma estagnada e independente, sem elos necessários à compreensão clínica, dificulta o entendimento e resulta na formação de profissionais sem visão integrada do que seja a dor. É de conhecimento que o ensino na área da saúde e, mais especificamente, o curso de graduação em enfermagem, deve propiciar aquisição de conhecimentos e mudanças comportamentais, sem perder de vista a vinculação entre teoria e prática. Segundo Nascimento (2011) o aprendizado sobre dor e analgesia nas instituições de ensino de enfermagem faz-se de forma inconstante e reduzida.

A formação acadêmica do enfermeiro caracteriza-se pela abrangência que envolve o estudo de epidemiologia, microbiologia, imunologia, anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, nutrição, psicologia e psiquiatria, sociologia e saúde pública, entre outras disciplinas. Desta forma, a formação abrangente do enfermeiro permite-lhe importante versatilidade de ação e o coloca em posição única na equipe de saúde, pois o torna capaz de atuar considerando as perspectivas biológicas e psicossociais, podendo enfatizar diversas linhas de pensamento, dependendo das necessidades do paciente, das características do serviço e do profissional (BARROS *et al*, 2011).

Segundo Bottega; Fontana (2010), os enfermeiros devem ter competências e habilidades para avaliar a dor, programar estratégias de alívio da mesma e monitorar a eficácia dessas intervenções. Como a investigação da dor tem a finalidade de prestar um cuidado mais expressivo e atento às necessidades do paciente, acredita-se que a aplicação de uma escala como a Escala Visual Analógica pode melhorar o processo decisório do enfermeiro quanto às medidas de alívio da mesma, acrescentando dados ao que o enfermeiro já está habituado a realizar.

Para Barros *et al* (2011) a responsabilidade atribuída ao enfermeiro para lidar na dor talvez ajudem a entender o motivo da grande valorização e preocupação da precisão técnica e seu embasamento em conhecimentos científicos. A formação de um profissional mais seguro e consciente reflete no desenvolvimento de uma assistência diferenciada ao paciente, possibilita ao cuidador desempenhar suas funções de forma cautelosa e reflexiva, evitando a transgressão de valores e convicções, permitindo o estabelecimento de relacionamentos interpessoais mais

efetivos entre profissional e paciente.

Dor: passado, presente e futuro

"Desde os primórdios, o homem vem, progressivamente, procurando compreender as causas da dor com a finalidade de livrar-se dela". Todas as pessoas, de maneira geral, sabem o que é dor. Mas é difícil descrever a própria dor e impossível conhecer exatamente a experiência de dor de outra pessoa. Essa dificuldade é decorrente do fato de que a dor é uma experiência individual, com características próprias do organismo, associada a sua história passada, além do contexto no qual ela é percebida (PEDROSA; CELISCH, 2006, p. 271).

Segundo Nascimento (2011), a dor é o principal motivo das internações hospitalares. As pessoas associam que estão doentes quando estão com dor e incrementam a existência da dor como um sinal que algo está errado, ignorando que muitas doenças não possuem a dor como um sintoma.

O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde (RIBEIRO, 2011).

Desde janeiro de 2000, a *Joint Comission on Accreditation on Heathcare Organizations* (JCAHO) publicou uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital. Consequentemente, ela deve ser sempre avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados os demais sinais vitais. Esse ato é necessário para que exista conhecimento da conduta a ser tomada, sua razão e seus resultados. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada (PEDROSA; CELISCH, 2006).

Avaliar a dor é importante para compreender sua origem, magnitude, duração, surgimento, características, fatores que aumentam ou diminuem a sua intensidade, adoção de medidas analgésicas, observação da eficácia terapêutica e compartilhamento de dados entre a equipe que assiste esse paciente (RIBEIRO, 2011).

Para Pereira; Sousa (1998), a mensuração da dor clínica é um desafio aos pesquisadores da área já que considera a subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa. Vários métodos podem ser utilizados para mensurar a sensação de dor. Alguns a avaliam como uma qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade. Já outros, dizem que é multidimensional e a consideram como uma experiência composta por outros fatores afetivos, emocionais e sensitivos. Na avaliação da dor, o registro é de fundamental importância e deve conter o local do evento doloroso, a intensidade, o tipo, a duração, os fatores de piora e melhora, além da administração ou não de analgésicos (NASCIMENTO, 2011).

Dentre as escalas unidimensionais mais usadas citam-se a Escala Visual

Numérica (EVN), graduada de zero a dez, onde zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste em uma linha reta, não numerada, onde uma extremidade da marcação mostra a "ausência de dor" e a outra, a "pior dor imaginável" (PEDROSA; CELISCH, 2006).

Segundo Barros *et al* (2011), os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente para obtenção de informações rápidas, não invasivas, e válidas sobre a dor e a analgesia. A escala de mensuração da dor é importante para investigar a intensidade da dor e até que ponto ela influencia nas atividades diárias, bem como a eficácia do tratamento e a extensão do problema.

Para Bottega; Fontana (2010) o uso da escala torna visível e mensuráve um sinal que, muitas vezes, é apenas percebido e registrado de forma incompleta. Ao aplicar a escala da dor, vários questionamentos surgem, sendo possível assim, uma assistência de enfermagem mais adequada, levando em consideração o que esta dor representa e como ela se apresenta ao paciente que a sente. A dor é um caso de Saúde Pública, pois é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que aproximadamente 80% da procura pelos serviços de saúde são motivadas pela dor. A dor crônica acomete 30 a 40% dos brasileiros e constitui a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho.

Empoderamento do saber

Para Beserra *et al* (2014), na arte de cuidar, a consideração de sofrimento é fundamental, pois só se pode cuidar adequadamente de um ser humano quando o duplo nível de padecimento é reconhecido, a saber: o sofrimento exterior e o sofrimento interior. Pode-se combater o sofrimento exterior a partir da terapêutica, da farmacologia e dos instrumentos tecnológicos. Mas o sofrimento interior reclama um modo de atenção distinta, reclama a presença humana, a palavra adequada e o árduo exercício do diálogo. A enfermagem não pode negligenciar o sofrimento. É necessário romper a tendência de cuidar, somente, dos sintomas físicos, como se fossem a raiz única de angústias para o paciente. Assim, na relação de cuidado, devem ser valorizados aspectos importantes, como o diálogo, a escuta, a sensibilidade, a ternura, e a empatia.

Cuidar, em enfermagem, pressupõe estar atento às queixas subjetivas dos pacientes, de modo a intervir no curso do sintoma, possibilitando conforto e bem-estar (BOTTEGA; FONTANA, 2010). A essência da Enfermagem é o cuidado, e este se manifesta na preservação do potencial saudável do ser humano e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Cuidado

significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, e se concretiza no contexto da vida em sociedade (BESERRA *et al,* 2014).

A terapia medicamentosa, usada de forma isolada ou em combinação com outras medidas terapêuticas, é fundamental para o controle da dor. Intervenções não farmacológicas, como a distração, educação, técnicas de relaxamento e aplicação de calor ou frio, podem ser aplicadas para prevenir a recepção de dor, diminuir a sua percepção ou modificar a reação do paciente à dor. Medidas de conforto e higiene, massagens, oferta de apoio e traquilização, posicionamento adequado e controle de fatores ambientais também contribuem para o alívio da dor (RIBEIRO, 2011).

De acordo com Beserra *et al* (2014), existe uma interface também do sofrimento de quem é o cuidado com quem cuida. O enfermeiro não está alheio ao sofrimento e precisa se perceber como um ser vulnerável para daí transcender e ter melhores condições de cuidar e acompanhar. Portanto, é criado para cuidar e ser cuidado, ora ativo, ora passivo nesta relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados corroboram com a premissa de que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante de um processo bioquímico. A validação da existência da dor deve ser baseada unicamente no relato do paciente. O cuidado de pessoas com dor exige mais do que o uso de medicamentos. Torna-se necessária uma assistência integral prestada ao paciente, que engloba muito mais do que simplesmente a prática do cuidar, mas a necessidade de visualização do ser holístico. Entende-se como sendo de extrema importância a correta utilização dos métodos para mensurar a dor, pois reconhecer a dor como quinto sinal vital é possibilitar uma assistência de excelência visando a dor para além da patologia.

REFERÊNCIAS

BARROS, Simone Regina A. de F *et al.* A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior**.** Rev. dor. v.12, n.2, p. 131-37, 2011. Disponível.< http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a10.pdf. Acesso em 16 de Maio de 2015.

BESERRA, Eveline Pinheiro e*t al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Fortaleza, v. 18, n, 1, p.1-6. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf >. Acesso em 16 de Maio de 2015.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, vol.19 n.2, p. 283-90, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf >. Acesso em 16 de Maio de 2015.

MATUMOTO, Silva *et.al*. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. Texto contexto – enferm. Florianópolis, v.22, n.2, p. 318-26, 2013. Disponível em: <http://www.

scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf >. Acesso 15 de Maio de 2015.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre : Artmed, 2015. e-PUB.

NASCIMENTO, Leonel Alves; KRELING Maria Clara Giorio. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. ACTA – Paul. enferm. São Paulo. v.24 n.1, p. 50-4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07.pdf >. Acesso 15 de Maio de 2015.

PEDROSA, Rene Antonio; CELISCH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem**.** Texto Contexto- enferm, Florianópolis, v15, n.2, p, 270-76, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2.pdf>. Acesso em: 15 de Maio de 2015.

PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração e avaliação da dor pós-operatório: Uma breve revisão. Revista latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto v. 6, n. 3, p. 77-84, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13894.pdf>. Acesso em 19 de Maio 2015.

RIBEIRO, Norma Cecília Alves *et al*. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital**.** Rev.esc.enferm. USP. São Paulo, v 45, n1, p. 146-52, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/20.pdf>. Acesso em 15 de Maio 2015.

ROSSI, Lidia Aparecida *et al.* Dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Rev.latino-Am.Emfermagem. Ribeirão Preto, v 8, n.3, p. 18-26, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>. Acesso em 15 de Maio 2015.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Deyse Maioli; SANCHES, Marina. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura**.** ACTA –Paul. Enferm. São Paulo, v 25 n.spe1, p150-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf>. Acesso em 15 de Maio de 2015.

SILVA, Marineide Santos e*t al.* Dor na criança internada:a percepção da equipe de enfermagem. Rev. Dor: São Paulo, v12, n 4, p. 314-20, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>. Acesso em 15 de Maio de 2015.

CAPÍTULO 17

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Beatriz Borges Pereira
Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos – Piauí

Irineu De Sousa Júnior
Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Teresina – Piauí

Cinthya Suyane Pereira Silva
Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Carmy Celina Feitosa Castelo Branco
Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos – Piauí

Marilha Neres Leandro
Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Samara Cíntia Rodrigues Vieira
Universidade Federal da Paraíba- UFPB, João Pessoa- Paraíba

Amanda De Andrade Marques
Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa- Paraíba

Ana Caroline Fernandes Sampaio
Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN
Juazeiro do Norte – Ceará

Caroline Medeiros Machado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Natal-RN

Maria Auxiliadora Macedo Callou
Faculdade São Miguel
Recife-PE

RESUMO: INTRODUÇÃO: Alfabetização em saúde compreende como o conjunto de competências cognitivas e sociais que tornam os indivíduos motivados e aptos a terem acesso, compreender e usar as informações adquiridas a fim de promover e manter boa saúde. **OBJETIVO**: Avaliar o nível de alfabetização em saúde de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. **METODOLOGIA:** A pesquisa foi realizada na cidade de Picos - PI, com 51 idosos. Foi utilizado um instrumento validado de Avaliação Breve da Alfabetização em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (SAHLPA), composto por 50 itens que avaliaram a capacidade do indivíduo de pronunciar e entender corretamente termos médicos comuns. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O sexo feminino foi o predominante, sendo de 74,5%, a média de idade foi de 69,3 anos, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi a entre 60 e 65 anos que correspondeu a 31,4% da amostra. A maioria (72,6%) dos idosos possuía hipertensão, 17,6% possuíam diabetes mellitus tipo 2 e 9,8% possuíam diabetes e hipertensão. A média geral do SAHLPA foi de 34,7. E 74,5% dos indivíduos foram classificados como alfabetização em saúde inadequada e 25,5% dos indivíduos estavam no nível de alfabetização em saúde adequada. **CONCLUSÃO:** A maioria do grupo de idosos avaliados apresentou alfabetização em saúde

inadequada. É interessante que essas informações coletadas possam ser usadas no sentido de avançar no aprimoramento de ações de políticas e promoção da saúde na região de Picos e em outras regiões do país.
PALAVRAS-CHAVE: Alfabetização em saúde, Doença crônica, Assistência a idosos.

EVALUATION OF THE LEVEL OF LITERACY IN HEALTH OF ELDERLY CARRIERS OF CHRONIC DISEASES NON-TRANSMISSIBLE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Health literacy understand how the set of cognitive and social skills that make them motivated and capable individuals to have access, understand and use the information acquired in order to promote and maintain good health. **OBJECTIVE:** To evaluate the level of health literacy of elderly people with chronic noncommunicable diseases. **METHODS:** The survey was, conducted in the city of Picos - PI, with 51 seniors. We used a validated instrument Brief Assessment of Literacy in Health for Adults Portuguese (SAHLPA), composed of 50 items that assessed the ability of the individual to pronounce and understand common medical terms correctly. **RESULTS AND DISCUSSION:** Females predominated, with 74.5 %, the average age was 69.3 years, and the age group with the highestprevalencewasbetween 60 and 65 correspondingto 31.4 % ofthesample. The majority (72.6 %) oftheelderlyhadhypertension,17.6 % hadtype 2 diabetes mellitus and 9.8 % had diabetes andhypertension. The overall averagewas 34.7 SAHLPA. And 74.5 % ofsubjectswereclassified as inadequatehealthliteracyand 25.5 % ofsubjectswere in theproperlevelofliteracyonhealth. **CONCLUSION:** he majority of the evaluated elderly group presented inadequate health literacy. It is interesting that this information collected can be used to advance the improvement of policy actions and health promotion in the Picos region and in other regions of the country.
KEYWORDS: Health Literacy, Chronic Illness, Elderly Care

1 I INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, manifestada através do envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2011).

As DCNT matam no mundo, 36 milhões de pessoas, número que deve aumentar para 52 milhões em 20 anos. No Brasil, aproximadamente 72,4% dos óbitos registrados no País têm como causa as doenças crônicas (REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012). Os custos diretos das DCNT para os sistemas de saúde em todo o

mundo representam impacto crescente. Segundo o World Economic Forum, a carga global das perdas econômicas por essas doenças entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto no período considerado (GOULART, 2011).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se com maior prevalência, a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2. Doenças causadas principalmente pelo modo de vida das pessoas, entre eles, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, estresse, uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas (CARNELOSSO et al., 2010).

Dessa forma o Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2011). Além do mais, com o aumento no ritmo de envelhecimento da população brasileira, torna-se fundamental planejar e desenvolver ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2010).

E a estratégia mais eficaz, econômica e sustentável para controlar o aumento da incidência dessas doenças é através da realização da prevenção primária, pela promoção de hábitos de vida saudáveis nos indivíduos e na população (GABRIEL, 2013).

Alfabetização em saúde ou literacia em saúde compreende como o conjunto de competências cognitivas e sociais que tornam os indivíduos motivados e aptos a terem acesso, compreender e usar as informações adquiridas a fim de promover e manter boa saúde (GABRIEL, 2013). Inclui mais do que a capacidade de ler informação, envolve também capacidade de interagir com os profissionais de saúde e de exercer controle em situações comuns que envolva a preservação e/ou melhoria da saúde (SANTOS, 2010).

As pessoas com baixo letramento em saúde terão dificuldade para entender e seguir as instruções fornecidas por especialistas em saúde, incorrer em custos médicos adicionais, têm pior saúde, maiores taxas de hospitalização e uso do serviço de emergência e usar menos cuidados preventivos, tem mais problemas no uso de medicamentos (TEERÃ, 2010).

Uma inadequada alfabetização em saúde pode, deste modo, ser uma importante barreira na recepção de cuidados de saúde adequados já que os pacientes necessitam de saber ler rótulos medicinais, receitas e apontamentos médicos, entender instruções de auto-cuidados de saúde, entre outros, o que, de acordo com alguns autores, é motivo suficiente para associar baixa literacia em saúde com um pior nível de saúde (KIM, 2009; OSBORN et al., 2011).

Segundo Minghelli (2012), aliteracia em saúde está dependente dos níveis básicos de alfabetização associados ao desenvolvimento cognitivo. O indivíduo com

pouco desenvolvimento na habilidade da leitura e escrita terá uma menor exposição à educação em saúde, além de uma menor habilidade para atuar sobre informação recebida. Por isso, as estratégias que visam promover a melhoria da alfabetização em saúde estão completamente relacionadas com as estratégias para promover a alfabetização.

No Brasil, apesar dos progressos realizados em relação à educação básica universal, nas últimas décadas, níveis de escolaridade e as taxas de alfabetização funcional permanecem muito baixos em algumas áreas e em subgrupos da população brasileira. Um estudo transversal realizado em 204 cidades mostrou que 27% dos idosos brasileiros relataram ser analfabeto e um adicional de 22% relataram problemas básicos de leitura e escrita. Apesar de composição heterogênea da população brasileira e seu baixo nível de escolaridade, as questões de alfabetização de saúde permanecem praticamente inexplorado no Brasil, devido à falta de um instrumento válido e confiável para avaliar isso (APOLINÁRIO et al., 2012).

Abordar alfabetização em saúde e suas dimensões pode ser usado como uma ferramenta eficaz para ajudar os planejadores, administradores e curadores (KARIMI et al., 2014). Se existir um investimento mais significativo na promoção da alfabetização em saúde existirá uma melhor utilização de serviços, uma diminuição dos comportamentos de risco em saúde e, consequentemente, uma diminuição dos gastos em saúde. Considera-se a alfabetização em saúde como facilitadora para a participação efetiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda a necessidade de estudar a forma de aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde (ANTUNES, 2014).

A elaboração de políticas públicas direcionadas a saúde e ao bem estar da pessoa idosa exige o constante monitoramento de diversos comportamentos e condições que possam afetar o idoso no seu dia-a-dia (SILVA et al., 2012).

Considerando-se que as DCNT têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades. É preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisão e dos líderes em saúde de todos os países do mundo para superar esse desafio. Dentre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, destaca-se a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Para isso é necessário o desenvolvimento de medidas educativas para prevenção e controle de doenças. Equipes multidisciplinares e profissionais de saúde motivados, capacitados e com maiores condições de ajudar os indivíduos a transpor as barreiras que impedem a melhora do autocuidado, que disponibilizem condições

para o aprendizado, mantendo consultas com intervalos curtos, estimulando sempre o autocuidado de sua condição (TORRES et al., 2011).

Pois a relação profissional/usuário deve ser permeada pela educação em saúde, que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador. Acredita-se no processo de educação permanente, capaz de conduzir a pessoa hipertensa e/ou diabética à adesão às condutas controle da hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, ou de qualquer outro problema de saúde, quer seja agudo ou crônico (ROMERO et al., 2010).

Contudo desenvolver testes que avaliem o grau de alfabetização em saúde é de suma importância, pois reduzem custos e melhoram a qualidade de vida dos indivíduos. Além do mais, o envelhecimento da população vem sendo observado e tais indivíduos se constituem um grupo vulnerável, pois possuem limitadas capacidades de aprendizagem e de literacia, e ao mesmo tempo são geralmente o grupo mais acometido por patologias. Mediante a isso, estudar tal grupo populacional se torna algo vital tanto para o sistema de saúde como para toda a sociedade. Por isso objetivo do presente trabalho foi de avaliar o nível de alfabetização em saúde de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis de Picos Piauí.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva. Foi realizada na cidade de Picos - PI, que de acordo com o IBGE (2018), possui área territorial de 577,304Km^2 e população estimada em 78.002 habitantes, o referido município possui uma distância da capital Teresina em linha reta de 264 km e de 310 km pela BR-316.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para participar dessa pesquisa: idade ≥ 60 anos, com hipertensão e/ou diabetes mellitus tipo 2; capacidade de autorrelato para ler e falar Português; sem diagnóstico de demência; nenhuma dificuldade de visão ou problemas de audição que não permitisse interação adequada com os entrevistadores. Os indivíduos que se autorrelatarem analfabetos, ou seja, não eram capazes de ler tudo, foram excluídos do estudo, pois o teste de alfabetização de saúde ficaria sem propósito. Todos os indivíduos foram informados sobre a finalidade e os procedimentos de estudo. Um consentimento informado foi obtido antes da entrevista.

Utilizou-se um instrumento validado de Avaliação Breve da Alfabetização em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (SAHLPA), composto por 50 itens que avaliou a capacidade dos idosos em pronunciar e entender corretamente termos médicos comuns, rastreando, assim, uma possível alfabetização em saúde inadequada. Tal situação é associada com a menor utilização de serviços preventivos,

baixa autogestão de doenças crônicas, baixa adesão a medicação, aumento da hospitalização e taxas de mortalidade mais elevadas (APOLINÁRIO et al., 2012).

Assim, por conveniência a amostra foi composta por 51 idosos cadastrados no Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Picos – PI. A coleta de dados aconteceu entre outubro a dezembro de 2014. Os resultados encontrados foram representados através de tabelas.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram os seguintes: 74,5% da amostra eram do sexo feminino, a média de idade foi de 69,3, com idade mínima de 60 anos e máxima de 88 anos, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi a entre 60 e 65 anos que correspondeu a 31,4% da amostra. As características da amostra podem ser visualizadas logo abaixo na tabela 1.

Variáveis	n ou média	%
SEXO		
Feminino	38	74,5%
Masculino	13	25,5%
Faixa Etária		
60-65	16	31,4%
65-70	13	25,5%
70-75	9	17,6%
		11,8%
75-80	6	7,8%
80-85	4	5,9%
85-90	3	

Tabela 1: Características da amostra

Fonte: pesquisa direta

Com relação a patologia apresentada, a maioria dos idosos (72,6%) possuía hipertensão arterial, outros 17,6% possuíam diabetes mellitus tipo 2 e 9,8% possuíam hipertensão e diabetes tipo 2. Além dessas patologias, alguns idosos relataram ter outras morbidades, como osteoporose, artrose, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares. Esses dados estão na tabela 2.

Variáveis	n ou média	%
Patologia		
Hipertensão	37	72,6%
Diabetes mellitus tipo 2	9	17,6%
HÁ e DM2	5	9,8%

Tabela 2: Patologia da amostra

Fonte: pesquisa direta

Na Tabela 3 é possível observar que 76% dos idosos apresentaram dificuldades em pronunciar e compreender termos médicos comuns, por isso foram classificados com inadequada alfabetização em saúde e a média de acertos do SAHLPA-50 foi de 34,7.

Variáveis	n ou média	%
Alfabetização em Saúde		
Inadequada	38	74,5%
Adequada	13	25,5%
SAHLPA		
	34,7	

Tabela 3: Avaliação da alfabetização funcional auto-relatado

Fonte: pesquisa direta

As doenças crônicas determinam impactos fortes: apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países. O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá por que: as pessoas portadoras das doenças reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças; os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com os pobres resultados em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições (MENDES, 2011).

Inúmeras barreiras impedem o bom controle metabólico, incluindo a baixa compreensão sobre os aspectos clínicos da doença, a não realização de atividade física, a dificuldade em aderir à reeducação alimentar. O esforço para melhorar o autocuidado requer uma equipe pró-ativa e preparada, permitindo um melhor atendimento aos indivíduos com doenças crônicas. Uma comunicação efetiva entre indivíduos e os profissionais de saúde é considerada um fator importante na perspectiva do autocuidado nas doenças crônicas não transmissíveis.

Com isso investir na alfabetização em saúde, principalmente para o público mais vulnerável, como idosos, pessoas com baixa escolaridade e baixa renda, é uma forma de intervir e tentar reverter esse quadro alarmante de pessoas com doenças crônicas.

Os resultados encontrados da avaliação da alfabetização em saúde dos idosos de Picos – PI foram superiores aos do estudo de Apolinário et al. (2012), no qual 66% dos idosos tiveram alfabetização de saúde inadequada. Esses pesquisadores também utilizaram o SAHLPA-50 como instrumento de pesquisa, no entanto a amostra

foi de 226 idosos, recrutados de duas clínicas geriátricas ambulatório público na cidade de São Paulo, sudeste do Brasil.

A pesquisa realizada por Leung et al. (2013) com idosos e com outro instrumento também converge com os resultados aqui apresentados. Eles desenvolveram e testaram as propriedades psicométricas da Escala de Alfabetização chinês Saúde de Atenção Crônica (CHLCC) em Hong Kong, com 262 pessoas que tinham 65 anos de idade ou mais, pelo menos um dos quatro tipos de doenças crônicas (hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, ou artrite), capacidades cognitivas e a capacidade de se comunicar em cantonês. O CHLCC mostrou pontuação de ≥ 35,5 e apenas 36% dos participantes foram considerados como tendo a alfabetização de saúde adequada.

Os resultados encontrados pelos pesquisadores Mollakhalili e colaboradores (2014) com publico-alvo diferente e utilizando o Teste de Alfabetização Funcional Saúde em Adultos (TOFHLA) também encontraram uma baixa alfabetização em saúde entre os indivíduos. O objetivo da pesquisa foi de avaliar o nível de alfabetização em saúde de 384 pacientes internados em hospitais de ensino de Isfahan UniversityofMedical Sciences. A alfabetização em saúde foi dividida em três categorias de pobres, marginal (limítrofe) e satisfatório. De acordo com isso, 41,1% dos pacientes (158 pacientes) tiveram a alfabetização em saúde pobre, 25% deles (92 pacientes) alfabetização em saúde marginal e apenas 33,9% deles (130 pacientes) tiveram a alfabetização em saúde satisfatória.

A literatura mostra que o conhecimento prévio e alfabetização em saúde tendem a aumentar ligeiramente entre as faixas etárias mais jovens, mas, em seguida, diminuir significativamente com a idade entre os grupos etários mais velhos. Portanto, tendo como alvo a faixa etária de menores de 30 para a popularização e divulgação do programa de alfabetização de saúde - quando a percepção e o comportamento formulário e desenvolver de forma estável - pode promover suas habilidades e conhecimentos de saúde, trazendo benefícios vitalícios. Para aqueles com idade superior a 30, a comunicação em saúde e educação para a saúde deve ser consolidada devido à tendência de queda da alfabetização conhecimento e saúde com o envelhecimento (KUMAR et al., 2009).

A educação tem efeito positivo, forte e direto sobre o conhecimento prévio e literacia em saúde. A literacia em saúde também é afetada pelo conhecimento prévio e idade, a partir de um conhecimento prévio é positiva e que a partir de idade é negativo. A literacia em saúde é um fator que influência direta do comportamento de saúde. O fator mais importante do estado de saúde é a idade. Comportamento de saúde e estado de saúde têm um efeito positivo interação (SUN et al., 2013)

Os idosos aqui investigados apresentaram um diferencial, praticavam atividade física. Isso demonstra que eles tinham uma preocupação em controlar as morbidades apresentadas e melhorar a qualidade de vida, além do mais era uma forma de ter autonomia para realizar suas atividades do dia a dia e sem ajuda de um cuidador.

No entanto, o manejo das doenças crônicas não transmissíveis requer além da prática da atividade física, uma reeducação alimentar, utilização de fármacos e para isso é preciso que esses idosos sejam alfabetizados em saúde. Mas de acordo com os resultados encontrados a maioria dos idosos não conseguia compreender determinados termos médicos, dessa forma dificulta seguir as prescrições e orientações no tratamento e controle dessas doenças.

Peiravian et al., (2014), avaliaram o nível de alfabetização de drogas na província de Qazvin no Irã, utilizando o método único item Alfabetização Screener (SILS), que possuía a seguinte pergunta: " Quantas vezes você precisa ter alguém para ajudá-lo quando você ler as instruções, folhetos, ou outro material escrito do seu médico ou da farmácia?". De acordo com os resultados encontrados os autores do trabalho perceberam que as pessoas com menos educação formal são mais propensos a ter dificuldades em compreender materiais de leitura médicos e farmacêuticos. Parece que as pessoas que vivem na área rural e que têm menos escolaridade, os torna mais fracos na alfabetização de drogas. As pessoas em bom estado socioeconômico deverão ter mais oportunidades para completar sua educação formal, o que resulta em maior nível de alfabetização de drogas. Além disso, eles são mais sensíveis sobre suas condições de saúde e que os ajuda a prestar mais atenção às questões médicas e farmacêuticas.

Segundo Manafo e Won (2012), existe um número limitado de programas de alfabetização em saúde direcionados especificamente à população idosa e muitas são as limitações na quantidade e na qualidade das provas que sustentam as competências de alfabetização em saúde no envelhecimento da população, assim há uma necessidade de programas de intervenção mais abrangentes com procedimentos de acompanhamento ativos e medidas gerais de avaliação é necessária. E claramente, os prestadores de cuidados de saúde precisam fazer um esforço extra com os idosos para garantir que elas compreendam a informação de saúde que está sendo transmitida (SHAH et al., 2010).

A temática aqui abordada é um campo novo que, principalmente os profissionais da saúde (nutricionistas, médicos, educadores físicos, enfermeiros e outros) devem estar desenvolvendo, além de pesquisas, intervenções com os grupos que apresentarem prevalência de alfabetização em saúde inadequada. Haja vista, que estes profissionais ao longo das décadas tornaram-se peça fundamental para a promoção de saúde pública no Brasil, por trabalhar diretamente com ações profiláticas e de cuidado para com usuários do serviço de saúde garantido no país. Além disso, as autoridades do Estado, devem se atentar para a problemática e desenvolver políticas imediatas no campo das DCNT quanto ao tratamento, medidas educacionais (como a alfabetização em saúde) e profiláticas para conter o alastramento epidemiológico dessas doenças.

Carthery-Goulart et al., (2009) apontam algumas estratégias que podem ser desenvolvidas para melhorar a capacidade de gerir as condições médicas, como:

os indivíduos podem exigir mais ensino direto e acompanhamento para ajudá-los a tomar a medicação corretamente, seguir as instruções de dieta e exercício, e entender os planos para cuidar de suas condições médicas. Vídeos também podem ser utilizados e testados. Estes tipos de materiais fornecem insumos verbais e visuais e, portanto, benéfica para a aprendizagem. Além do mais, uma grande parte dos indivíduos tem acesso a rádio e canais de televisão de acesso livre. Como resultado, o desenvolvimento de programas especiais que se concentram em certas condições médicas e também podem ser úteis.

O presente estudo trouxe dados iniciais sobre avaliação da alfabetização em saúde de um grupo de idosos da cidade de Picos - PI, no entanto cabe salientar que houve algumas limitações, como: a utilização de uma amostragem por conveniência, devido à dificuldade em encontrar pessoas que atendessem todos os critérios de inclusão e que aceitassem participar da pesquisa, o que pode ter gerado viés de seleção. Outro obstáculo encontrado no decorrer da coleta de dados foi que muitos idosos consideraram um exagero a quantidade de termos médicos utilizados.

Assim apesar dos estudos no Brasil sobre a alfabetização em saúde ainda são incipientes, isso aponta para a importância científica e epidemiológica da realização deste tipo de estudo. Esta linha de pesquisa poderá ser ampliada quando a investigação de sua prevalência chegar aos grupos sociais, postos de saúde e muitos outros locais onde se possa encontrar população suscetível a esta problemática. Na perspectiva, de que, a partir do conhecimento da gravidade de que muitos indivíduos não conseguem compreender termos médicos comuns, e a tomada de medidas através das ações em saúde, possam garantir à população afetada, intervenções para melhorar a alfabetização em saúde desses indivíduos.

Cabe destacar que grande parte dos instrumentos de avaliação da alfabetização em saúde apresenta limitações e necessita de constantes modificações e testes de validação, no entanto é inquestionável a importância dessas ferramentas no rastreio do analfabetismo funcional no contexto dos cuidados de saúde e dessa forma identificar aqueles indivíduos que necessitam de cuidados especiais.

Afinal percebe-se claramente que hoje não são as sociedades mais ricas que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

4 I CONCLUSÃO

A maioria do grupo de idosos cadastrados no Hiperdia de Picos- PI apresentou alfabetização em saúde inadequada, isso é preocupante, pois indivíduos com alfabetização em saúde pobres são menos propensos do que os pacientes com melhor alfabetização em saúde para gerir com sucesso as suas doenças crônicas.

Assim, com os resultados encontrados no presente trabalhos e espera alavancar novas pesquisas com foco nesse tema e com pessoas de diferentes grupos étnicos,

para que se possa avançar no sentido de aprimorar ações de políticas e promoção da saúde na região de Picos e em outras regiões. Com isso é necessário não apenas criar testes, pois isso não se torna suficiente, é preciso avaliá-los, pois tais ferramentas necessitam serem eficazes e eficientes para não incorrer em erros de mensuração, visto as limitadas faculdades apresentadas por tais indivíduos, que podem tornar um teste não preciso.

REFERENCIAS

ANTUNES, M.L. A literacia em saúde:investimento de saúde e na racionalização de custos. **XI Jorandas APDIS**, Lisboa, v. 1, n. 1, p. 131, 2014.

APOLINÁRIO, D. et al. Avaliação Breve de Alfabetismo em Saúde em Português para adultos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo,v. 46, n. 4, p. 702, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VigilânciaemSaúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de açõesestratégicas para o enfrentamento das doençascrônicasnãotransmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de VigilânciaemSaúde.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p.148, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde** / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 5, 2010.

CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO).**Ciência** e Saúde Coletiva,[S. l.], v. 15, n. 1, p.1073, 2010.

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4,p. 630, 2009.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567, 2010.

GABRIEL, H. M. N. Profissão: **Educador de Saúde Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde**. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde.Lisboa, v.1, n.1, p. 11, 2013.

GOULART, F.A. Doenças crônicas não transmissíveis: **estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília**, 2011. Disponível em:http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes Cronicas_flavio1.pdf, Acesso em 24 de novembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2018, Disponível em http://cod.ibge.gov.br/243J2, Acesso 22 de maio de 2019.

KARIMI S. et al.Therelationshipbetweenhealthliteracywithhealth status andhealthcareutilization in 18-64 yearsoldpeople in Isfahan. **J EducPromot Health**, Isfahan, v, 3, n.75, p.6, 2014.

KIM, S. Health literacy and functional health status in Korean older adults. **JournalofClinicalNursing**, [S. l.], v.18, n.1, p. 2337, 2009.

KUMAR, A. Z. et al. Criticallyillpatientswith 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada.

JAmerMedAssoc, v. 309, n.1,p. 1872, 2009.

LEUNG, A. Y. M., et al. DevelopmentandValidationoftheChinese Health LiteracyScale for ChronicCare. **Journalof Health Communication**, China, v.18, n. 1, p. 205, 2013.

MANAFO, E.; WONG, S. Health literacyprograms for olderadults: a systematicliteraturereview. **Health educationresearch**. Canadá, v.27 n.6, p. 957, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, v.1, n. 2, p. 300, 2011.

MINGHELLI, B. A importância da literacia em saúde no controle do excesso de peso infanto-juvenil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.6, n.32, p.99, 2012.

MOLLAKHALILI, H. et al.Um inquérito sobre literacia em saúde dos hospitais de ensino da internação de IsfahanUniversityof Medical Sciences em 2012.**J Educ Health Promot**,[S.l.], v.3,n.1,p.66, 2014.

OSBORN, C., et al.Themechanismslinkinghealthliteracytobehaviorandhealth status. **Am J Health Behav**, [S.l.],v. 35, n.1, p.118, 2011.

PEIRAVIAN, F., et al.DrugLiteracy in Iran: the Experience ofUsing “The Single Item HealthLiteracyScreening (SILS) Tool”. **JournalofPharmaceuticalResearch**,Iranian, v.13, n.1, p.217, 2014.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Ministério da saúde – Ministério da Saúde.**Gráfica do Ministério da Saúde**.Brasília, v.1, n.32, p. 25, 2012.

ROMERO, A. D. et al.,Características de umapopulação de idososhipertensosatendidanumaUnidade de Saúde da Família. **Rev Rene**, [S.l.], v. 11, n.2, p. 72, 2010.

SANTOS, O. O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controle e redução da carga ponderal. **Endocrinologia, Diabetes e Obesidade**,[S. l.], v.1, n. 4, p.3. 2010.

SCABAR G.T., ANDREA FOCESI PELICIONI A.F.; PELICIONI M.C.F.Atuação do profissional de EducaçãoFísica no Sistema Único deSaúde: umaanálise a partir da PolíticaNacional de Promoção daSaúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.**J Health Sci Inst**.[S.l.], v.30,n. 4,p. 411, 2012.

SHAH, L.C. et al.Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates.**J Am Board Fam Med**. [S.l.], v.23, n.2, 2010.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, v. 5, p. 343, 2013.

SILVA, R.J.S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **RevBrasEpidemiol**, [S.l.],v.15, n.1,p.49, 2012.

SUN,H. Determinantes da literacia em saúde e comportamento de saúde sobre doenças respiratóriasinfecciosas: um modelo de caminho.**BMC Public Health**,[S.l.], v.13, n.1, p. 261, 2013.

TEERÃ: **iraniano Centro de Saúde**, 2010. Disponível em: http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/?id=33479,Acesso: em 01 de setembro de 2014.

TORRES, H. C. et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**,[S.l.], v.24,n,4,p.514, 2011.

CAPÍTULO 18

BANCO DE LEITE HUMANO E AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL BIOMÉDICO

Aline Costa Souza
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Hospital Regional Norte
Sobral – Ceará

Samara Maria Pereira de Andrade
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Hospital Regional Norte
Sobral – Ceará

RESUMO: O Banco de Leite Humano (BLH) apresenta-se como uma importante estratégia de política pública em favor da amamentação. É um serviço responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio de atividades de coleta de leite humano (LH), seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos seus produtos. Os profissionais que atuam no BLH, a depender das atividades desempenhadas, podem ser médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros de alimentos, biólogos, biomédicos, médicos veterinários, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares e técnicos (de enfermagem, laboratório e nutrição), entre outros profissionais. O artigo tem como objetivos demonstrar a importância e as atividades desenvolvidas pelo profissional biomédico em um BLH e informar à comunidade acadêmica sobre esta área de atuação do profissional graduado em Biomedicina. O biomédico trabalha dividindo ações entre a bromatologia e as análises de fluido biológico, por meio do processamento e controle de qualidade do LH, assim como pode ser responsável pela triagem clínica das doadoras, supervisão da coleta, inspeção dos materiais, insumos, equipamentos e instalações, gerenciamento dos dados do serviço, dentre outras atividades. O estudo expõe, por meio da experiência profissional, as atividades que são realizadas pelo biomédico que atua em BLH, com o intuito de apresentar aos acadêmicos e profissionais outra área de inserção dos biomédicos no mercado de trabalho. Além disso, tem a intenção de contar com o apoio dos docentes dos cursos de Biomedicina para a divulgação do papel do biomédico nos serviços de BLH.

PALAVRAS-CHAVE: Biomédico, Banco de Leite Humano, Prática Profissional.

HUMAN MILK BANK AND THE ACTIVITIES PERFORMED BY THE BIOMEDICAL PROFESSIONAL

ABSTRACT: The Human Milk Bank (HMB) is an important public policy strategy for breastfeeding. It is a service responsible for promoting, protecting and supporting breastfeeding through

human milk collection (HM), selection, classification, processing, quality control and distribution, and the sale of its products is prohibited. The professionals who work in the HMB, depending on the activities performed, can be doctors, nutritionists, nurses, pharmacists, food engineers, biologists, biomedical, veterinary doctors, psychologists, social workers, speech therapists, occupational therapists, , laboratory and nutrition), among other professionals. The objective of the article is to demonstrate the importance and activities developed by the biomedical professional in an HMB and to inform the academic community about this area of practice of the professional graduated in Biomedicine. Biomedical works by dividing actions between bromatology and biological fluid analysis, through the processing and quality control of HM, as well as being responsible for the clinical screening of donors, supervision of collection, inspection of materials, supplies, equipment and facilities , data service management, and other activities. The study exposes, through the professional experience, the activities that are performed by the biomedical that acts in HMB, with the intention of presenting to the academics and professionals another area of biomedical insertion in the labor market. In addition, it intends to count on the support of the professors of the Biomedicine courses for the dissemination of the biomedical role in the HMB services.
KEYWORDS: Biomedical, Human Milk Bank, Professional Practice.

1 I INTRODUÇÃO

O Banco de Leite Humano (BLH) apresenta-se como uma importante estratégia de política pública em favor da amamentação. É um serviço responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio de atividades de coleta de leite humano (LH), seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos seus produtos (BRASIL, 2008).

Os profissionais que atuam no BLH, a depender das atividades desempenhadas, podem ser médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros de alimentos, biólogos, biomédicos, médicos veterinários, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares e técnicos (de enfermagem, laboratório e nutrição), entre outros profissionais (BRASIL, 2008).

Neste conjunto está o biomédico, cuja regulamentação se deu pela Lei n.º 6.684, de 03 de setembro de 1979, quando também foram criados os Conselhos Federal e Regional de Biomedicina. Segundo o Art. 4º da referida lei, o biomédico tem a competência para atuar em equipes de saúde (COSTA et. al, 2010).

É um profissional da saúde, com formação generalista e que tem qualidades para atuar em todos os níveis dos serviçoes de saúde prevalecendo-se com base no rigor científico e intelectual adquiridos na graduação (BARBALHO, 2013).

O estudante de Biomedicina tem a oportunidade de conhecer um grande número de opções, sendo elas 35 habilitações autorizadas e regulamentadas pelo Conselho Federal de Biomedicina. O profissional egresso tem a capacidade de identificar, classificar e estudar os mais diversos tipos de doenças, além da competência de

realizar análises das mais variadas dentre elas as análises bromatológicas para verificação de contaminações em alimentos (SILVA, et al., 2014).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivos demonstrar a importância e as atividades desenvolvidas pelo profissional biomédico em um BLH e informar à comunidade acadêmica sobre esta área de atuação do profissional graduado em Biomedicina.

2 I METODOLOGIA

O estudo, sob o aspecto descritivo e de relato de experiência, foi realizado por uma profissional biomédica atuante em um BLH do Estado do Ceará, o qual apresenta as atividades executadas pelo biomédico nas etapas de coleta, processamento e controle de qualidade do LH.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

O BLH é composto por uma equipe multidisciplinar que atua nas mais diversas áreas que compõem suas atividades. O biomédico trabalha dividindo ações entre a bromatologia e as análises de fluido biológico, por meio do processamento e controle de qualidade do LH, assim como pode ser responsável pela triagem clínica das doadoras, supervisão da coleta, inspeção dos materiais, insumos, equipamentos e instalações, gerenciamento dos dados do serviço, dentre outras atividades.

Na triagem clínica da doadora, o biomédico avalia juntamente com a equipe de enfermagem, os dados gestacionais, a ausência de doenças que comprometam a doação, além da execução de exames laboratoriais como testes para HIV, hepatites B e C e sífilis.

Em relação à coleta do LH o biomédico supervisiona e promove a inserção de práticas que minimizem as contaminações e consequente perda do volume doado. Após a coleta, o LH é encaminhado para o processamento onde o biomédico realiza teste de acidez titulável de Dornic, técnica de crematócrito para avaliação do valor calórico, pasteurização e controle microbiológico do LH.

A determinação da acidez titulável do leite humano é realizada por meio da técnica de tituação, onde a solução titulante é o hidróxido de sódio 0,1 N, também conhecido como solução Dornic. Cada 0,01 mL gasto para neutralizar 1 mL de leite humano ordenhado corresponde a 1°D (um grau Dornic). A acidez Dornic do leite humano recém-ordenhado, pode ser considerada original, com valores oscilando entre 1 e 4°D. Acidez maior ou igual a 8°D desqualifica o produto para o consumo (SILVA, 2004).

O crematócrito, por sua vez, é um procedimento analítico que promove o cálculo estimado do valor energético do leite humano. Sabe-se que o leite humano

é composto por mais de 250 substâncias distintas, distribuídas de maneira hierarquizada e compartimentalizada, integrando três frações: emulsão, suspensão e solução (ALMEIDA, 1999).

A partir da proporcionalidade dos constituintes do leite humano foi possível estabelecer uma relação matemática entre creme, soro, gordura e conteúdo energético (LUCAS et. al, 1978). Com isso, uma pequena amostra de leite é centrifugada em alta rotação, os constituintes são separados (coluna de soro e coluna de creme), medidos e os resultados aplicados a fórmulas matemáticas para o conhecimento do conteúdo energético (BRASIL, 2008).

Outra etapa importante do processamento de leite humano executada pelo biomédico é a pasteurização que visa a inativação de 100% dos microrganismos patogênicos que pode estar presentes, além de 99,99% da microbiota saprófita ou normal. Para tanto, o leite é submetido a uma temperatura de 62,5°C por 30 minutos, seguido de resfriamento rápido (BRASIL, 2001).

A avaliação da inativação dos microoganismos por meio da pasteurização é realizada com o auxilio de uma técnica alternativa à clássica preconizada para alimentos que utiliza microoganismos indicadores de qualidade sanitária, os quais configuram os coliformes (NOVAK & ALMEIDA, 2002).

A metodologia alternativa versa na inoculação de quatro alíquotas, de 1 mL cada, de leite humano pasteurizado e inseridas em tubos com 10 mL de caldo bile verde brilhante 5% com tubos de Durham em seu interior. Os tubos são incubados em estufa a 36 ± 1°C. A presença de gás no interior do tubo de Durham caracteriza resultado positivo que, por sua vez, deve ser confirmados com auxílio de tubos contendo caldo bile verde brilhante 4%. Após a incubação sob as mesmas condições do teste inicial, a presença de gás confirma que o produto é impróprio para consumo coliformes (NOVAK & ALMEIDA, 2002).

A qualidade do produto final é monitorada pelo biomédico, em conjunto com a equipe, controlando-se o tempo de validade, as condições de armazenamento e manipulação até a distribuição para o consumidor final, os recém-nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

4 I CONCLUSÃO

O estudo expõe, por meio da experiência profissional, as atividades que são realizadas pelo biomédico que atua em Banco de Leite Humano, com o intuito de apresentar aos acadêmicos e profissionais outra área de inserção dos biomédicos no mercado de trabalho. Além disso, tem a intenção de contar com o apoio dos docentes dos cursos de Biomedicina para a divulgação do papel do biomédico nos serviços de BLH.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BARBALHO, S. **Biomedicina, um painel sobre o profissional e a profissão.** Conselho Federal de Biomedicina, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano.** 4. ed. Brasília, 2001. 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 117).

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. **A inserção do biomédico no programa de saúde da família**. Revista Eletrônica Novo Enfoque, v. 11, n. 11, p. 27 – 33, 2010.

LUCAS, A. et al. **Creamatocrit: simple clinical technique for estimating fat concentration and energy value of human milk**. BMJ, London, v. 1, n. 6119, p.1018-1020, 22 Apr., 1978.

NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G. **Teste alternativo para detecção de coliformes em leite humano ordenhado alternative test for detection of coliforms in manually expressed human milk.** Jornal de Pediatria - Vol. 78, Nº3, 2002

SILVA, A. R.; NUNES, C. R. S.; ARAÚJO, S. S.; VERAS, N. H. **O papel do biomédico na saúde pública**. Faculdade Leão Sampaio. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. Ano 2, V. 2, Número Especial, jun, 2014.

SILVA, V. G**. Normas técnicas para banco de leite humano: uma proposta para subsidiar a construção para Boas Práticas**. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAPÍTULO 19

CUIDADOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Beatriz Aiko Nagayoshi
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Departamento de Psicologia.
São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Luciano Garcia Lourenção
Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Escola de Enfermagem.
Rio Grande, RS, Brasil.

RESUMO: Este artigo objetivou discutir aspectos relacionados ao cuidado e ao cuidador de pacientes com doenças crônicas. O processo de envelhecimento favorece o aumento de doenças crônicas, comprometendo a independência funcional dos idosos, que passam a depender de cuidadores. As relações do cuidador com o idoso e o convívio com as limitações e a evolução da doença podem causar sobrecarga e comprometer a saúde dos cuidadores, sendo necessário a estruturação de um sistema que dê suporte social e de saúde, atendendo as necessidades destes trabalhadores.
PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Doença Crônica; Cuidadores; Assistência Domiciliar.

CARE AND CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT: This article aimed to discuss aspects related with care and caregiver of patients with chronic diseases. The aging process favors the increase of chronic diseases, compromising functional independence of elderly, who depend on caregivers. The caregiver's relationships with elderly and conviviality with limitations and evolution of disease can cause overload and compromise the health of the caregivers, being necessary the structuring of a system that provides social and health support, meeting the needs of these workers.
KEYWORDS: Aged; Chronic Disease; Caregivers; Home Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é marcado por mudanças no perfil de saúde. Como consequência da transição demográfica e o crescimento do número de idosos, há o aumento da prevalência das doenças crônicas e da ocorrência de quedas, e o aumento da incapacidade funcional, levando à necessidade de supervisão constante dos familiares (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 14,9 milhões, em 1999, para cerca de 20,6 milhões em 2010 (IBGE, 2011).

Em 1999, o Brasil apresentava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos, 3,9% da população total e, em 2010, atingiu 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% da população dos brasileiros (GRATÃO et al., 2013). Projeções indicam elevação do número de idosos, estimando-se que, em 2030, 13,4% da população brasileira será de idosos (IBGE, 2019).

Com o envelhecimento, os níveis de autonomia e independência reduzem naturalmente e há um aumento na ocorrência de doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis, tornando os idosos dependentes de cuidados (AVELINO et al., 2013). Além disso, as perdas cognitivas, o declínio sensorial, os acidentes e o isolamento social que estão associados a este processo, acarretam dependência funcional nos idosos (GRATÃO et al., 2013).

Em relação ao gênero, os homens se preocupam menos com a saúde, o que os torna mais vulneráveis à ocorrência de doenças crônicas, que podem progredir com prejuízo funcional, tornando-os mais dependentes. Em geral, eles apresentam mais dificuldades para aceitar a condição de dependência e que necessitam de cuidados, gerando sobrecarga aos seus cuidadores (LOUREIRO et al., 2013).

Conceitualmente, a sobrecarga é considerada multidimensional, abrangendo a esfera biopsicossocial e está relacionada ao equilíbrio entre as variáveis: tempo despendido para o cuidador, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuição e distribuição de papéis (MORAIS et al., 2012).

Para os profissionais de saúde, o conhecimento sobre as vivências e necessidades dos idosos dependentes e de seus cuidadores favorece a implementação de ações de capacitação e apoio ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para lidarem com as demandas que surgem no dia-a-dia (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Além disso, o suporte ao cuidador tornou-se um desafio para o sistema de saúde brasileiro, que ainda carece de conhecimentos sobre os motivos que levam o cuidador a adoecer e suas necessidades de saúde (GRATÃO et al., 2013; NASCIMENTO et al, 2008).

Ante o exposto, este artigo objetiva discutir aspectos relacionados ao cuidado e ao cuidador de pacientes com doenças crônicas.

2 I DOENÇAS CRÔNICAS E SUAS IMPLICAÇÕES NOS CUIDADOS

Um indivíduo dependente funcional é incapaz de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (GRATÃO et al., 2013).

No caso das doenças crônica, em geral, as atividades básicas da vida diária são

as últimas a serem comprometidas. Em uma hierarquia de complexidade, podemos verificar comprometimento inicial nas atividades avançadas da vida diária, seguida das atividades instrumentais e, por último, as atividades básicas da vida diária, relacionadas ao autocuidado (GRATÃO et al., 2013).

Porém, algumas destas doenças apresentam maior potencial de comprometimento da independência funcional dos idosos, entre as quais, destacamos:

Demência

Os processos demenciais fazem parte do quadro de doenças crônico-degenerativas que causam grande impacto na estrutura familiar. Lopes e Cachioni (2012) destacam que cuidar de idosos com demência pode ser mais estressante do que cuidar de idosos fisicamente frágeis, pois os dementes apresentam problemas específicos, como mudança de comportamento, desorientação ambiental e progressiva, limitações na execução de tarefas, com aumento gradativo do nível de dependência.

Cuidadores familiares relatam maiores dificuldades quando o idoso apresenta alguma limitação cognitiva, que leva à redução das relações de intimidade, baixa habilidade de comunicação, diminuição de atividades conjuntas e poucas chances de explorar o relacionamento (GUEDES; PEREIRA, 2013).

A demência tem evolução crônica e progressiva, com deterioração da autonomia do indivíduo, tornando-o cada vez mais dependente de cuidadores. E, devido aos longos períodos de convivência do cuidador com o idoso demente, é importante que os profissionais de saúde dos serviços de referência estejam atentos às condições de saúde física e mental destes cuidadores, buscando evitar problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida (ARAÚJO FILHO et al., 2012).

Artrite Reumatóide

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença crônica, autoimune, multissistêmica e de etiologia desconhecida, caracterizada por sinovite inflamatória. É uma poliartrite simétrica com potencial deformante variável, podendo levar a perda de função articulares, principalmente periféricas e na coluna cervical. Os processos inflamatórios articulares podem se estender para sistemas e órgãos, causando manifestações extra articulares (MEA). Cerca de 40% dos pacientes com AR apresentem MEA em algum momento da evolução da doença. Desses, 15% são considerados graves. Os principais sintomas apresentados por esses pacientes são fadiga, rigidez e dor (VILSTEREN, 2012).

A prevalência estimada da AR é de um por cento da população mundial, variando de acordo com características étnicas. É duas a três vezes mais frequente em

mulheres do que em homens acima de 40 anos (GOELDNER, et al. 2011; SARKIS, et al., 2009; DARIO, et al., 2010; MOURA et al., 2012).

As articulações afetadas apresentam edema, dor e calor local. Deformações articulares ocasionadas pela AR não tratada são comuns e envolvem: mão em ventania, dedos em botoeira, dedos em pescoço de cisne ou em martelo (MOTA et al. 2012).

O caráter crônico e destrutivo da doença pode causar uma limitação funcional significante, com prejuízo na capacidade laboral e na qualidade de vida. A longo prazo, a doença pode apresentar um prognóstico ruim, estimando-se que 80% dos afetados se tornem incapacitados após 20 anos, com redução de 3 a 18 anos da expectativa de vida (MOTA et al. 2012).

A fadiga é outro fator de impacto na qualidade de vida do paciente reumático, pois é um sintoma de baixa vitalidade, que vem acompanhado de redução da capacidade física e mental. Estudo realizado por Novaes et al. (2011) detectou que 40% a 80% dos pacientes com AR apresentavam fadiga, sendo que mais de 50% com quadro de fadiga persistente. O uso de drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e terapia anti TNF diminuem esse quadro. Sintomas como dor e fadiga são exaustivamente relatados em pacientes com AR, podendo estar associadas, ainda, à depressão.

Há evidências de maior progressão da AR e suas incapacidades em mulheres solteiras. Contudo, é necessário verificar o nível de ajustamento conjugal. Estudo realizado comparando o ajustamento conjugal à dor e à incapacidade psicológica concluiu que os solteiros tinham um pior controle da situação em relação aos casados que viviam em situação conjugal estável e sem dificuldades. Em contrapartida, eram semelhantes aos casamentos problemáticos **(**REESE et al., 2010).

Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) está entre as doenças crônico-degenerativas responsáveis pela morte anual de 5 milhões de pessoas e mais de 15 milhões de casos não fatais. Há uma elevada probabilidade de um evento recidivante, com alto risco de mortalidade, incapacidade e dependência permanente. Após um episódio de AVE, cerca de dois terços dos sobreviventes apresentam algum grau de deficiência neurológica instalada. Sequelas como contraturas e deformidades são decorrentes da perda de movimentos, espasticidade e posicionamento inadequado, que alteram a biomecânica articular normal (BORGES; MARINHO FILHO; MASCARENHAS, 2010).

O AVE é caracterizado por um distúrbio da circulação encefálica, decorrente de uma lesão anatomopatológica nos vasos sanguíneos. O quadro clínico é variável, depende do local e extensão da lesão vascular, podendo comprometer estruturas sensoriais, motoras, cognitivas e perceptuais (GARANHANI et al., 2010;

PERMSIRIVANICH et al., 2009).

O AVE é uma doença que pode causar incapacidade funcional importante, parcial ou total (GARANHANI et al., 2010; PERMSIRIVANICH et al., 2009) e, dependendo da região acometida, do nível da lesão e da capacidade individual de recuperação, podem ocorrer incapacidades funcionais, temporárias ou permanentes e diminuição na QV (RODRIGUES et al., 2013).

O grau de incapacidade irá determinar o nível de dependência. Em geral, após a alta hospitalar, os familiares assumem o papel de cuidador (GARANHANI et al., 2010; PERMSIRIVANICH et al., 2009).

3 I O CUIDADOR

Cuidar significa dispor atenção e intervenção a um indivíduo, de modo a ter êxito no tratamento (AVELINO et al., 2013). É um ato que busca não apenas a cura da doença, mas vai além das necessidades básicas de cada ser humano. O cuidado envolve autocuidado, autoestima e autovalorização, preservando a dignidade da pessoa humana. Compreende o apoio e a paliação quando a cura já não é mais possível, além de amparo para o fim da vida, sem dores e sem sofrimento desnecessário (SILVA; SANTOS, 2010; JEDE; SPULDARO, 2009).

No entanto, o ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa cuidada vivenciam sentimentos diversos e contraditórios, como raiva, angústia, tristeza, irritação, choro, medo. Diante disso, precisam ser compreendidos e percebidos, para que ambos possam ser amparados da melhor maneira possível (AVELINO et al., 2013).

O cuidar é desafiador, porém necessário no contexto da enfermidade, tendo como consequência uma carga decorrente das dificuldades e dos desafios trazidos pela doença (PINTO; NATIONS, 2012).

O cuidador, por sua vez, atua como articulador da equipe de saúde para os cuidados, sendo o elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde. Por passar a maior parte do tempo com a pessoa doente, torna-se fundamental, pois é ele quem dá continuidade aos cuidados, seguindo orientações de agentes e profissionais de saúde (ARAÚJO et al., 2013).

Compete ao cuidador a realização de ações que atendam as necessidades do doente incapacitado. Ele deve auxilia-lo a satisfazer suas necessidades, melhorando sua condição de vida (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; SILVA, 2010).

Por tradição, o cuidado sempre esteve relacionado à intimidade familiar. Traços de reciprocidade e solidariedade foram construídos entre as diferentes gerações da família, percebida como uma proteção naturalizada pelos membros do grupo familiar (BATISTA; ARAÚJO, 2011). Logo, o cuidar está relacionado à cultura da sociedade e da própria família. Cada família possui sua história, hábitos, costumes, crenças. O ser humano possui o potencial de cuidar de si e do outro (RODRIGUES et al., 2013).

Normalmente o cuidado é prestado por um sistema de suporte informal, que inclui família, amigos, vizinhos, membros da comunidade; é prestado voluntariamente e sem remuneração (JEDE; SPULDARO, 2009).

A socialização familiar institui as mulheres como principais cuidadoras de pessoas mais vulneráveis, como forma de garantir as conformidades das práticas (BATISTA; ARAÚJO, 2011).

Especialmente para os mais velhos, a família é considerada o habitat natural da pessoa, ganhando importância em qualquer fase da vida. A combinação de limitações e doenças que possam reduzir sua capacidade funcional, atingem seu emocional. O medo de envelhecer e apropriar-se desse processo de envelhecimento, geralmente, causa grande resistência (BATISTA; ARAÚJO, 2011).

Nascimento et al. (2008) destacam que a família é quem melhor cuida do seu idoso e, em geral, só opta pela institucionalização caso não disponha de nenhum familiar que possa prestar os cuidados ou se o idoso está muito dependente, necessitando de cuidados especiais. Para os autores, há uma contradição na aceitação da institucionalização, que ora é vista como rejeição, por estar associada ao abandono, confinamento e exclusão social, e ora é vista como possibilidade, por fornecer cuidados que não podem ser executados no domicílio.

No entanto, a família propicia uma humanização da assistência e organização de um ambiente favorável para a recuperação do idoso, evitando hospitalizações e institucionalizações (NASCIMENTO et al., 2008).

Há, porém, casos em que a necessidade de cuidados é algo inesperado e os cuidadores encontram-se despreparados para lidar com esta situação. Nesses casos, programas de educação por meio de estratégias educativas sobre o modo de cuidar são necessários e importantes para a aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias ao cuidado (GUEDES; PEREIRA, 2013).

O desconhecimento da doença e a maneira de encarar sua evolução gera angústia e sofrimento para ambas as partes. A ausência de informações básicas está presente até mesmo em países desenvolvidos, nos quais o próprio paciente não sabe relatar o que acontece em seu organismo (PINTO; NATIONS, 2012). E é importante ressaltar que a doença não afeta apenas o indivíduo que sofre de uma condição aguda ou crônica, mas há um “efeito de contágio” que se estende às pessoas que estão ao seu redor (WITTENBERG; SAADA; PROSSER, 2013).

O cuidador vivencia os sentimentos do paciente: presencia a depressão, impaciência, agitação, falta de vontade de viver (PINTO; NATIONS, 2012). E a maneira com que os cuidadores lidam com situações estressantes do dia-a-dia, a maneira que percebem e lidam com os problemas influencia no seu bem-estar (FIALHO et al., 2012).

Oliveira e D’Elboux (2012) destacam quatro grupos temáticos relacionados ao cuidado: sobrecarga (física, mental e financeira), religiosidade/fé, dedicação/satisfação e solidariedade/empatia. Esses grupos representam aspectos que

merecem atenção dos profissionais/serviços de saúde, afim de garantir boas condições de vida e saúde aos cuidadores e qualidade do cuidado prestado.

Estudo sobre os efeitos de um programa de intervenção de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) administrado a cuidadores familiares de pacientes com demência evidenciou que, após intervenções semanais, houve redução dos níveis de depressão dos cuidadores. Embora não tenha sido uma mudança significativa, os autores destacam que há forte tendência para redução (ARAUJO FILHO et al., 2012). Neste mesmo estudo, os idosos também tiveram mudança no comportamento, percebendo melhora na qualidade de vida, o que pode estar associado ao fato de os cuidadores menos ansiosos serem capazes de cuidar mais adequadamente e perceberem as necessidades ambientais e comportamentais, além de terem aumentado seu limiar de tolerância.

Pinto e Nations (2012) destacam que é comum pacientes e cuidadores se apegarem a orações, religião e crenças, nas quais acreditam encontrar forças para superar as crises.

Além disso, a convivência do dia-a-dia com o idoso permite ao cuidador acompanhar a evolução dos sintomas e perceber as restrições nas atividades diárias (PINTO; NATIONS, 2012).

No entanto, nem sempre o cuidador é um familiar, sendo recomendado, quando se tratar de um estranho, que seja uma pessoa com princípios éticos e discrição, para não interferir na dinâmica familiar (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; SILVA, 2010).

O cuidador formal é aquele capacitado para auxiliar uma pessoa com limitações na realização de atividades e tarefas do cotidiano, fazendo elo entre a pessoa doente, a família e os serviços de saúde. É um trabalho remunerado, no qual a pessoa que presta assistência deve ter ensino fundamental, ser maior de idade e ter se submetido a treinamento específico, formado por uma instituição reconhecida; deve, ainda, gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis e possuir qualidade éticas e morais. Este cuidador é responsável por ajudar o idoso nas atividades de vida diária, administrar os medicamentos prescritos, auxiliar na deambulação e mobilidade, e organizar o ambiente, de modo a proporcionar segurança (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; SILVA, 2010).

Guedes e Pereira (2013) destacam que estes cuidadores não são tão ligados emocionalmente ao familiar, apresentam menos sobrecarga, sintomas físicos e morbidade psicológica. Os autores destacam, ainda, que o tempo de experiência do cuidador interfere na sua sobrecarga, ou seja, quanto maior o tempo como cuidador, menores são os níveis de sobrecarga encontrados, pois, com o tempo, os cuidadores adquirem habilidades e estratégias de enfrentamento para lidar e resolver os problemas.

Oliveira e Caldana (2012) lembram que os cuidadores podem vivenciar sentimentos que se contrapõem, configurando-se como agradáveis em alguns

momentos, e desagradáveis em outros. Há uma dualidade de reações que pode ser prejudicial à sua saúde. Para Savage e Bailey (2004), fatores como a situação financeira, o apoio social que recebido, as estratégias de enfrentamento que empregam e seu próprio senso de domínio ou autoestima podem interferir na saúde dos cuidadores, tornando-os propensos ao adoecimento.

Cuidadores mais jovens estão mais propensos a riscos de saúde mental do que adultos, que apresentam menos emoções negativas à medida que crescem (YIENGPRUGSAWAN; SEUBSMAN; SLEIGH, 2012). O sofrimento do doente crônico também pode influenciar no comportamento de seu cuidador, fazendo-se uma associação entre o sofrimento psíquico e as experiências emocionais. Principalmente pelo contato e intimidade, os cuidadores podem interpretar com mais facilidade expressões de dor em seus parceiros, reagindo fisiologicamente à expressão de dor do outro (MONIN; SCHULZ, 2009).

O baixo índice de escolaridade do cuidador tem impacto direto sobre a atividade de cuidar. A dificuldade em compreender o processo de doença do familiar ou a falta de acesso a serviços e informações podem gerar insegurança e consequentemente tensão emocional e estresse (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

A instabilidade financeira também pode agravar o impacto negativo do cuidar, somando-se como mais uma preocupação na adequação de tempo e dinheiro, tendo correlação significativa com depressão e desmoralização (SAVAGE; BAILEY, 2004).

Outro aspecto relevante é que os cuidadores, muitas vezes, vivem uma realidade privada em que deixam de sair com os amigos, participar de reuniões familiares e de viajar, dedicando-se às tarefas e sentimentos que envolvem o cuidar. Essas pessoas se dedicam integralmente ao cuidar, passando a 'viver a vida' do outro (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Os cuidadores temem o isolamento social, havendo influência do apoio sócio emocional de familiares e amigos, como forma de proteção a fatores negativos, como estresse e depressão (YIENGPRUGSAWAN; SEUBSMAN; SLEIGH, 2012). Estudo mostra que os cuidadores que possuem apoio social, tanto informalmente por vizinhos, amigos, família, grupos sociais ou formalmente, por profissionais e serviços especializados, relatam maior satisfação com a vida. Nesses casos, a qualidade do apoio é mais importante que a quantidade (SAVAGE; BAILEY, 2004).

Entretanto, no Brasil ainda são frágeis as estruturas de suporte social e de saúde aos cuidadores, especialmente os informais, às famílias e aos idosos. Há uma precária rede de saúde preventiva e de reabilitação de doenças crônicas, e o cuidador familiar executa seu papel de modo solitário, sem orientações suficientes e adequadas para desempenhar seu papel, o que os torna mais propensos a sofrer sobrecarga (OLIVEIRA et al., 2011).

Nagayoshi et al. (2018), destacam que a saúde mental dos cuidadores pode ser comprometida pela dificuldade financeira, falta de apoio social e dificuldades de enfrentamento. Por isso, é importante que cuidadores participem de atividades de

capacitação, grupos de apoio desenvolvidos pelos serviços de saúde.

4 I CONCLUSÃO

O envelhecimento da população brasileira favoreceu o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, capazes de comprometer a independência dos idosos e limitar a realização das atividades da vida diária. A debilidade funcional exige a presença de um cuidador, que pode ser formal ou informal. As relações do cuidador com o idoso e o convívio com as limitações e a evolução da doença podem causar sobrecarga e comprometer a saúde dos cuidadores. Como a qualidade da assistência prestada pelos cuidadores depende, entre outras coisas, da sua saúde mental, é necessário que se estabeleça um sistema capaz de dar suporte social e de saúde, atendendo as necessidades destes trabalhadores. Estudos que explorem o conhecimento sobre as vivências e necessidades dos idosos dependentes e de seus cuidadores poderão favorecer a criação de políticas e implementação de ações que aprimorem a atenção à saúde dos idosos dependentes e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R. **Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>. Acess on 2019 May 21.

ARAUJO FILHO, P. P. et al. **Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 70, n. 10, p. 786-792, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012001000007>. Acesso em: 18 mai. 2019.

ARAÚJO, C. M. et al. **Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar**. Rev. Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 98-110. 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12926/10161>. Acesso em: 18 mai. 2019.

AVELINO, A. C. A. et al. **O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família**. Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. 3, n. 9, p. 75-83, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1291>**.** Acesso em: 18 mai. 2019.

BATISTA, A. S.; ARAUJO, A. B. **Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência**. Soc. estado., Brasília, v. 26, n. 1, p. 175-195, 2011. disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922011000100009>. Acesso em: 18 mai. 2019.

BORGES, P. S.; MARINHO FILHO, L. E. N.; MASCARENHAS, C. H. M. **Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.41-50, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a05v13n1.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.

DARIO, A. B. et al. **Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide**. Motri., Vila Real, v. 6, n. 3, p. 21-30, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2010000300004>. Acesso em: 18 mai. 2019.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. **Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do**

Sul. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159-1165, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500010>. Acesso em: 20 mai. 2019.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. **Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>. Acesso em: 20 mai. 2019.

FIALHO, P. P. A. et al. **Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 70, n. 10, p. 786-792, 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012001000007>. Access on 20 May 2019.

GARANHANI, M. R. et al. **Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho**. Acta Fisi**átrica, São Paulo, v.** 17, n. 4, p. 164-168, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103385>. Acesso em: 20 mai. 2019.

GOELDNER, I. et al. **Artrite reumatoide**: uma visão atual. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000500002>. Acesso em: 20 mai. 2019.

GRATÃO, A. C. M. et al. **Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>. Acesso em: 20 mai. 2019.

GUEDES, A. C.; PEREIRA, M. G. **Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 06 telas, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0935.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRA DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Evolução dos grupos etários 2000-2030**. 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 18 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php>. Acesso em: 18 mai. 2019.

JEDE, M.; SPULDARO, M. **Cuidado do idoso dependente no contexto familiar**: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.375>. Acesso em: 18 mai. 2019.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. **Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência**: uma revisão sistemática. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000400009>. Acesso em: 18 mai. 2019.

LOUREIRO, L. S. N. et al. **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos**: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1133-1140, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1129.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MONIN, J. K.; SCHULZ, R. **Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships**. Psychol Aging., v. 24, n. 3, p. 681-695, 2009. Available from: <http://doi.org/10.1037/a0016355>. Access on 20 May 2019.

MORAIS, H. C. C. et al. **Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 10 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_17.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MOTA, L. M. H. et al. **Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide**. Rev Bras Reumatol., v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200002>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MOURA, M. C. et al. **Perfil dos pacientes com manifestações extra-articulares de artrite reumatoide de um serviço ambulatorial em Curitiba, Sul do Brasil**. Rev. Bras. Reumatol., v. 52, n. 5, p. 679-694, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000500004>. Acesso em: 20 mai. 2019.

NAGAYOSHI, B. A. et al. **Artrite reumatoide**: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170103. Acesso em: 20 mai. 2019.

NASCIMENTO, L. C. et al. **Cuidador de idosos**: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>. Acesso em: 20 mai. 2019.

NOVAES, G. S. et al. **Correlação de fadiga com dor e incapacidade na artrite reumatoide e na osteoartrite, respectivamente**. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo, v. 51, n. 5, p. 451-455, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000500005>. Acesso em 20 mai. 2019.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. **As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer**. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>. Acesso em: 20 mai. 2019.

OLIVEIRA, D. C. et al. **Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-240, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200003>. Acesso em: 20 mai. 2019.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. **Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos**: revisão integrativa. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>. Acesso em 21 mai. 2019.

PERMSIRIVANICH, W. et al. **Factors Influencing Home Modification of Stroke Patients**. J Med Assoc Thai., v. 92, n. 1, p. 46-58, 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19260250>. Acess on 2019 May 21.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. **Cuidado e doença crônica**: visão do cuidador familiar no nordeste brasileiro. Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n2/a25v17n2.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

REESE, J. B. R. et al. **Pain and Functioning of Rheumatoid Arthritis Patients based on Marital Status**: Is a Distressed Marriage Preferable to no Marriage?. J Pain., v. 11, n. 10, p. 958-64, 2010. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.01.003>. Acess on 2019 May 21.

RODRIGUES, R. A. P. et al. **Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 216-224, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027. Acesso em: 21 mai. 2019.

SARKIS, S. et al. Association between osteoporosis and rheumatoid arthritisin women: a cross-sectional study. Sao Paulo Med. J., São Paulo, v. 127, n. 4, p. 216-222, 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802009000400007>. Acess on 2019 May 21.

SAVAGE, S.; BAILEY, S. **The impact of caring on caregivers' mental health**: A review of the literature. Aust Health Rev., v. 27, n. 1, p. 103-109, 2004. Available from: <https://doi.org/10.1071/AH042710111>. Acess on 2019 May 21.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. **Cuidados aos idosos institucionalizados** - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 23, n. 6, p. 775-781, 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600010. Acesso em: 21 mai. 2019.

SILVA, V. **Qualidade de vida do idoso**: cuidado do idoso, dever de quem? Rev. Espaço Acadêmico, Maringá, v. 10, n. 110, p. 138-146, 2010. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9226/5788. Acesso em: 21 mai. 2019.

VILSTEREN, M. V. et al. **An intervention program with the aim to improve and maintain work productivity for workers with rheumatoid arthritis**: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. BMC Public Health, v. 12, n 496. p. 1-9, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-496>. Acess on 2019 May 21.

WITTENBERG, E.; SAADA, A.; PROSSER, L. A. **How illness affects family members**: a qualitative interview survey. Patient, v. 6, n. 4, p. 257-268, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0030-3>. Acess on 2019 May 21.

YIENGPRUGSAWAN, V.; SEUBSMAN, S.; SLEIGH, A. C. **Psychological distress and mental health of Thai caregivers**. Psychol Well Being., v. 2, n. 4, p. 1-11, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3575567/pdf/emss-50630.pdf>. Acess on 2019 May 21.

CAPÍTULO 20

DESAFIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS

Miriam Juliana Lanzarini Lacerda
Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), *campus* Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) – Coari/AM, Brasil

Andréia Marinho do Nascimento
Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), *campus* Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) – Coari/AM, Brasil

Cleane Martins Brasil
Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), *campus* Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) – Coari/AM, Brasil

Grace Anne Andrade da Cunha
Enfermeira. Doutoranda USP. Mestra em Educação para a Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), *campus* Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) – Coari/AM, Brasil

RESUMO: A prática de campo, como estratégia de ensino, permite ao acadêmico formar e aprimorar suas competências profissionais, através da prestação de cuidados vivenciados de forma real a que os indivíduos se encontram inseridos. Neste contexto, os cuidados a saúde das populações ribeirinhas do Amazonas, são peculiares, considerando o modo de vida e o processo saúde-doença com morbidades típicas da região. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivenciada na prática de campo por acadêmicos de enfermagem em duas comunidades ribeirinhas de Coari – Amazonas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, cujas atividades de prática de campo foram vivenciadas por acadêmicos de enfermagem do terceiro ano do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, *campus* Coari, na disciplina de Saúde Coletiva II em novembro de 2017. A atividade acadêmica envolveu visitas domiciliares em todas as residências, seguido por diversas ações de saúde. As experiências vivencias oportunizaram aos acadêmicos a compreensão de aspectos peculiares da vida ribeirinha, suas necessidades de saúde e o enfrentamento diário das limitações de acesso a informação e educação para a saúde, levando a um novo olhar crítico e conhecimentos regionais antes desconhecidos aos futuros enfermeiros.
PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Enfermagem; Visita domiciliar.

CHALLENGES OF NURSING PRACTICE IN RIBEIRINHAS COMMUNITIES IN THE INTERIOR OF AMAZONAS

ABSTRACT: The field practice, as a teaching strategy, allows the academic to train and improve their professional skills, through the

provision of real lived care to which individuals are inserted. In this context, the health care of the riverside populations of the Amazon is peculiar, because considering the way of life and the health-disease process with typical morbidities of the region. The objective of this study was to report the experience in field work by nursing students in two riverside communities of Coari - Amazonas. This is a descriptive study, experience-type, whose field practice activities were carried by students of the third year of the nursing course of the Federal University of Amazonas, Coari campus, in the discipline of Collective Health II in November 2017. The academic activity involved home visits in all residences, followed by several health actions. The experiences lived by academics provided the understand of peculiar aspects of riverside life, their health needs and the daily confrontation of limitations of access to information and education for health; thus, the study resulted in a new critical eye and regional knowledge previously unknown to future nurses.
KEYWORDS: Health Education; Nursing; House Calls.

1 I INTRODUÇÃO

O bom exercício da profissão de Enfermagem, além da vocação e talento, requer dedicação e empenho durante a sua formação para a construção da ética profissional, do conhecimento teórico e da habilidade técnica. Sendo assim, a prática de campo permite ao acadêmico formar e aprimorar suas competências profissionais, através da prestação de cuidados vivenciados de forma real a que os indivíduos se encontram inseridos (RODRIGUES et al, 2015).

Considerando o processo saúde e doença, o modo de ocorrência de diferentes morbidades e as peculiaridades de cada região, é importante a problematização, reflexão e discussão destes processos durante a formação profissional. Neste contexto, a realização da prática de campo da disciplina em Saúde Coletiva em cursos de graduação na área da saúde visa, entre outros objetivos, problematizar a saúde e discutir a organização da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (QUERINO, 2015).

O contexto cultural, os valores e crenças, a complexidade da saúde e doença em populações diferentes, podem ser compreendidos quando vivenciados, e assim, formuladas estratégias para ações de saúde com intervenções diretas e expandindo e compartilhando seus conhecimentos através das práticas educativas visando a promoção e prevenção de doenças, respeitando e valorizando o modo de vida das populações. Através desses princípios é possível identificar desafios peculiares para as equipes de saúde que atuam com populações ribeirinhas (moradores na floresta ao longo do curso dos rios) do Amazonas, considerando à baixa densidade demográfica, a dispersão demográfica e limitações severas de acesso aos serviços de saúde (GAMA et al, 2018).

O termo ribeirinho refere-se a qualquer população que reside às margens dos rios, sendo referência de população tradicional da Amazônia, devido suas peculiaridades,

costumes e crenças (FRANCO et al, 2015). As populações ribeirinhas carregam uma forte herança dos povos indígenas, tendo hábitos alimentares diferenciados, fazendo uso de plantas medicinais, a agricultura e a pesca se tornam seu principal meio de subsistência (GAMA et al., 2018; FRANCO et al., 2015).

As comunidades ribeirinhas encontram-se isoladas com diversas limitações de: deslocamento; dificuldades de acesso aos serviços de saúde; saneamento básico; educação; aos meios de comunicação e à aquisição de bens de consumo. Também enfrentam dificuldades devido ao distanciamento de outros moradores, já que a distância entre as casas podem chegar até a 2.000 metros (FRANCO et al., 2015; LIRA, 2015), e o acesso à área urbana pode superar 500 km de distância, percorridos em vários dias por via fluvial (GAMA et al., 2018). Contudo, com a implementação da Política Nacional de Atenção Básica, pelas portarias do Ministério da Saúde nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, foi possível observar alguns avanços com a criação de equipes e unidades de apoio às populações ribeirinhas da Amazônia brasileira.

Nesta perspectiva, a formação de recursos humanos qualificados para atuarem neste novo modelo de saúde, deve considerar as peculiaridades da região e conhecer o modo de vida operante das populações. Para tanto, a Universidade Federal do Amazonas, em seu campus avançado no município de Coari, vem desenvolvendo ações importantes na qualificação de recursos humanos, sensíveis as características regionais do interior do Amazonas. Desta maneira, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivenciada na prática de campo por acadêmicos de enfermagem em duas comunidades ribeirinhas de Coari – Amazonas.

2 I MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que consiste em relatar a experiência da prática de campo vivenciada por acadêmicos de Enfermagem do 6º semestre, da disciplina Saúde Coletiva II, do curso de graduação da Universidade Federal do Amazonas *campus* Coari/AM, realizada entre os dias 13 à 16 de novembro de 2017, nas comunidades ribeirinhas São Pedro da Vila Lira e Esperança I, localizadas no interior do município na região do Médio Solimões, Coari-Amazonas.

O município de Coari está localizado no interior do estado do Amazonas, na região Norte do país, às margens do Rio Solimões, possuindo uma área de 57.921 km², com densidade demográfica de 1,4 habitantes por Km², à 363 km de distância de Manaus. O número estimado de habitantes do município de Coari em 2016 foi de 83.929, sendo o quinto município mais populoso do estado (IBGE, 2016). Cerca de um quarto dos habitantes do município de Coari, vivem na zona rural – áreas ribeirinhas.

As comunidades de São Pedro da Vila Lira e Esperança I estão localizadas na região do médio Solimões, a cerca de 13 km e 17 km respectivamente da sede do município. A comunidade de São Pedro da Vila Lira é composta em média por

54 famílias, concentradas no núcleo da comunidade e áreas adjacentes, povoada na década de 80, sendo considerada área de terra firme. A comunidade Esperança I possui em média 95 famílias, foi povoada na década de 60 por oito famílias que decidiram residir nestas terras, caracterizada por área de várzea, sofrendo com ações das cheias.

Tais comunidades exibem como principal fonte de renda a pesca e a agricultura de subsistência. O esgoto é descartado à céu aberto, não possuindo fossas sépticas nas residências. Durante a ação na comunidade, constatou-se que a água para consumo é proveniente dos rios e de poços artesianos feitos próximo às residências, e em muitas casas é consumida sem tratamento.

A prática de campo foi desenvolvida por 02 docentes enfermeiros e 33 acadêmicos do curso de Enfermagem, após articulação e parceria com a secretaria municipal de saúde de Coari/AM. O modo de acesso até as comunidades foi por via fluvial. Neste sentido, utilizou-se embarcação de médio porte de dois andares com capacidade média de 60 pessoas e com apoio de 03 tripulantes (comandante do barco, auxiliar de convés e cozinheiro), em parceria com o Governo Municipal local. No primeiro andar estavam localizadas a cozinha, mesa para refeição, banheiro e espaço para a distribuição das redes dos passageiros. No segundo andar havia 4 camarotes (quartos privativos) com camas e banheiros privativos.

A universidade forneceu ajuda de custo individual aos acadêmicos, a qual parte, foi destinada para a aquisição de produtos de uso pessoal e equipamentos de proteção individual (botas cano longo, repelentes, mosquiteiros, capa de chuva, calça de napa, colher, prato, produtos de higiene, etc), alimentos, água potável, combustível para funcionamento do barco (600 litros de diesel) e do gerador de energia (62 litros de gasolina). Um kit de primeiros socorros, também foi organizado prevendo possíveis problemas de saúde e disposto em um dos camarotes.

Quanto às atividades de campo, os acadêmicos formaram duplas e trios, dentre os quais, desenvolveram atividades práticas com os comunitários nos períodos diurno e noturno por meio de ações educativas. As atividades desenvolvidas no período diurno foram: visita domiciliar com base na Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, utilizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) local, a fim de identificar previamente as famílias a serem visitadas; atualização do Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar, assim como Educações em Saúde de forma individualizada, coletiva e em rodas de conversas (Figura 1).

Figura 1 – Organograma das atividades desenvolvidas. Coari, Amazonas novembro de 2017.

Para todas as ações, foram utilizados termos populares para facilitar a discussão e compreensão dos temas, respeitando a faixa etária do público alvo. Vale ressaltar, que no contexto ribeirinho, as condições financeiras são quase sempre limitadas e que intervenções como educação e saúde, são estratégias que podem contribuir com a população, prevenindo potenciais riscos à saúde (GAMA et al., 2018).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os ribeirinhos foram convidados a participar voluntariamente das ações de saúde promovidas pelos alunos de enfermagem através do anúncio prévio realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) das comunidades visitadas. Desta forma, foi possível estabelecer uma relação de confiança e segurança para o melhor aproveitamento das atividades propostas junto aos comunitários. De forma que, os resultados só foram alcançados mediante envolvimento de todos, mostrando a coletividade, solidariedade e proximidade do grupo.

No total, foram visitadas 69 famílias (total de 311 pessoas), 31 na comunidade São Pedro da Vila Lira e 38 na comunidade Esperança I. Para acessar as residências, foi necessário percorrer longas distâncias a pé por trilhas entre as matas, o que possibilitou constatar que em ambas comunidades possuíam dificuldades de acesso às residências, por serem muito dispersas entre as outras**.** Foi possível observar também a falta de saneamento básico, com esgoto à céu aberto ou fossas negras, precárias condições de higiene corporal e das residências, analfabetismo elevado e pouco conhecimento sobre o processo saúde-doença da população. A maioria das residências eram feitas de madeira e com um grande número de moradores, principalmente por crianças e adolescentes.

Optou-se por iniciar as atividades com Visitas Domiciliares (VD) em cada residência, a fim de levantar as necessidades de saúde de forma individualizada de cada família. Essa estratégia foi escolhida por facilitar a promoção da saúde da comunidade, pois os ribeirinhos sofrem com a dificuldade de implantação de políticas públicas, principalmente em relação a saúde e educação, tendo a disponibilidade

de atendimento de saúde limitado (BÔAS, 2016). Além disto, pode ser uma ótima ferramenta ou instrumento de aproximação entre o profissional, usuário, a família e a comunidade, estabelecendo uma relação mútua de confiança, permitindo o cuidado com a saúde de forma integral, humanizada e acolhedora, atua ainda como facilitadora do abandono de comportamentos de riscos e adoção de estilo de vida mais saudável (RODRIGUES, 2011).

Durante a VD, foram observadas várias problemáticas de saúde, porém o que chamou mais a atenção foi o desconhecimento sobre formas de tratamento da água para consumo em quase todas as residências e o grande número de crianças na comunidade. Durante o reconhecimento da comunidade, observou-se que a maioria dos moradores retiravam a água para consumo de uma cacimba (nascente), localizada em terreno alagadiço e abaixo do nível da comunidade, sem qualquer proteção do leito da água. Além disso, foi constatada a baixa disponibilidade de solução de hipoclorito de sódio a 2,5%, distribuída pelo Ministério da Saúde em frascos de 50 ml, recomendada para o tratamento da água para consumo ou o uso incorreto do mesmo.

Diante do exposto, os responsáveis adultos das famílias visitadas foram orientados quanto à dosagem e indicações corretas de uso do hipoclorito e seus benefícios; sobre a fervura da água na ausência de hipoclorito, assim como, sobre a importância do armazenamento em recipiente limpo e adequado para o consumo humano. Vale ressaltar, que o tratamento inadequado da água pode favorecer o acometimento de doenças de veiculação hídrica, além de estar relacionado às baixas condições socioeconômicas, o que eleva a prevalência dessas doenças, através do consumo de água e de alimentos contaminados por coliformes fecais ou por contato com animais domésticos hospedeiros de parasitas (CARVALHO, 2013).

No contexto amazônico, as populações ribeirinhas estão muito vulneráveis e desprovidas de políticas públicas eficazes e efetivas nestas regiões, associadas às precárias condições de habitação, falta de saneamento e de água potável, visto que essas infecções parasitárias, que demandam baixo custo de prevenção, podem evoluir para severos quadros de desnutrição e de anemia na população infantil e comprometendo o seu desenvolvimento (SILVA et al, 2014).

Neste cenário, foi possível observar impactos sociais e econômicos importantes, sobre a vida da população ribeirinha, pois quando doentes, em casos graves, é necessário destinar recursos financeiros para o deslocamento até a zona urbana para possibilitar o acesso aso serviços de saúde e aquisição de medicamentos. Além disto, poderá impactar diretamente na produção das atividades econômicas e de subsistência da família, as quais são fortemente baseadas na agricultura, pesca, entre outras atividades que deixariam de ser realizadas, pelo deslocamento e estadia da família na zona urbana.

Visando alcançar um número maior de comunitários e contribuir com a diminuição dos agravos de saúde em crianças e adolescentes, optou-se pela realização da

educação em saúde nas escolas municipais das comunidades, considerando o tema mais apropriado para cada faixa etária. Ressaltando que, o enfermeiro dentro das suas atribuições, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, pode realizar educação em saúde para os comunitários em todas as fases da vida, tanto nas Unidade Básicas de Saúde, como nas residências e em outros ambientes de uso coletivo da comunidade, como escolas, associações comunitárias, igrejas, etc, mediante ação planejada da equipe, com o objetivo de estimular autonomia do cuidado individual, coletivo e intervenção no processo de saúde-doença destes (BRASIL, 2017).

No período matutino, foram feitas orientações às crianças sobre higiene corporal e bucal com a utilização de objetos lúdicos (maquetes de boca e escova dental) e distribuição de um quite com uma escova e um creme dental para cada criança. Além de demonstração da lavagem das mãos, com destaque na eficácia contra a propagação de várias doenças infectocontagiosas. O hábito de usar água e sabão para lavagem das mãos é eficaz não somente para a remoção de sujidades e células mortas do corpo, mas também para prevenção e redução de infecções cruzadas (MOTA et al, 2014).

Nesta ação, deu-se ênfase às crianças, por serem mais vulneráveis e dependentes de cuidados de seus responsáveis. Visto que, na maioria das vezes, ainda não compreendem totalmente os riscos para a sua saúde como comer frutos sem lavar adequadamente, não possuírem o hábito de lavar as mãos antes das refeições e após as necessidades fisiológicas (CARVALHO, 2013). Portanto, orientá-las sobre este tema ainda jovens, pode-se criar uma consciência precoce sobre um método de autocuidado simples para prevenção de enteroparasitoses.

No período vespertino, as palestras foram voltadas para os adolescestes com foco na prevenção da transmissão sexual do Papilomavírus Humano (HPV) e uso correto do preservativo. Nesta ação, utilizou-se um banner com fotos ilustrativas e perguntas abertas simples para estimular a participação dos jovens sobre dúvidas recorrentes quanto as características da doença, formas de transmissão, e uso correto dos preservativos masculinos e femininos, com ênfase na ação contraceptiva e de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A participação dos adolescentes foi produtiva, revelando uma estratégia eficaz na produção de conhecimento e promoção da saúde, além de permitir a interação de forma dinâmica ao tema abordado e proporcionando esclarecimentos de dúvidas recorrentes (RIZZO et al., 2016).

De forma complementar, no período noturno, a comunidade foi convidada a participar de uma Atividade Curricular de Extensão (ACE) da UFAM, de autoria de um dos docentes da equipe, intitulada Cine Ribeirinho, que propôs a exibição de um filme para entretenimento dos comunitários. O local escolhido para passagem do filme foi o pátio da escola, e contou com a presença em grande número de pessoas na ação. Durante a exibição, foram feitas pausas para exposição de vídeos

educativos de curta duração sobre prevenção de enteroparasitoses e tratamento de água, o qual teve excelente aceitação entre os participantes.

Através das ações educativas desenvolvidas, foi possível perceber a necessidade de ações de promoção à saúde nas populações visitadas, buscando prevenção de doenças e melhorias na qualidade de vida dos ribeirinhos, pois a maioria das doenças prevalentes nestas regiões pode ser evitada. Deste modo, ao realizar as atividades de educação em saúde para a população ribeirinha, pode-se observar a deficiência e carência de informações sobre diversos temas de saúde. O diálogo entre palestrantes e ouvintes, com relatos de experiências e esclarecimento de dúvidas, evidenciou que a escolha dos métodos didáticos utilizados favoreceu a adesão e participação às programações.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de campo no ensino de enfermagem, realizada em comunidades ribeirinhas do Amazonas, proporcionou relevante conhecimento sobre aspectos peculiares sobre o modo de vida e sobre cuidados de saúde vivenciadas por estas populações. Além disso, esta experiência ajudou a preparar os futuros profissionais enfermeiros para atuarem em contextos distintos, inserindo-os na realidade local para a vivência em lócus.

Desta maneira, as atividades desenvolvidas contribuíram para que os acadêmicos tivessem um olhar diferenciado para a saúde ribeirinha, considerando sua complexidade, os diferentes contextos de acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde disponíveis pelo SUS.

REFERÊNCIAS

BÔAS, L. M. S.; OLIVEIRA, D. C. **A Saúde nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira: Revisão Sistemática da Literatura.** 5º Congreso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, V. 2, p. 1386-1395, dias do evento 12-14 jul, 2016. https://docplayer.com.br/47554093-A-saude-nas-comunidades-ribeirinhas-da-regiao-norte-brasileira-revisao-sistematica-da-literatura.html. Acesso em 20 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Diário Oficial da União, 2011. https://www.jusbrasil.com.br/diarios/31709751/dou-secao-1-24-10-2011-pg-48?ref=goto. Acesso em 28 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.490, de 21 de outubro de 2011.** Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério do Estado da Saúde, Brasília-DF,

Diário Oficial da União, 2017. https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68. Acesso em 26 de abril de 2019.

CARVALHO, N. E. D. S.; GOMES, N. P. **Prevalência de enteroparasitoses em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos na escola pública Melvin Jones em Teresina-PI**. Revista Interdisciplinar, v. 6, ed. 4, p. 95-101, 2013.

FRANCO, E. C. et al. **Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência.** Revista CEFAC, v. 17, ed. 5, p. 121-130, 2015.

GAMA, A. S. M. et al. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil.** Caderno de saúde pública, v. 34, ed. 2, 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Sinopse do censo demográfico de 2010.** Rio de Janeiro, 2016. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/coari/panorama. Acesso em 5 de abril de 2019.

LIRA, T. M; CHAVES, M. P. S. R. **Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política.** Revista Internacional de Desenvolvimento Local (Campo Grande), v. 17, ed. 1, p. 66-76, 2015.

MOTA, E. C. et al. **Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 4, ed. 1, 2014.

QUERINO, R. A.; SILVA, L. C. C. M; ASSUNÇÃO, L. M. **Aprendizados em Saúde Coletiva: Contribuições da Rede SUS para a formação de acadêmicos.** VIII Encontro de Pesquisa em Educação, Dias do evento 22-24 set, 2015. https://www.uniube.br/eventos/epeduc/2015/completos/50.pdf. Acesso em 14 de março de 2019.

RIZZO, E. R. et al. **Vacina do HPV - o conhecimento das adolescentes a respeito do Papiloma vírus Humano: um relato de experiência.** Revista Pró-UniverSUS, v. 7, ed. 2, p. 10-12, 2016.

RODRIGUES, J. Z. et al. **A importância da aula prática na formação do profissional de enfermagem: Um relato de experiência.** Revista Panorâmica On-Line, v. 19, p. 99-110, 2015.

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA. S. S.; PEDROSA, J. I. S. **Visita domiciliar como objeto de reflexão.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, v. 4, ed. 3, p. 44-47, 2011. https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev1_v4n3..pdf. Acesso em 20 de abril de 2019.

SILVA, A. M. B. et al. **Ocorrência de enteroparasitoses em comunidades ribeirinhas do Município de Igarapé Miri, Estado do Pará, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 5, ed. 4, p. 45-51, 2014.

CAPÍTULO 21

DIAGNOSTIC CONDUCT AND MANAGEMENT OF NEONATAL SEPSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Álef da Silva Amorim
Students of the course of Medicine of the University Center Uninta
Sobral- CE

Sara Oliveira da Silva
Students of the course of Medicine of the University Center Uninta
Sobral- CE

Vasti Léia da Silva Lima
Students of the course of Medicine of the University Center Uninta
Sobral- CE

Peter Richard Hall
Mentor and lecturer of the course of Medicine of the University Center Uninta Sobral-CE.

ABSTRACT: Introduction: Neonatal sepsis is divided into neonatal infection: early when associated with maternal origin and likely diagnosed within 72 hours after birth, and later, which is the form associated with the hospital with the diagnosis after 72 hours. Neonatal sepsis is a leading cause of death in infants, especially premature infants who are more susceptible to infections than children in others ages. **Objectives:** To perform a systematic review of the current data on the diagnostic behavior and proper management of neonatal sepsis. **Methods:** The study consists of a literature review, held in the database PubMed Central: PMC and Scielo, with the search algorithm "neonatal", "sepsis" and "morbidity". The following filters were used: "last five years" and "humans". Articles published between 2013 and 2017, published in English, Portuguese and Spanish, available in full text format were included. We excluded studies that do not refer to sepsis in the neonate and that define the definition of late neonatal sepsis as that which occurs 48 hours after birth. **Results and Discussion:** Blood culture is the gold standard for the diagnosis of neonatal sepsis. Ampicillin and gentamicin were allocated as the first choice of the initial antimicrobial regimen for neonatal infections. Third generation cephalosporins should be used severely. The use of antiviral and antifungal agents may reduce mortality and morbidity due to specific viral and fungal disease. **Conclusion:** We conclude that the gold standard for the diagnosis of neonatal sepsis continues to be blood culture. Ampicillin and gentamicin are the first choice for treatment.
KEYWORDS: Neonatal. Sepsis. Morbidity.

CONDUTA DIAGNÓSTICA E MANEJO DA SEPSE NEONATAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO: Introdução: A sepse neonatal é dividida em infecção neonatal: precoce quando

associada à origem materna e provavelmente diagnosticada até 72 horas após o nascimento, e posteriormente, que é a forma associada ao hospital com o diagnóstico após 72 horas. A sepse neonatal é uma das principais causas de morte em bebês, especialmente bebês prematuros que são mais suscetíveis a infecções do que crianças em outras idades. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática dos dados atuais sobre o comportamento diagnóstico e manejo adequado da sepse neonatal. **Métodos:** O estudo consiste em uma revisão de literatura, realizada na base de dados PubMed Central: PMC e Scielo, com o algoritmo de busca "neonatal", "sepsis" e "morbidade". Os seguintes filtros foram utilizados: "últimos cinco anos" e "humanos". Incluíram-se artigos publicados entre 2013 e 2017, em inglês, português e espanhol. Foram excluídos os estudos que não se referem à sepse no neonato e trazem a definição de sepse neonatal tardia como aquela que ocorre 48 horas após o nascimento. **Resultados e Discussão:** A hemocultura é o padrão ouro para o diagnóstico de sepse neonatal. Ampicilina e gentamicina foram alocadas como a primeira escolha do regime antimicrobiano inicial para infecções neonatais. As cefalosporinas de terceira geração devem ser usadas rigorosamente. O uso de agentes antivirais e antifúngicos pode reduzir a mortalidade e a morbidade devido à doença viral e fúngica específica. **Conclusão:** Concluímos que o padrão ouro para o diagnóstico da sepse neonatal continua sendo a hemocultura. Ampicilina e gentamicina represemta a primeira escolha para o tratamento.
PALAVRAS-CHAVE: Neonatal. Sepse. Morbidade.

1 I INTRODUCTION

Neonatal sepsis is defined as a systemic response to infection, characterized by a clinical syndrome with different manifestations. Such syndrome is divided into early and late neonatal infection, being this associated with the probable maternal origin and diagnosed within 72 hours after birth, and the latter associated with the hospital environment, being diagnosed after 72 hours. Neonatal sepsis is one of the main causes of death of newborns worldwide. It is one of the factors that contributes most to the increase of the neonatal mortality rate. The incidence of neonatal early-onset sepsis has declined with the widespread use of intrapartum antibiotic therapies, yet early-onset sepsis remains a potentially fatal condition, particularly among very low-birth weight infants.

The clinical manifestations of the newborn are nonspecific, with maternal and neonatal risk factors for suspected sepsis and for initiating the investigation. Differential signs of septicemia in the neonate are difficult to recognize and the disease is often at an advanced stage when the newborn is brought to the health care provider's attention. The risk factors associated with sepsis, especially the late sepsis, include: prematurity (immaturity of the immune system), invasive procedures performed at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), use of prolonged mechanical ventilation, antibiotic therapy, long hospital stay and hospital infection prevention standards.

Globally, 3.1 millions of neonates die per year, 12% of them due to sepsis or

meningitis. Neonates are at risk to acquire infections, especially preterm and low-birth-weight newborns. In addition to the high morbidity and mortality associated with neonatal sepsis, these patients are at high risk for long-term disabilities, particularly neurodevelopment impairment.

Therefore, several interventions, including intravenous immunoglobulin, glutamine, anti-staphylococcal monoclonal antibodies and granulocyte/granulocyte-macrophage colony-stimulating factors have been evaluated for reduction in rates of neonatal sepsis, but have not shown efficacy.

Newborns, especially preterms, are more susceptible to infections than children at any other age period. Innate immunity is affected by impaired cytokine production, decreased expression of adhesion molecules in neutrophils and a reduced response to chemotactic factors. Also, transplacental passage of antibodies starts during the second trimester and achieves its maximal speed during the third trimester. As a result, most preterm newborns have significantly reduced humoral responses. Cytotoxic T-cell activity is also impaired during the newborn period. The multiple skin punctures and invasive procedures that preterm newborns commonly undergo increase even more the risk of infections in this population.

Due to the association with high rates of morbidity and mortality, appropriate empirical antibiotic therapy of immediate onset as initial management in the therapeutic management of sepsis is justified. Knowledge of both common pathogens that cause septicemia and antimicrobial susceptibility is essential in selecting the appropriate treatment. As the completion of the diagnosis of sepsis is difficult empirical therapy begins until it can confirm or rule out such injury.However, there has been an increase in the prevalence of sepsis in less developed countries with poorer health, which can be explained by the increase in antimicrobial resistance as a result of inadequate treatment.

During the analysis of the studies, we verified that one of the great challenges for the proper management of cases of neonatal sepsis is the lack of consensus regarding the diagnostic protocols, making the medical decision process difficult, since there is a divergence between the guidelines on when and how to start the correct therapy.

The objective of this article is the review of established concepts and the search for current data about the diagnostic behavior and proper management of neonatal sepsis.

2 I METHODS

Kind of study

This research is a systematic review and aims to select studies and promote an

up-to-date overview of diagnostic management and proper management of neonatal sepsis. And it was elaborated from its classic structure, with the following stages:

- Identification of the theme and formulation of the guiding question;
- Research in the literature and selection of studies found;
- Analysis of included studies and interpretation of results;
- Review of the report and summary of knowledge.

The proposed theme is relevant because it allows to acquire management knowledge about neonatal sepsis, promoting a better qualification of pediatric health professionals.

From this, the guiding question was formulated, which was applied as a theoretical basis parameter for the development of this article. Thus, the following question was defined: "What are the established concepts about the diagnosis and therapeutic management of neonatal sepsis?"

The bibliographic research was carried out in the PubMed Central: PMC and Scielo database, considering the scope of worldwide access of such platforms and their due recognition in scientific circles. The search algorithms were «neonatal sepsis» AND «diagnosis» AND «management». And, the following filters were used: «last five years», seeking a greater update on the subject and, «human» because it corresponds with greater credibility to the object of study. No language restrictions were applied, in view of the contemplation of a greater scope of data.

Criteria for eligibility

We will include articles published between 2013 and 2017, published in English, Portuguese and Spanish, available in full text format. We will also select studies that address the factors that define the morbimortality of neonatal sepsis, as well as the treatment modalities that prevail worldwide.

We will exclude studies that do not refer to sepsis in the neonate and which present the definition of late neonatal sepsis as that which occurs 48 hours after birth.

3 I RESULTS

In figure 1, we present the flow diagram, as recommended by the PRISMA statement showing the process of selecting the studies included in our analysis. Specifically, our research identifies a total of 236 articles (after remover as duplicates). According to titles and abstracts, 79 of them were selected for further evaluation. After a review of the full text, 35 were eligible for inclusion in our review. All articles were identified as diagnostic accuracy studies, unmanaged approach and declare this research goal in the introduction. The papers have been published in the last five years.

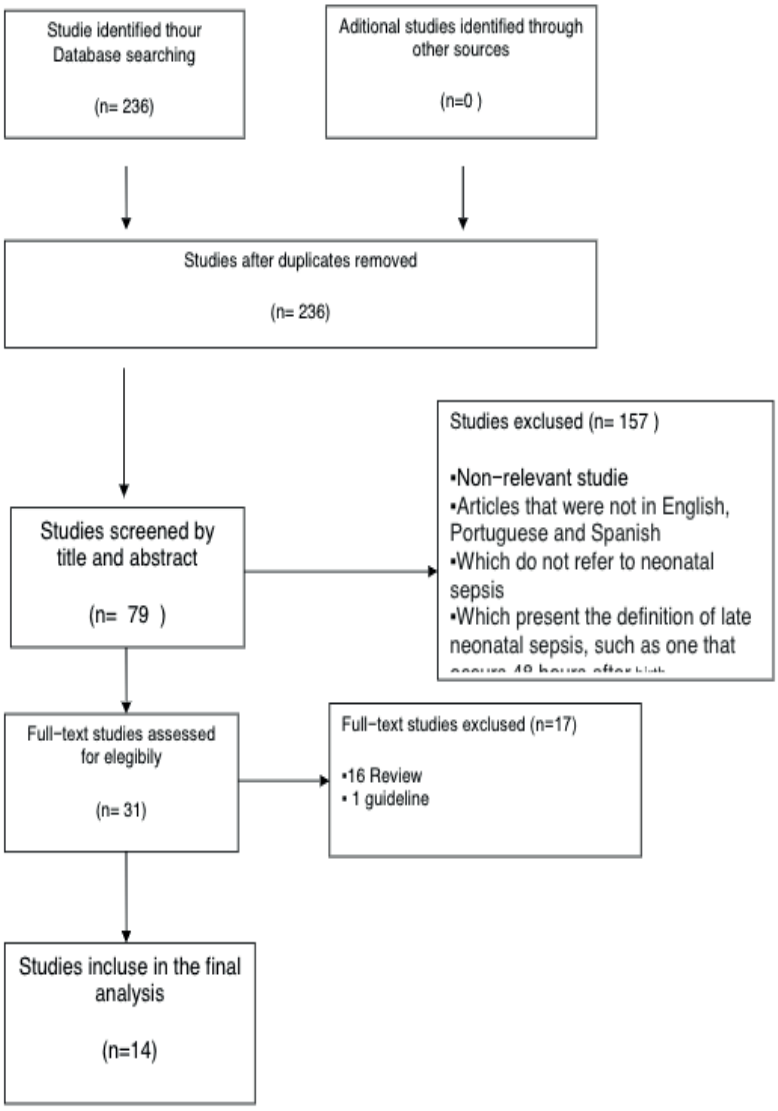


Figure1: Schematic diagram for article selection

Medeiros et a approached infants in the study were classified according to the type of sepsis they developed: Early Sepsis, corresponding to 71.4%, early and late sepsis, corresponding to 16.3% and Late Sepsis, equal to 12.2% . Furthermore described the characteristics of the infants and the occurrence of sepsis and these were distributed in two groups, according to the sepsis they presented: early or other sepsis (including infants who only presented late sepsis and infants who presented both early and late sepsis). Early sepsis corresponded to n=35 and other sepsis (late or both) n= 14.

Coetzee et al. The diagnosis of neonatal sepsis is not always straightforward, and the initiation and continuation of antimicrobials in these situations relies on good clinical judgment. The need for empirical antimicrobials is driven by the existence of risk factors for early-onset sepsis and clinical symptoms and signs of late-onset sepsis. Antimicrobial stewardship programs should be in place to guide clinicians to either stop, change, or continue antimicrobials. Institution-specific knowledge of the most common pathogens and the antimicrobial susceptibility pattern is important to

prevent the emergence of further antimicrobial resistance.

Mukhopadhyay et al. reported the incidence of neonatal early-onset sepsis has declined with the widespread use of intrapartum antibiotic therapies, yet early-onset sepsis remains a potentially fatal condition, particularly among very low-birth weight infants. Clinical signs of neonatal infection are non-specific and may be absent in the immediate postnatal period. Maternal and infant clinical characteristics, as well as infant laboratory values, have been used to identify newborns at risk, and to administer empiric antibiotic therapy to prevent progression to more severe illness.

Rubarth et al related that low gestational age, mechanical ventilation and an intra-vascular catheter were significantly associated with sepsis and it is necessary to develop a multidisciplinary approach for routine surveillance of nosocomial infections, to improve the asepsis of therapeutic procedures, and to implement the more appropriate use of antibiotics. And it were described some risk factors associated with LOS were: mechanical ventilation, intravascular catheter, surgical procedures, birth weight ≤1500 g, gestational age ≤ 28 weeks and Apgar score ≤ 3 at 5 minutes. Culture proven sepsis developed in 43.4% of neonates. Klebsiella pneumoniae and Enterococcus faecalis were the predominant bacteria.

Mhada et al mentioned culture-proven sepsis was seen in 24% of study participants. Bacterial pathogens isolated were predominantly Staphylococcus aureus, Klebsiella spp and Escherichia coli. Klebsiella spp was the predominant blood culture isolate in neonates aged less than seven days, while Staphylococcus aureus was more common among those older than seven days.

Kabweet al mentioned in Of the 313 neonates with suspected sepsis, 54% were male; 20% were born from HIV-positive mothers; 33% had positive blood cultures, of which 85% were precocious sepsis. The Klebsiella species was the most prevalent isolate, representing 75% of the cases, followed by coagulase-negative staphylococci, Staphylococcus aureus, 5% Escherichia coli and Candida species. For Klebsiella species, antibiotic resistance varied from 96% to 99% for the World Health Organization recommended first-line therapy (gentamicin and ampicillin / penicillin) to 94% -97% for third-generation cephalosporins.

According to Bhat et al, the most striking finding of this study is that institution ofearly therapy based on SES results significantly reduced mortality .A total of 452 babies were considered for the study and 190 babies were recruited underthe SES arm and 195 babies in the control arm. The impact on mortality by SES is due to speed of diagnosis in comparison to culture. In this study, SES detectedpathogens in 3 to 4 times the number of cases than culture in neonates with suspected sepsis, in both the arms.Thus it can be inferred that the SES detected all cases of significant bacteremia and fungaemia.

Lee et al showed that his to logical chorioamnionits it was the most frequent prenatal infectious / inflammatory exposure, affecting 60 children (43.5%). In addition, 43 infants (31.2%) were exposed to an infection of the maternal genitourinary tract.

Three children (5%) exposed to histological chorioamnionitis had early sepsis, thus, this was the most frequent prenatal infectious / inflammatory exposure, affecting 60 children (43.5%) of the study.

Orbach et al pointed out that, in the cases reported that maternal intrapartum feveroccurred, it was a factor in the decision for cesarean urgency. Three of the four infants were unable to survive and their clinical course involved failure of the multiple organ system complicated with disseminated anddeep intravascular coagulopathy. He also reported that pulmonary hemorrhage, leading to hypovolemic shock and failed respiration, was the direct cause of death in two cases studied.

Lutsar et al. Pointed out that, in the cases reported that maternal intrapartum fever occurred, it was a factor in the decision for cesarean urgency. Three of the four infants were unable to survive and their clinical course involved multiple system failure. Lutsaret al highlighted the clinical criteria most frequently observed in the diagnostic approach to sepsis, such as perfusion, increased need for oxygen and mottled skin, each seen in about of 40% of the study group. Multiple organs complicated with disseminated anddeep intravascular coagulopathy. He also reported that pulmonary hemorrhage, leadingtohypovolemicshockandfailed respiration, was the direct cause of death in two cases studied.

Title	kind of study	Results
The correlation between invasive care procedures and the occurrence of neonatal sepsis	Cohort study	Early sepsis had a higher prevalence than late sepsis.
Risk Assessment in Neonatal Early- Onset Sepsis	Clinical trial	The incidence of early neonatal sepsis has decreased with the widespread use of intrapartum antibiotic therapies, but early-onset sepsis remains a potentially fatal condition.
Neonatal sepsis as a risk factor for neurodevelopmental changes in very low birth weight preterm infants	Prospective cohort study	Mean birth weight and mean gestational age are important risk factors for sepsis.
Sepsis neonatal no Hospital Nacional Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzânia; etiologia, padrão de sensibilidade antimicrobiana e resultado clínico.	Cross-sectional study	Bacterial pathogens isolated were predominantly Staphylococcus aureus, Klebsiellaspp and Escherichia coli.
Role ofPresepsin in theDiagnosisof Late-Onset Neonatal Sepsis in PretermInfants	Prospective study	The initial levels of presepsin in the LOS group were significantly higher than in the control group.
Etiology, AntibioticResistanceandRiskFactors for Neonatal Sepsis in a LargeReferral Center in Zambia	A cross-sectional observational	The Klebsiella species was the most prevalent isolate, followed by coagulase-negative staphylococci, Staphylococcus aureus, Escherichia coli and Candida species.

The impact of prenatal and neonatal infection on neurodevelopmental outcomes in very preterm infants	Retrospective analysis	Histological chorioamnionitis was the most frequent prenatal infectious / inflammatory exposure.
Pulmonary hemorrhage due to Coxsackievirus B infection-A call to raise suspicion of this important complication as an end-stage of enterovirus sepsis in preterm twin neonates	Case report	Cases reported that maternal intrapartum fever occurred, was a factor in the decision of emergency cesarean section.
Current management of late onset neonatal bacterial sepsis in five European countries	Prospective observational study	Clinical criteria most frequently observed in the diagnostic approach to sepsis, such as perfusion, increased need for oxygen and mottled skin. C-reactive protein and platelet count were also observed.

Table 1: Management in early and late neonatal sepsis

Title	kind of study	Results
Highlighting the principles of diagnosis and management	Clinical trial	The specific knowledge of the institution of the most common pathogens and the antimicrobial susceptibility pattern are important to avoid the emergence of more antimicrobial resistance.
Feasibility and acceptability of gentamicin in the Uniject prefilled injection system for community-based treatment of possible neonatal sepsis: the experience of female community health volunteers in Nepal	Non-experimental research design	The use of gentamicin showed positive results in the empirical management of sepsis.
Bacterial sepsis in the neonate		It is necessary to develop a multidisciplinary approach for the routine surveillance of nosocomial infections, to improve the asepsis of therapeutic procedures and to implement more appropriate use of antibiotics.
A quantitative and risk-based approach to the management of early-onset neonatal sepsis	Cohort study	The introduction of an empiric antibiotic and blood culture are important for a good prognosis of sepsis.
Syndrome Evaluation System (SES) versus Blood Culture (BACTEC) in the Diagnosis and Management of Neonatal Sepsis - A Randomized Controlled Trial	Randomized Controlled Trial	The institution of early therapy based on SES scores significantly reduced mortality.

Table 2: Early and late neonatal metastasis

4 I DISCUSSIONS

One of the most frequent infectious conditions in the neonatal period is called sepsis. Considered an important cause of morbidity and mortality in this phase of life, Neonatal Sepsis is a serious clinical syndrome that mainly affects preterm newborns

The immune system of the newborns is immature, which contributes to the

occurrence of infections associated with health care in this age group, and neonatal sepsis is extremely prevalent, both in its early and late forms. The diagnostic difficulty and laboratory confirmation contribute to high mortality and morbidity rates, such as longer stay in the intensive care unit and greater incidence of complications.

The consequences are multisystemic and the clinical evolution, which is commonly fulminant. The microorganisms are of maternal origin, being the most found: Streptococcus group B and scherichia coli. However, late-onset infections are related to postnatal conditions and excessive manipulation and ICU procedures to which the newborns are exposed, such as catheters, mechanical ventilation equipment, venous punctures, nutrition parenteral, horizontal transmission through the unhygienic hands of caregivers and care staff.

The laboratory tests available most of the time are not conclusive, leaving doubts on the prescription of antibiotic therapy and leading to unnecessary treatment in large numbers of newborns. It is extremely important, when identified, to target specific antibiotic therapy to the causative germ. The treatment period will vary according to the initial antimicrobial response. It is recommended 10 to 14 days of treatment, with clinical improvement.

Another review conducted by Santos et al (2015) reports that neonatal infections continue to cause morbidity and mortality in infants. The most common agents in early-onset sepsis are Group B Streptococcus and Escherichia coli, whereas in late sepsis coagulase-negative Staphylococcus predominates. Initially the work for neonatal infection is a complete blood count and blood culture, with the option to perform analyzes and culture of the fluid, if clinically indicated. Serial determinations of biomarkers (C-reactive protein, procalcitonin or neutrophil CD64) can be used adjunctively in diagnostic treatment of infection. The basis for the initial antimicrobial treatment of sepsis remains ampicillin and guentamycin for neonatal infections.

According to Sivanandan et al (2011) [4] in a study that explored the choice and duration of antimicrobial therapy for sepsis and neonatal meningitis, it was noted that the choice of antibiotics should be based on the organisms and the patterns of sensitivity to antibiotics. While the duration of empirical antibiotic therapy in neonates should be from 48 to 72 hours depending on the culture results for suspected sepsis, even more evidence the current recommendation is that 10 to 14 days of antimicrobial treatment is appropriate for positive sepsis for blood culture without meningitis.

According to Andres Camacho-Gonzalez et al (2013) reports that neonatal sepsis remains a feared cause of morbidity and mortality in the neonatal period. Maternal, neonatal, and environmental factors are associated with the risk of infection, and a combination of prevention strategies, careful neonatal screening, and early initiation of therapy are necessary to prevent adverse outcomes. Therefore, prevention of neonatal sepsis is the goal - through the implementation of what is known and the development of new prevention strategies. Early recognition of chorioamnionitis, with appropriate antimicrobial therapy for the mother, decreases

maternal fetal transmission.

Andi L. Shane et al (2013) in a review on neonatal sepsis: progress toward better outcomes, neonates are predisposed to perinatal infections due to multiple exposures and a relatively compromised immune system. The burden of disease attributed to neonatal infections varies according to geographic region and maternal and neonatal risk factors. Risk factors for early neonatal sepsis include prematurity, immunological immaturity, maternal colonization by group B streptococcus, prolonged rupture of membranes, and maternal intra-amniotic infection.

According to Zea-Vera A et al (2015) in which he explored the study on challenges in the diagnosis and management of neonatal sepsis. Neonatal sepsis is the third leading cause of neonatal mortality and a major public health problem, especially in countries under development. Although recent medical advances have improved neonatal care, many challenges remain in the diagnosis and management of neonatal infections. The diagnosis of neonatal sepsis is complicated by the frequent presence of non-infectious conditions resembling sepsis, especially in premature infants, and by the absence of optimal diagnostic exams. Because neonatal sepsis is a high-risk disease, especially in premature infants, physicians are required to administer antibiotics empirically to children with risk factors and / or signs of suspected sepsis.

Iris Lee et al. Considered the relation of clinical suspicion of infection and sepsis to prolonged hospitalization time and a tendency to association with intraventricular hemorrhage but did not reach the standard for statistical significance. He also noted that sepsis and clinical suspicion of infection were still associated with a higher rate of white matter injury or death. Neonatal infection, in contrast, was not associated with two-year neurobehavioral outcomes but was associated with several structural changes in the brain. The fact that neonatal infections are associated with brain structural changes, but not neurobehavioral outcomes, may be related to the timing, extent, or other unique characteristics of these infections. In addition to defects in brain structure metrics, neonatal infection was also associated with higher rates of white matter injury. Although no differences in behavioral outcomes were observed, these associations may highlight the importance of neonatal sepsis as a marker for children at increased risk of severe brain injury in the perinatal period.

According to the research, we can to observe that there are several ways of evaluate and prevent septic but simple measures such as use of correct aseptic techniques, a integrated team look plus a holistic care and decision making professionals could decrease the mortality rate by neonatal sepsis.

When finalizing, based on the data revealed in the articles surveyed, observed the need for improvement of health professionals working in the neonatal intensive care units, not feeling promote the prevention and control of infection during the practices. In relation to the nursing, we suggest that it become more present and participatory, since it is has the greatest contact with the newborn.

5 I CONCLUSIONS

We conclude that blood culture remains the most used diagnostic method. However, biomarkers, such as presepsin, have proven to be reliable. However, much remains to be investigated to achieve the diagnosis immediately. It was observed that ampicillin and gentamicin are the first choice for the treatment of early nonatal sepsis, since the management of the late one will depend on the local epidemiology. In addition, serial determinations of PCR, procalcitonin and CD64 neutrophils may be used as adjuvants in the management of neonatal infection.

This review may facilitate the early diagnosis of sepsis, and in turn may possibly improve early therapeutic interventions and the diagnostic approach to sepsis. The future prospects of this study include a better update on the subject, because, because it is an infection, there are many changes in the pathophysiology of microorganisms, especially in relation to antimicrobial resistance mechanisms. A consensus is also expected on the best diagnostic methods and management of sepsis.

REFERENCES

Camacho-Gonzalez, A.; Spearman, P.W.; Stoll, B.J. **Neonatal infectious diseases: evaluation of neonatal sepsis.** Pediatric Clinic of North America, 2013.

Coetzee, M. **Neonatal sepsis: Highlighting the principles of diagnosis and management.** South African Journal of Child Health, 2017.

Coffey, P.S.; Sharma, J. **Feasibility and acceptability of gentamicin in the Uniject prefilled injection system for community-based treatment of possible neonatal sepsis: the experience of female community health volunteers in Nepal.** Journal of Perinatology, 2012.

Liu, L.; Johnson, H.L.; Cousens, S.et al. **Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000.** The Lancet, 2012.

Kan B.; Razzhagian H.; Lavoie P.M. **An Immunological Perspective on Neonatal Sepsis.** Trends in Molecular Medicine, 2016.

Kuzniewicz M.W.; Puopolo K.M.; Fischer A. **A quantitative and risk-based approach to the management of early-onset neonatal sepsis.** JAMA Pediatric, 2017.

Medeiros, F.V.A; Herdy, V. **The correlation between invasive care procedures and the occurrence of neonatal sepsis.** Acta Paulista Enfermagem, 2016.

Mhada T.V. **Sepsis neonatal no Hospital Nacional Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzânia; etiologia, padrão de sensibilidade antimicrobiana e resultado clínico.** BMC Public Health, 2012.

Mukhopadhyay, S.; Puopolo, K.M.; **Risk Assessment in Neonatal Early- Onset Sepsis.** HHS Public Access, 2012.

Oliveira, C.O.P.; Souza, J.R.S.; Machado, R.C. **Risk factors for neonatal sepsis in a therapy unit: an evidence study.** Cogitare Enfermagem, 2016.

Rubarth R.B.; Carla M.C.; Cheryl R. **Bacterial sepsis in the neonate.** The nurse practitioner, 2017.

Silveira, R.C.; Procianoy, R.S. **A current review on neonatal sepsis.** Boletim Científico de Pediatria, 2012.

Sivanandan, S.; Soraisham, A.S.; Swarnam, K. **Choice and duration of antimicrobial therapy for neonatal sepsis and meningitis.** International Journal of Pediatrics, 2011.

Shane, A.L.; Stoll, B.J**. Neonatal sepsis: Progress towards improved outcomes**. Journal of Infection, 2014.

Vera A.Z.; Ocho T.J.; **Challenges in the diagnosis and management of neonatal sepsis.** Journal of Tropical Pedriatics**,** 2015.

CAPÍTULO 22

ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA ACESSAR E AUXILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Paula Cristina Rodrigues Frade
Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará, Belém PA, Brasil.

Luana Mota da Costa
Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará, Belém PA, Brasil.

Brenda Luena Assis Lisboa
Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Campus de Bragança, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

Luiz Marcelo de Lima Pinheiro
Faculdade de Ciências Biológicas, Campus do Marajó, Universidade Federal do Pará, Soure PA, Brasil.

Luísa Caricio Martins
Laboratório de Patologia Clínica em Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém PA, Brasil.

Gláucia Caroline Silva de Oliveira
Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Campus de Bragança, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

Aldemir Branco de Oliveira-Filho
Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Campus de Bragança, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

RESUMO: Este estudo aborda aspectos relacionados a saúde das mulheres profissionais do sexo (MPS) e propõe estratégias e ações para acessar e auxiliar na promoção da saúde dessas profissionais que atuam no estado do Pará, norte do Brasil. Inicialmente, o perfil das MPS que exercem suas atividades no Pará é apresentado por meio de estudos já realizados. A partir da identificação do cenário epidemiológico, na qual MPS estão inseridas, ações e estratégias para promoção da saúde são sugeridas, como: treinamento dos profissionais de saúde acerca das vulnerabilidades sociais e em saúde, construção do vínculo profissional de saúde e MPS através do acolhimento empático, valorização da mulher enfatizando seu protagonismo no autocuidado, criação de serviços especializados e gestão participativa através do levantamento de demandas pelas próprias profissionais do sexo. Em suma, este estudo demonstra a necessidade de atendimento de MPS e indica ações e estratégias que podem ser executadas considerando as peculiaridades e as limitações desse grupo de vulneráveis no estado brasileiro do Pará.

PALAVRAS-CHAVE: Prostituição, Saúde da Mulher, Promoção da Saúde, Brasil.

STRATEGIES AND ACTIONS TO ACCESS AND ASSIST IN HEALTH PROMOTION OF

ABSTRACT: This study addresses aspects related to the health of female sex workers (FSWs) and proposes strategies and actions to access and assist in the health promotion of these professionals who work in the state of Pará, northern Brazil. Initially, the profile of FSWs that carry out their activities in Pará is presented through studies already carried out. From the identification of the epidemiological scenario in which FSWs are inserted, actions and strategies for health promotion are suggested, such as: training health professionals about social and health vulnerabilities, building the professional health bond and MPS through the host emphatic, women's valorization emphasizing their protagonism in self-care, creation of specialized services and participative management through the demands of the sex workers themselves. In summary, this study demonstrates the need for FSWs care and indicates actions and strategies that can be performed considering the peculiarities and limitations of this group of vulnerable in the Brazilian state of Pará
KEYWORDS: Prostitution, Women's Health, Health Promotion, Brazil.

1 I INTRODUÇÃO

A expressão profissional do sexo designa uma pessoa que tem relação sexual de forma impessoal, ou seja, somente o ato de proporcionar prazer por uma determinada quantia em dinheiro ou troca por qualquer outro benefício (MORAES, 1996). As mulheres profissionais do sexo (MPS) executam suas atividades através de um "programa" que consiste na execução de um acordo prévio, entre elas e os seus clientes, baseado no serviço que será prestado, no preço e na duração (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

A venda de uma experiência sexual é considerada uma das atividades comerciais mais antigas da humanidade (PENHA et al., 2015). Todavia, a visão das MPS pela sociedade permanece estigmatizada. Elas são relacionadas a degradação, submissão, desonestidade e atividades ilegais (SOUSA, 2014). No Brasil, a legislação descriminalizou a prostituição, desde que seja praticada com consentimento e independência. Em 2002, houve a inclusão da categoria "profissional do sexo", como trabalho informal, na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2002). Contudo, as MPS continuam na luta em defesa de seus direitos, pois ainda permanecem inseridas em um contexto de marginalização social, vítimas de preconceitos e julgamentos (PENHA et al., 2015; BRITO et al., 2019).

Além de apresentarem vulnerabilidades sociais, as MPS possuem outras características que representam riscos à saúde, como: baixa condição socioeconômica, violência, uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, relações sexuais com múltiplos parceiros sem uso de preservativo e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (FIGUEIREDO; PEIXOTO, 2010; CAVALCANTE et al., 2019; FRADE et al., 2019). Dentre esses riscos, muitos estão relacionados as

particularidades de cada região, como para a aquisição das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em que características regionais podem contribuir com o aumento ou diminuição desses riscos (PENHA et al., 2015). Assim, é importante conhecer o perfil das MPS e compreender os riscos à saúde que essas mulheres estão sujeitas para o desenvolvimento de ações para promoção e prevenção de problemas de saúde de forma mais efetiva. Desse modo, este estudo apresenta estratégias e ações para acessar e colaborar na promoção da saúde de MPS, sendo isso baseado nas características epidemiológicas identificadas no estado do Pará, norte do Brasil.

2 I CONHECENDO AS MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO NO PARÁ

As MPS constituem um grupo muito heterogêneo de pessoas vulneráveis. Desse modo, deve-se, inicialmente, conhecer as características e os riscos à saúde envolvidos no ato de prostituir-se de uma determinada região, como o imenso estado do Pará, antes do delineamento de estratégias, ações e políticas.

Cavalcante e colaboradores (2019) identificaram aspectos epidemiológicos da sífilis em 222 MPS que atuavam longo do sistema rodoviário de 10 municípios do Pará (Ananindeua, Capanema, Castanhal, Marituba, Marapanim, Santa Izabel do Pará, Santa Maria do Pará, São Miguel do Guamá, Terra Alta e Vigia). Nesse estudo, a idade média das profissionais foi de 26 anos; 79,28% informaram estarem solteiras; 58,56% possuíam até sete anos de estudo; 80,18% faziam programas em locais inseguros com pouca higiene; 61,26% já haviam sofrido abuso verbal ou físico e 34,24% estavam “em trânsito” para outros estados. A prevalência de sífilis foi de 36,94% e foi associada ao uso de drogas ilícitas, sexo desprotegido, mais de cinco anos de trabalho sexual e isenção de preservativos para clientes que pagam a mais.

No município de Bragança, nordeste do Pará, 137 MPS participaram de uma investigação epidemiológica sobre vírus da imunodeficiência humana (HIV) (COSTA et al. 2018). A maioria delas se declarou solteira (88,86%), heterossexual (94,89%), apresentava idade inferior a 30 anos (56,6%), reduzida escolaridade (56,93%) e todas iniciaram a vida sexual durante a adolescência. Todas afirmaram que praticavam sexo oral, vaginal e anal, desde que o cliente pagasse pelos serviços. A prevalência do HIV foi de 16,06% e alguns fatores foram associados à infecção, como: “uso de drogas ilícitas”, “dispensa de preservativo se o cliente pagar mais”, “tempo de prostituição superior a sete anos”, e “não realização de consulta/exame de ginecológico periodicamente” (COSTA et al. 2018).

Ainda no município paraense de Bragança, estudos qualitativos com MPS investigaram a violência no ambiente de trabalho, os cuidados de saúde realizados e a relação com o serviço público de saúde (LISBOA et al., 2019; SAMPAIO et al. 2019). Uma elevada prevalência de episódios de violência física, verbal e sexual,

incluindo estupro, no cotidiano do trabalho dessas mulheres foi detectado (LISBOA et al., 2019). Muitas MPS alegaram já terem utilizado algum serviço disponibilizado por instituição pública de saúde no município paraense, porém destacaram a carência de atendimento humanizado e de políticas públicas direcionadas para as dificuldades vivenciadas no contexto da prostituição (SAMPAIO et al., 2019).

Nos municípios e nas comunidades ribeirinhas que compõem o Arquipélago do Marajó, uma investigação epidemiológica com 153 MPS revelou elevada prevalência de infecções pelo vírus da hepatite B (VHB) e coinfecções com outros vírus. A maioria delas declarou estar solteira (92,2%), ser heterossexual (94,8%), ter reduzida escolaridade (79,1%), fazer uso frequente de bebidas alcoólicas (86,3%) e cigarros (54,2%). A idade média foi de 23,5 anos e a renda mensal delas foi em torno de R$ 500,00. Muitas das MPS afirmaram ter relação sexual sem preservativos. A maioria das MPS (67,3%) também relatou a presença de ferida, úlcera, ou prurido na genitália nos últimos 12 meses, mas nenhuma delas foi avaliada clinicamente para identificar a causa do problema (FRADE et al., 2019).

Esses estudos descrevem o perfil das MPS e do serviço sexual ofertados pelas mesmas em diferentes áreas no estado do Pará e, também, revelam os inúmeros riscos à saúde física, mental, sexual e reprodutiva que estão sujeitas. Em suma, esse cenário demonstra claramente a necessidade urgente de ações e de estratégias de saúde para o acolhimento e a assistência dessas mulheres, respeitando suas limitações, realidades e necessidades como seres humanos e cidadãs brasileiras.

3 I CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO EMPÁTICO

O acolhimento é uma ação técnico - assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e tendo o paciente como eixo principal para a prestação de cuidados. Portanto, o acolhimento passa a ser visto como postura, como técnica e como reformulador do processo de trabalho (COSTA et al., 2016). A postura acolhedora deve se dar em todos os momentos da produção do serviço de saúde, iniciando no primeiro contato com a pessoa, envolvendo a escuta, a atenção, valorização de queixas, identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas, tratamento de forma humanizada e reconhecimento do usuário como participante ativo do seu processo saúde-doença (COSTA et al., 2016).

Desse modo, considerando que o trabalho do cuidado é pautado pela mobilização de afetos, da inteligência e da subjetividade, destaca-se a atitude empática como constituinte do imaterial da atividade de acolhimento. A empatia se refere a capacidade de entender a outra pessoa, aborda comportamentos cognitivos, afetivos e comportamentais. O componente afetivo proporciona o sentir e entrar em contato com os estados emocionais do outro. A preocupação empática comporta

não somente perceber como as pessoas sentem, mas o que o outro necessita, e influencia na atitude de ajuda (LAMPERT; SCORTEGAGNA, 2015).

Sendo assim, é necessário, primeiramente, preparar os profissionais de saúde para realizar o acolhimento de MPS e, somente a partir daí, coletar amostras biológicas e informações pessoais e profissionais. Inicialmente, um grupo de estudo deve ser formado e todas as pessoas envolvidas deverão buscar e estudar sobre temas relacionados as características das MPS, os estigmas enfrentados por elas e a prostituição.

O estigma é um exemplo de como poderão ser feitos os estudos e seu valioso potencial na construção do acolhimento empático de MPS. Estudos etnográficos sobre prostituição revelam variações nas motivações e condições do trabalho sexual feminino, embora confirmem os efeitos do estigma sobre as mulheres que se prostituem. Expresso em discursos e práticas morais, médicas e jurídicas, o estigma se concretiza nas situações de violência e vulnerabilidade que afetam suas vidas (VILLELA; MONTEIRO, 2015). A mulher prostituta é vista como impura, mulher da vida, puta ou aquela que não serve para casar. Conforme o entendimento de Diniz e Queiroz (2008), a percepção da sociedade acerca das prostitutas é construída a partir da condição de transgressoras das regras e normas vigentes da sociedade. Não se reconhece que o profissional do sexo também desempenha outras funções na sociedade, como: mãe/pai, filha/filho, tia/tio, esposa/marido. Porém, quando há o reconhecimento de que essas mulheres exercem outras atividades na sociedade além da prostituição, uma identidade subjetiva é construída, a qual poderá possibilitar olhares diferentes do que historicamente é perpetuado pela sociedade.

Após a elucidação dos cenários e das condições de vida das MPS, o grupo deve iniciar as apresentações dos estudos (artigos científicos, livros, trabalhos acadêmicos, reportagens, etc.), as discussões e as reflexões sobre os cuidados, as percepções e as políticas de saúde voltadas para as mulheres, em especial para as MPS. Possivelmente, a imagem da MPS poderá ser vinculada à transmissão de IST, devido ao comportamento sexual adotado, dito como pervertido, fruto do desvio de modelo padrão comportamental (MORAES et al., 2008). Isso poderá ser utilizado como ferramenta para aprofundar as discussões e reflexões que irão enriquecer os estudos, facilitar a compreensão das experiências vivenciadas pelas MPS. Em se tratando de MPS, questões como a citada contribuem para que essas mulheres tornem-se suscetíveis a crises de identidade, baixa autoestima e depressão.

Outros fatores, como sobrecarga de trabalho, inconstância de horário e local, condições de trabalho precárias, não reconhecimento e discriminação social, são elementos que podem representar perigos ao corpo e desencadear sofrimento e desgaste mental em MPS. Em estudo realizado em Porto Alegre sobre sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas, foi verificada uma alta taxa de prevalência de sintomas depressivos (67%), na qual 47,4% das entrevistadas apresentaram sintomatologia com níveis moderado a grave (SCHREINER et al., 2004). Somado

a isso, análises mostraram associação entre a presença de sintomas depressivos e uso de álcool, história de IST e falta de algum tipo de prática religiosa (MORAES et al., 2008).

Na atenção à saúde das mulheres, a integralidade pode ser compreendida como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Contudo, investigações vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado (COELHO et al., 2009). As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados (COELHO et al., 2009). Tais obstáculos deverão ser cuidadosamente discutidos e paulatinamente superados no grupo de estudo. Somente após a compreensão do cenário do comércio sexual e o esclarecimento da necessidade de atitudes empáticas no planejamento e desenvolvimento das atividades com MPS, o trabalho de abordar, de conversar e de atender as MPS deverá ser iniciado. As atividades de acolhimento das MPS podem iniciar com encontros simples sobre cuidados à saúde, em horário conveniente para as participantes e com gentilezas e cortesias.

No Pará, o Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis (GEPPOV) iniciou suas atividades utilizando o caminho descrito e as MPS foram abordadas por diversos métodos de amostragem (CAVALCANTE et al., 2019; COSTA et al. 2018; FRADE et al., 2019). No município de Bragança, a partir de RDS, os encontros ocorreram na Sala de Integração do GEPPOV, localizada no Campus de Bragança (UFPA). A maioria deles foi realizado no período de 15 horas às 18 horas de 3ª a 5ª feira. Em todos os encontros, além das escutas, entrevistas e rodas de conversas sobre temas específicos, as MPS receberam sorrisos, abraços, flores, preservativos masculinos e um kit de higiene pessoal (Figura 1). Em suma, os encontros foram realizados em clima agradável e permeado por atitudes empáticas, desse modo reforçando que o trabalho imaterial, invisível do cuidado, encontra-se na ação afetiva de contato e interação com o ser cuidado.

Figura 1: Kits para higiene pessoal que foram entregues as MPS que participaram de estudos no Pará, norte do Brasil. A. Amostras de xampu e de condicionador preparadas e armazenadas para construção de kits. B. Kit composto por xampu, condicionador, sabonete e toalha (não inclusa na imagem) (COSTA et al., 2018).

4 I AUTOCUIDADO E DE VALORIZAÇÃO DO SER

A integralidade pode ser entendida como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Deve-se repensar a qualidade da assistência a essas mulheres (AQUINO et al., 2010). Principalmente, o fato dessas mulheres terem de cuidar de sua saúde sem, muitas vezes, instruções apropriadas, pode dificultar a prática do autocuidado.

Nesse sentido, autocuidado que é cuidar de si mesmo, buscar quais as necessidades do corpo, melhora do estilo de vida e evitar hábitos nocivos. A importância de conhecer e controlar fatores de risco que levam as doenças e todas essas ações visam a melhora da qualidade de vida dessas mulheres. Estudo realizado com MPS no município de Fortaleza (Ceará) utilizou a Teoria de Orem, a qual proporciona ao indivíduo o autocuidar, adaptando sua vida às ações de cuidado. Essa teoria na prática do autocuidado tem-se uma interação do profissional de saúde com o paciente para a detecção de problemas e possíveis intervenções. É fundamental a participação do paciente na formulação do plano de intervenções, pois o profissional de saúde irá guiá-lo na prática dos cuidados, fazendo com que ele tenha cada vez mais independência (AQUINO et al., 2010).

Outra estratégia possível é uma equipe multidisciplinar de saúde incentivar discussões sobre valorização da mulher, conhecimentos e apropriação de seus direitos e do atendimento humanizado para a criação de vínculo e de confiança com o serviço de saúde. Essas discussões podem ocorrer através de encontros delineados num espaço em que as MPS possam expressar suas demandas e visualizar interseções entre seu cotidiano e as políticas de saúde vigentes. Um exemplo dessa estratégia voltada para MPS também ocorreu no município de Fortaleza (Ceará) (MORAES et al., 2008). Diversas oficinas voltadas para autovalorização; autoestima; concorrência, competição e autoconfiança foram realizadas com MPS nesse município, as quais viabilizaram sentimento de inclusão social, equidade e autovalorização. Nessas atividades, as participantes se identificaram entre si, refletindo a sua circunstância pessoal na condição de trabalho, vida e saúde, e fortaleceram as relações humanas. No estado do Pará, esses aspectos foram discutidos e apoiados nos encontros realizados com as MPS que participaram dos estudos (CAVALCANTE et al., 2019; COSTA et al. 2019; FRADE et al., 2019). As atitudes empáticas permitiram uma maior confiança entre MPS e pesquisador, o qual proporcionou uma discussão e reflexão mais profunda dos cuidados à saúde nos encontros de estudos.

5 I ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A saúde representa um valor coletivo, um bem de todos, trata-se de um direito social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). No Brasil, com intuito de garantir esse direito, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e é baseado em três pilares: universalidade, igualdade de acesso e integralidade no atendimento. Entre os programas e políticas públicas, há a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que ressalta a saúde das mulheres negras, lésbicas, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural e em situação de prisão. Contudo, nesse programa não há um destaque referente a um grupo expressivo e relevante, as MPS (BRASIL, 2004).

Outra política nacional é a de DST/AIDS que propõe “estratégias intersetoriais que visam a ampliar o acesso aos insumos e às ações de prevenção ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS para mulheres das diferentes regiões do nosso país”. Essa política inclui o documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS relacionadas as profissionais do sexo (BRASIL, 2002).

Tendo em vista as necessidades apontadas e as especificidades das MPS é fundamental realizar um levantamento das demandas deste grupo, essa proposta de gestão participativa, faz parte das diretrizes do ParticipaSUS, que propõe a inclusão social (SOUSA, 2014). Levando-se em consideração também as características de cada localidade, para que se construa fluxos assistenciais como exemplo: oferecer serviços específicos através da educação continuada a este grupo, ressaltando as práticas sexuais de risco e os hábitos de uso de drogas, conhecendo a realidade da população assistida, bem como a suas potencialidades e fragilidades, além disso, a busca ativa que facilitaria o levantamento de demandas desse grupo.

A criação de serviços específicos para este grupo implica em mudanças de horários de funcionamento das unidades de saúde. Por exemplo, em São Paulo, para que as MPS fossem atendidas, passou a ocorrer a abertura noturna do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no início dos anos 1990 (FIGUEIREDO; PEIXOTO, 2010). Essa medida poderia ser adotada nos CTA do estado do Pará, que possuem horários de atendimento somente pela manhã e tarde. Todavia, não basta a abertura do serviço, é fundamental que ocorra a atuação na rua e a busca ativa desse público por equipes multidisciplinares de saúde devidamente treinadas, o que também precisa ser implementado nos estados do norte do Brasil. De forma central, o CTA é um espaço muito importante para as MPS, pois oferece a testagem rápida para o HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C; encaminhamento para a vacina de Hepatite B; encaminhamento de casos positivos de HIV ou outras IST para tratamento. Além dos CTA, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem importantes serviços de saúde

para esse grupo. Pois é na UBS que é possível ter acesso gratuito a preservativos e a informações sobre os métodos de prevenção, mas esse serviço precisa ser aprimorado no que tange a educação em saúde.

A conscientização das MPS sobre o uso do preservativo é de suma importância, visto que trabalhos realizados no Pará têm indicado uma associação do uso inconsistente do preservativo ao valor pago pelo cliente e à elevadas prevalências de IST (CAVALCANTE et al., 2019; FRADE et al., 2019; COSTA et al., 2018). Como cada MPS possui riscos e percepções diferentes às IST, torna-se necessário a execução de estratégias para sensibilizá-las do uso consistente de preservativo durante a relação sexual. Como estratégia voltada à redução do risco de exposição e transmissibilidade de patógenos é fundamental contemplar essas ações com insumos necessários de proteção como: distribuição de preservativos femininos e masculinos, associados a gel lubrificante, aumento da informação e conhecimento para a percepção ou auto-avaliação do risco à exposição de IST. Ademais, somente o acesso a informações sobre IST não é suficiente para mudança de comportamento e a prática do sexo seguro. A motivação para a mudança se dá pela adoção de novas perspectivas baseadas em melhorias de vida, que vão além de objetivos pessoais e financeiros (SALMERON; PESSOA, 2012).

Outro fator importante é o acesso a consultas e realização de exames de saúde, especialmente os relacionados à saúde reprodutiva. A demora para realizar e entregar os resultados de exames ginecológicos representa um entrave ao uso dos serviços públicos de saúde (SAMPAIO et al., 2019). Outra barreira institucional descrita por Cavalcante e colaboradores (2019) no Pará foi um percentual significativo de MPS em “trânsito”, isto é, mulheres que estão passando apenas um pequeno período de tempo numa localidade e que logo irão se mudar para outra localidade. Essa mobilidade faz parte do trabalho das MPS e limita o acesso a serviços de públicos de saúde, pois muitas unidades solicitam o comprovante de residência da localidade (BRITO et al., 2019).

As intervenções relacionadas as MPS não podem ficar restritas a saúde sexual e reprodutiva. As MPS estão sujeitas a outros riscos, como a violência. Pesquisas realizadas em localidades paraenses verificaram que as MPS trabalham em condições insalubres e sofrem violência física e sexual (COSTA et al., 2018; FRADE et al., 2019; CAVALCANTE et al., 2019; LISBOA et al., 2019). Outra demanda está relacionada à saúde mental, o uso de drogas psicotrópicas (álcool, maconha e crack) é muito comum entre as MPS no Pará, sendo associado a episódios de violência e à IST (COSTA et al., 2018; FRADE et al., 2019; CAVALCANTE et al., 2019; LISBOA et al., 2019).

Portanto, as demandas de saúde das MPS são relevantes e muitas ainda não atendidas. É necessário mais do que ações pontuais, torna-se fundamental englobar os determinantes sociais da saúde e a qualidade de vida dessas mulheres (BRITO et al., 2019).

6 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, este estudo apresentou estratégias e ações para acessar e colaborar na promoção da saúde de MPS, de acordo com as características epidemiológicas identificadas no estado do Pará, norte do Brasil. Ele pode auxiliar em atividades de educação em saúde voltadas para MPS de localidades com cenários epidemiológicos similares ao Pará, assim como também pode ajudar na reflexão da necessidade de atendimento mais humanizado de brasileiros em situação de vulnerabilidade. A execução de estratégias e ações semelhantes às apresentadas neste estudo poderão facilitar o acesso aos serviços públicos de saúde (contornando ou minimizando barreiras existentes na sociedade), aproximar os profissionais de saúde de pessoas necessitadas de orientação e atendimento especializado (possibilitando uma quebra na cadeia de transmissão de patógenos pela via sexual, por exemplo), e estimular o autocuidado, a valorização do ser humano, o autoconhecimento e a apropriação de seus direitos.

REFERÊNCIAS

AQUINO, P. S. et al. **Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico**. Enfermagem em foco. São Paulo, v.1, n.1, p. 18-22, 2010.

BRASIL. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS.** Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS: Ministério da Saúde, DF, 2002. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2002/38289/documento_referencial_ps.pdf> Acesso em 03 jun. 2019.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 03 jun. 2019.

BRITO, N. S. et al. **Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo**. Rev Rene, Fortaleza, v. 20, p.1-9, 2019.

CAVALCANTE, N. D. S., et al. **Syphilis in female sex workers: an epidemiological study of the highway system of the state of Pará, northern Brazil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. São Paulo, v. 52, p. 1-5, 2019.

COELHO, E. A. C. et al. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

COSTA, L. M. **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: aspectos epidemiológicos, acesso e cuidado em mulheres profissionais do sexo no município paraense de Bragança, norte do Brasil**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

COSTA, P. C.; FRANCISCHETTI-GARCIA, A. P. R.; PELLEGRINO-TOLEDO, V. **Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde**. Revista de Saúde Pública, Bogotá, v. 18, n. 5, p. 746-755, 2016.

DINIZ, M.; QUEIROZ, F. **A relação entre gênero, sexualidade e prostituição**. Divers@! Revista Eletrônica Interdisciplinar, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 2-16, 2008.

FIGUEIREDO, R.; PEIXOTO, M. **Profissionais do sexo e vulnerabilidade**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), São Paulo, v. 12, n. 2, p. 196-201, 2010.

FRADE, P. C. R. et al. **Prevalence and genotyping of hepatitis B virus: a cross-sectional study conducted with female sex workers in the Marajó Archipelago, Brazil**. International Journal of STD & AIDS, 2019.

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A. **Subjetividade e empatia no trabalho do cuidado**. Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, p. 729-758, 2015.

LISBOA, B. L. A. et al. **Violência contra mulheres: percepções e relatos de mulheres profissionais do sexo em área costeira do norte do Brasil**. In: GUILHERME, W. D. A produção do conhecimento nas ciências sociais aplicadas. São Paulo, Atena editora, 2019. p. 298-309.

MORAES, A. F. **Mulheres da vila: prostituição, identidade social e movimento associativo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MORAES, M. L. C. et al. **Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 10, n. 4, p.1144-1151, 2008.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. **Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 2, p.317-323, 2004.

PENHA J. C. et al. **Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers in the interior of Piauí, Brazil**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 63-69, 2015.

SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A. M. **Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 549-554, 2012.

SAMPAIO, D. N. S. et al. **Cuidados à saúde realizados por mulheres profissionais do sexo: estudo qualitativo em município da Amazônia brasileira**. In: NETO, B. R. S. A produção do conhecimento nas ciências da saúde 4. São Paulo: Atena editora, 2019. p. 54-71.

SCHREINER, L. et al. **Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre**. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 13-20, 2004.

SOUSA, F. R. **Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 18, p. 1568-1568, 2014.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. **Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL: study protocol**. Genebra: WHO, 1993. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/handle/10665/51179> Acesso em 20 mai. 2019.

CAPÍTULO 23

ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Kyzze Correia Fontes
Mestranda em Gestão em Saúde Pública pela Faculdade de Odontologia da Unicamp

Diogo do Vale Aguiar
Mestre em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ

Antônio Carlos Pereira
Professor Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Unicamp.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Aracaju, capital do estado de Sergipe, possui população estimada em 2016 de 641.523 habitantes, é município polo de região de saúde, bem como é considerada a região de saúde mais populosa, com uma população estimada para 2016 de 841.037 pessoas, corresponde a 37% da população do Estado. Observa-se que Aracaju nos últimos 30 anos enfrenta a transição demográfica, bem como a transição epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento da população e a chamada tripla carga de doença com doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências e a presença persistente de doenças infecto-parasitárias. Diante disso, é premente a reorganização dos recursos do sistema de saúde para dar suporte a esse perfil populacional. O processo de planejamento em saúde auxilia na mobilização dos trabalhadores na perspectiva da organização do processo de trabalho, além de induzir políticas públicas em saúde integrada. Aliado a isso, o processo de construção das redes de atenção à saúde aponta para uma mudança estrutural e operacional no modelo de atenção, uma vez que induz positivamente os princípios da universalidade, a partir da garantia do acesso à saúde e da integralidade, na medida em que busca integrar a oferta de ações e serviços de saúde de um território, otimizando custos, recursos humanos e tecnológicos. **OBJETIVO:** Apresentar uma experiência que tem como finalidade a organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento em saúde, a fim de repensar os modelos de gestão e o modelo de atenção à saúde no município de Aracaju. **MÉTODOS:** Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de experiência sobre a estruturação da rede atenção à saúde a partir do planejamento estratégico. **RESULTADOS:** Por se tratar de uma proposta que está em fase de implantação, os resultados até então mensurados se deram a partir da observação das posturas e comportamentos dos atores envolvidos na gestão, como: implicação e motivação nos seus núcleos de trabalho, implicação com os gestores parceiros e motivação nas equipes. Entretanto o que se espera com essa estruturação é algo concreto que possibilite mudanças de práticas no trabalhador e consequentemente uma saúde produtora do cuidado integrado e equânime.

CONCLUSÃO: A experiência nos convocou a repensar nossas práticas a partir da construção de competências, funções e responsabilidades do coletivo de gestores pertencentes à SMS. Possibilitou ainda, estabelecer instrumentos de avaliação, monitoramento e qualificação desta equipe, a fim de conduzir de forma organizada e coerente o processo de trabalho das equipes. Além disso, permitiu discutir os modelos de atenção à saúde e modelo de gestão adotado pela SMS.
PALAVRAS-CHAVE: Planejamento, Modelo de Gestão, Regionalização

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos: Nossa proposta neste capítulo é relatar uma experiência do modelo de atenção à saúde no município de Aracaju/SE. Trata-se de uma sensibilização e motivação dos profissionais de saúde para organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento estratégico em saúde.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Modelos de Atenção e Gestão em Saúde
- A Regionalização como princípio estruturante do SUS
- Planejamento em Saúde e Redes de Atenção
- Relato de Experiência no Município

MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Saúde, tal qual se conhece hoje, são recentes na história e só se consolidaram em meados no século XX. Desenvolvidos em um momento em que os Estados ampliaram sua participação nas questões que envolviam a saúde e bem-estar da população, constituíram-se enquanto resposta social organizada às condições de saúde da sociedade, a partir das relações sociais estabelecidas no seu interior. Atualmente, podem ser definidos como “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população” (Lobato e Gionvanella, 2012).

As características dos sistemas de saúde são determinadas pelas relações sociais estabelecidas no interior das sociedades, sendo seu funcionamento e componentes influenciados por características históricas, econômicas, políticas e sociais, ao passo que também podem influenciar a sua dinâmica social. Por isso, os sistemas de saúde se apresentam de forma diferente nas diversas sociedades ou ainda em uma mesma sociedade em épocas distintas (Lobato e Giovanella, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS resultou de um longo processo

social que teve como objetivo promover uma mudança no modo de garantir atenção à saúde da população e sua organização enquanto política nacional de saúde é consequência das profundas mudanças que marcaram a sociedade brasileira nas últimas décadas (Lima, 2010; Lobato e Giovanella, 2012).

Para Carvalho e Cunha (2006), as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde são mediadas pelos modelos de atenção à saúde que se apresentam de um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais e, por outro lado, como decorrente da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde. Sob esse aspecto, o modelo de atenção seria um dos fatores condicionante para viabilidade do SUS, que permanece em disputa entre diversos atores políticos, sobretudo aqueles que defendem um sistema público, universal e participativo e grupos identificados com interesses privados e corporativos (LIMA, 2010).

O conceito de "modelo de atenção" pode se conceber nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial e para transformá-lo são necessárias políticas que criem condições para as mudanças a nível "micro", desencadeando processos político-gerenciais que favoreçam as inovações nas três dimensões. Estas mudanças podem incidir tanto sobre o conteúdo das práticas quanto na forma de organização do processo de trabalho dos serviços nos diversos níveis de complexidade e também na forma de organização das unidades em redes de serviços, buscando o ajuste possível entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA E VILASBOAS, 2013).

Em última análise, discutir os elementos que constituem modelos de atenção pressupõe uma ampliação do conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde (Carvalho e Cunha, 2006). Nesse sentido, do ponto de vista estratégico, a identificação dos traços fundamentais, lógicas, razão de ser ou racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como possíveis propostas alternativas, são fundamentais para a compreender e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas (Paim, 2012).

A REGIONALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ESTRUTURANTE DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) dentre os seus princípios e diretrizes, visa garantir a universalidade, a equidade nas ofertas e serviços e a integralidade no cuidado, assim tem como foco a assistência à saúde das pessoas por meio de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde (Arruda et al., 2014).

Contudo, o fortalecimento do papel do Estado e sua responsabilização como condutor das ações de saúde despontou no poder público a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitasse o uso racional dos recursos disponíveis

visando promover a ampliação do atendimento à toda população. Propostas baseadas no perfil epidemiológico, na regionalização e hierarquização e na descentralização da gestão ganharam força e a estruturação em uma rede regionalizada e hierarquizada passou a ser a principal característica que norteia a organização do SUS (Duarte et al., 2015).

Após quase três décadas de promulgação da Lei n.8.080/1990 que institui o SUS, observa-se avanços importantes dentre eles podemos citar, a melhoria do acesso a partir da ampliação das ações e serviços de saúde; o crescimento dos recursos humanos em saúde; a ampla participação social nos processos decisórios e descentralização da gestão e dos recursos (SALIBA, 2013). No entanto ainda há alguns desafios para consolidação no processo de implantação do SUS, um deles está nas definições das responsabilidades, atribuições e competências das três esferas de gestão, principalmente no que se refere à cogestão, modelo de financiamento e planejamento da saúde (CONASS, 2015).

Diante disso, e na perspectiva de avançar no processo de consolidação do SUS, algumas normativas vêm sendo elaboradas na tentativa de demarcar os limites das tomadas de decisão de cada gestor (federal, municipal e estadual). Sendo de fundamental importância programar estratégias de gestão que auxiliem na implantação da cogestão, a fim de permitir espaços de negociação permanente, induzir/fortalecer articulações interfederativas e executar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde (CONASS, 2015).

Dentre as normativas mais recentes que regulamentam e organizam o Sistema Único de Saúde, foi publicado o Decreto n. 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, bem como a Lei Complementar n. 141/2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios, além de estabelecer normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde.

O Decreto n. 7.508/2011 nasce como resultado de esforços para consolidar o princípio da regionalização, estabelecida pela Lei n. 8.080/1990, regulamentada pelo Pacto pela Saúde de 2006 e pela NOAS em 2002. (CONASS, 2015 e Ministério da Saúde,2015a). A regionalização é uma estratégia de reorganização e indução da descentralização das ações/serviços de saúde, auxiliando na centralidade das políticas públicas e reorientando os processos de negociação e articulação interfederativa entre os gestores do SUS. (Mendes, 2016; Ministério da Saúde, 2015a).

Desta forma, o decreto acima citado fortalece e organiza o processo de regionalização da atenção à saúde a partir de um conjunto de dispositivos gerenciais e assistenciais como: as regiões de saúde, o mapa de saúde, as portas de entrada, as redes de atenção, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a Renases, a Rename, o planejamento na saúde e o COAP. Importante ressaltar que o decreto

induz o aperfeiçoamento do processo de planejamento do SUS, a partir do momento que estabelece o planejamento regional em saúde, por meio de um instrumento jurídico-executivo, o COAP. Essa indução reforça a necessidade de fortalecer as ações integradas pelas três esferas de governo que façam interlocução com as metas municipais e estaduais estabelecidas nos seus respectivos planos (Mendes, 2016; Ministério da Saúde, 2015a).

Segundo o Decreto, a região de saúde é definida como:

> "...o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (art. 2º, I)."

Desta forma, a região de saúde juntamente com o apoio de representantes estaduais estabelecem metas e objetivos assistenciais regionais por meio das instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos chamada: Comissão Intergestora Regional. Neste contexto a regionalização se torna uma prática necessária e eficaz para superar os limites de um único município com relação as densidades e complexidade tecnológicas em saúde, a fim de garantir a solução para todos os casos de saúde da população residente, demonstrando assim que é indispensável integrar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas (Albuquerque, 2013). Conforme estabelecido no decreto, as regiões de saúde devem oferecer no mínimo ações e serviços que corresponde a: I) atenção primária; II) urgência e emergência; III) atenção psicossocial; IV) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V) vigilância em saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Para Albuquerque e Viana (2015), os processos de descentralização, regionalização e configuração de redes assistenciais nem sempre caminharam juntos desde instituição do SUS. As autoras afirmam que a indução da regionalização e conformação de redes no país só entrou na agenda da política de saúde nos anos 2000 a partir de diversas normativas, a partir das quais pode-se identificar diferentes fases. A primeira caracterizou-se por uma regionalização normativa com redes de serviço regionalizadas e hierarquizadas induzidas pela instituição da NOAS (2001). A segunda fase teve início com Pacto pela Saúde em 2006, tendo como características as regiões negociadas e redes de atenção regionalizadas e integradas. Já a terceira fase foi instituída em 2011 pelo Decreto 7508/2011, cuja indução se deu a partir de regiões negociadas e contratualizadas com as RAS.

Ainda que seja possível apontar importantes avanços no processo de regionalização, persistem desafios equitativos frente às enormes desigualdades existentes entre as necessidades em saúde e a distribuição da rede de serviços. A presença de enormes regiões destituídas da rede necessária para uma atenção integral à saúde (vazios assistenciais), reflete um processo de descentralização sem integração regional e fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior

complexidade, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população à saúde (Albuquerque e Viana, 2015; Duarte et al., 2015).

Os municípios brasileiros, em sua grande maioria (cerca de 70%) de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), muitas vezes dispõe apenas de serviços restritos à Atenção Básica (AB) e, quando existentes, alguns de Atenção Especializada (AE) de menor complexidade. tal realidade, aponta a necessidade da constituição de sistemas e redes regionalizadas, visando uma melhor organização no aporte e na alocação de recursos financeiros e tecnológicos, programação de demandas e fluxos assistenciais, acessibilidade e um atendimento mais eficiente e bem qualificado (Roese, Gerhardt e Miranda, 2015).

Diante desta realidade, é primordial que os instrumento de planejamento dos municípios que dispõe de uma maior complexidade e condições sociossanitárias, incorporem no seu escopo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde na íntegra.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO

O processo de planejamento em saúde auxilia na mobilização dos trabalhadores na perspectiva da organização do processo de trabalho, além de induzir políticas públicas em saúde pois é um instrumento que promove a governança das regiões de saúde a partir da organização das ações e serviços dos municípios que integram a região de saúde. Assim o planejamento de saúde é uma estratégia de construção integrada e ascendente do nível local ao nível federal. Dentre os instrumentos de planejamento em saúde: o Plano de Saúde, a Programações Anuais e o Relatório de Gestão – os Planos de Saúde têm destaque, uma vez que eles estabelecem objetivos, metas, diretrizes, além de prever o financiamento das ações e serviços de saúde que é a base da proposta orçamentária, requisitos básicos para o repasse de recursos de controladoria e auditoria (SALIBA et al, 2013; Ministério da Saúde; 2015a).

Segundo LIMA et AL, 2012, o processo de construção das redes de atenção à saúde aponta para uma mudança estrutural e operacional no modelo de atenção, uma vez que induz positivamente os princípios da universalidade, a partir da garantia do acesso à saúde e da integralidade, na medida em que busca integrar a oferta de ações e serviços de saúde de um território, otimizando custos, recursos humanos e tecnológicos (SILVIA, 2017).

Diante disso, vários instrumentos de planejamento e gestão são utilizados para auxiliar os gestores e trabalhadores do SUS no processo de regionalização, articulação interfederativa e implementação das RAS, dentre eles estão: os Planos de Saúde, o Relatório de Gestão, o Mapa da Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(Rename); os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões). Têm-se também as instâncias de governança regional, as Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestora Bipartite e os Grupos Condutores de Redes (apoiam as regiões na implementação das redes temáticas no território) (SILVIA, 2017).

Dentre os instrumentos de planejamento do SUS, os quais foram mencionados acima, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão são os mais básicos e utilizados. O plano de saúde, serve para definição e implementação de todas as ações, diretrizes e iniciativas de cada esfera de gestão do SUS, por um período de quatro anos, garantindo que o governo faça compromissos com o setor saúde no decorrer dos quatro anos de governo. Tais compromissos são expressos por meio de metas, diretrizes e objetivos. Para isso, faz-se necessário uma boa análise situacional, conhecimento a cerca das necessidades de saúde da população, bem como capacidade de compreender as peculiaridades da esfera de gestão (Galindo, 2016).

Estes documentos, quando construídos de forma coletiva, ou seja, a partir dos estudos dos determinantes sociais em saúde, bem como dialogado com a comunidade, demonstram o compromisso político assumido ou não pelo gestor e sua equipe de gestão. Nessa perspectiva é que o estudo documental auxilia a análise de políticas públicas, na medida em que proporciona à investigação em uma fonte privilegiada de dados, uma vez que aprofunda e aproxima as ideias (Sousa et, 2017).

Neste contexto, o planejamento regional que será definido pelos instrumentos: PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), deverá ser definido nos planos de saúde em cada esfera de gestão, deixando os gestores exercer as responsabilidades com a saúde da população, bem como o conjunto de objetivos e ações, mediante prioridades estabelecidas regionalmente, que por sua vez estarão refletidas nos planos de saúde (Brasil,2009).

Assim, no processo de regionalização, os municípios sede de região de saúde são referência para a transferência de recursos das ações e programas de âmbito regional, bem como para planejar suas ações não mais a partir de cada ente federado, mas a partir de um território delimitado, mediante avaliação das condições sociossanitárias, as características da região, possibilitando assim um maior enfrentamento as iniquidades territoriais. É no plano de saúde que serão descritas e organizadas de forma sistematizada as metas, objetivos e diretrizes (Mendes, 2016).

Diante dos desafios enfrentados na operacionalização do planejamento regional e na implementação das RAS no território é fundamental compreender como estão sendo elaborados os planos de saúde estaduais e dos municípios sede de região de saúde? Quais os atores envolvidos e como está ocorrendo as articulações regionais? Quais os espaços de governança envolvidos no processo de decisão e quais as

ferramentas utilizadas para normatizar as redes? A partir desses questionamentos que nasce o desejo de desenvolver esta pesquisa, de modo a ampliar a compreensão sobre o processo de planejamento a partir da implementação da RAS, em todo país, operacionalizado através do plano de saúde e institucionalizado por meio do Decreto 7.508 de 2011 e da Portaria 4.279 de 2010.

Por isso, é essencial restabelecer a coerência entre as reais necessidades de saúde e a forma de organização do Sistema único de Saúde. Desta forma, no âmbito do SUS é implantado o modelo em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que nasce como uma estratégia de quebra de paradigma e tem como proposta a organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, apontando para o desenvolvimento de um sistema coordenado e contínuo, baseado na colaboração e comunicação entre gestores, prestadores e usuários, visando a integração dos serviços de saúde, a educação permanente dos profissionais, priorizando o trabalho intersetorial e multidisciplinar. (Mendes,2011)

Nessa perspectiva, em 2010 o Ministério da Saúde propôs as diretrizes e os fundamentos conceituais e operativos ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como suas estratégias para a implantação. Desde então é instituída a Portaria nº 4.279 de 2010, a qual estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Portaria nº 4.279 de 2010 define Rede de Atenção à Saúde :

> é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (Ministério da Saúde, 2010)

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO

Diagnóstico do Município de Aracaju

O município de Aracaju, capital do estado de Sergipe, localizada na Região Nordeste do Brasil, sendo a segunda capital planejada do país. Sua população estimada em 2018 foi de 648.939 habitantes, o equivalente a 28% da população sergipana, apresentando uma densidade demográfica de 3.528 habitantes/km². (IBGE, 2010)

Aracaju faz parte da mesorregião do Leste Sergipano, compondo a sede da

Região de Saúde de Aracaju (CIR Aracaju), em conjunto com os municípios de Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga D'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão, com população estimada, em 2016, de 850.503 pessoas (37% da população do Estado) (TCU/DATASUS).

Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,77 considerado alto quando comparado com os outros municípios Sergipanos e na comparação com o IDH Nacional o IDHM encontra-se na média. Aracaju concentra boa parte da riqueza gerada em Sergipe, 40,59% do PIB – Produto Interno Bruto estadual que é produzido pela cidade. O setor de serviços é o mais representativo da economia local, 76,63% do PIB é desse setor. O parque industrial de Aracaju é o mais diversificado e desenvolvido do estado, 23,34% do PIB da cidade é do setor industrial (IBGE, 2010).

Por ser uma cidade de grande porte vem passando por inúmeras transformações sociais e demográficas nesses últimos anos. Um dos grandes desafios enfrentados atualmente é o seu crescimento populacional, pois leva a uma condição desordenada na ocupação dos espaços urbanos. Essa forma de ocupação determina alguns problemas sociais que ocorrem em determinadas áreas e a falta de planejamento dessa ocupação tem ocasionado demandas reprimidas em determinados serviços de infraestrutura. Algumas das consequências desse processo são: aumento da violência urbana, crescimento da pobreza, ocupações irregulares fruto de déficits habitacionais, uso inadequado de recursos naturais, degradação do meio ambiente, dentre outros.

Há um grande desafio para a gestão de Aracaju que é o envelhecimento da população, dados do último censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, apontaram um total de 51.887 pessoas idosas, considerando aqui a população com mais de 60 anos de idade, isso representava cerca de 10% de toda população do município.

Outro indicador de grande importância social é a taxa de mortalidade infantil (TMI), pois reflete, de maneira geral, nas condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. Verifica-se que em 2006 o Brasil apresentava TMI de 21,04 por mil Nascidos Vivos, já Aracaju apresentava 19,78 óbitos por mil Nascidos Vivos estando abaixo da condição nacional. Entretanto em 2016, uma década depois, o Brasil apresentava 13,3 óbitos por mil Nascidos Vivos e Aracaju 14,89 por mil Nascidos Vivos.

Diante disso, os indicadores estruturais que refletem nas condições de saúde dos munícipes de Aracaju tem sido um grande desafio para a gestão, seja pela deficiência nos estabelecimentos de saúde a partir do déficit de estrutura física e recursos humanos ou pelo número insuficiente de equipamentos de saúde que atendam de forma efetiva à população.

A partir do cenário apresentado acima, este estudo consiste em um relato de

experiência da equipe gestora que atuam na Prefeitura Municipal de Aracaju/Sergipe, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e teve como finalidade a organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento em saúde, a fim de repensar os modelos de gestão e o modelo de atenção à saúde no município de Aracaju.

O primeiro movimento para criação desta modelagem se deu a partir das percepções da Assessoria de Planejamento, da identificação dos problemas no nível de gestão, entendo que o processo de planejar saúde é vivo e que o processo de trabalho é o campo de prática fundamental para análise e priorização dos problemas. A observação se deu a partir da construção dos projetos estratégicos da Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA), que tem como base teórica e estrutural o planejamento estratégico segundo.

A PMA no início da gestão 2017 a 2020 incorporou em seu discurso e como compromisso e lema de governo "TORNAR ARACAJU UMA CIDADE INTELIGENTE, HUMANA E CRIATIVA" e como mecanismo, utilizou o planejamento como a melhor e mais eficaz ferramenta. Assim, em 2017, no início da gestão contratou um técnico especialista em PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO e realizou durante 3 meses oficinas e seminários temáticos com todas as secretarias, participaram em torno de 120 trabalhadores da gestão, dialogando sobre questões fundamentais como: importância da compreensão de planejamento estratégico, transformar o planejamento estratégico como roteiro básico nas práticas cotidianas. Toda mobilização e sensibilização resultou na elaboração e construção de focos, diretrizes, projetos, metas e ações prioritárias para gestão, assim como um sistema online de planejamento com os principais projetos, os quais são monitorados mensalmente pela pela Secretaria de Governo (SEGOV).

A metodologia utilizada para o desenvolvimentos deste trabalho encontra-se disponível no link https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2017/seplog/planejamento_vs16_web.pdf e podemos visualizar na imagem logo abaixo.

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS	
FOCO ESTRATÉGICO 1	Tornar Aracaju uma cidade inteligente, humana e criativa.
FOCO ESTRATÉGICO 2	Promover o desenvolvimento urbano e o econômico sustentáveis.
FOCO ESTRATÉGICO 3	Promover o desenvolvimento humano e social.
FOCO ESTRATÉGICO 4	Garantir a excelência na prestação dos serviços públicos e gestão orientada para resultados e para a inovação.
FOCO ESTRATÉGICO 5	Assegurar o protagonismo do munícipe na Gestão e nas Políticas Públicas.

Fonte: https://www.aracaju.se.gov.br/

Neste cenário, a Secretaria Municipal de Saúde se deparou com alguns desafios, dentre eles, o mais desafiador foi integrar os instrumentos de gestão (PMS, PAS, RDQA e RAG), com o planejamento estratégico da PMA e com isso discutir qual o modelo de gestão e atenção queremos nesta gestão. Desta forma, a Assessoria de Planejamento iniciou um trabalho de sensibilização da equipe gestora da SMS, bem como da secretária e adjunto para dialogar estes desafios.

Assim houveram várias rodas de conversas, oficinas e grupos de trabalhos. Um dos grupos realizados foi a Utilização da matriz de SWOT a fim de identificar as fragilidades e os potenciais desta equipe. A partir disso foi possível avaliar o apoio e as referências das redes e programas que compõem a equipe gestora, assim como analisamos o papel do apoio institucional e após a análise e avaliação readequamos as responsabilidades, funções e competências de cada grupo gestor.

Além disso, foi elaborado uma nova modelagem para readequação do modelo de atenção, garantindo a voz e a fala dos técnicos que compõem as equipes gestoras, construindo assim uma gestão mais democrática e compartilhada. As mudanças de prática no modelo de atenção é o que se espera nas próximas etapas desta experiência, pois acredita-se que uma gestão mais próxima dos seus trabalhadores garantindo a motivação no trabalho e a transparência nas ações permitem o fortalecimento das políticas estruturantes que compõe o SUS.

Pensando nisso, a proposta de modelagem para a Gestão foi a criação de um Comitê Gestor de Articulação em Redes, um espaço de diálogo com caráter consultivo e deliberativo, ligado diretamente ao Secretário Adjunto, onde a Atenção Básica, por meio dos apoiadores institucionais coordenaria o processo em conjunto com as Referências Técnicas das Redes Temáticas. Nele de forma transversal estaria o Núcleo de Regulação a fim de garantir os sistemas de apoio e logístico; o Centro de Educação Permanente para garantir as ações de continuidade do cuidado

por meio das ações de qualificação e educação; e a Diretoria de Vigilância que tem como papel de promover ações de promoção e prevenção à SAÚDE.

Não à toa, o modelo apresentado abaixo apresentado é comparável com o modelo de atenção pautado pelo Autor Eugênio Vilaça no seu Livro intitulado como Redes de Atenção à Saúde.

Fonte: elaborada pelo autor

Diante disso, acredita-se que os espaços coletivos de elaboração de estratégias de gestão podem mudar modelos de atenção, assim a articulação dos territórios, serviços, logística e regulação do sistema de saúde trará o que chamamos de mudanças de paradigmas, ou simplesmente uma nova visão sobre o cuidado. Assegurando, portanto o cuidado integral que garanta a produção da autonomia dos sujeitos; a continuidade da atenção com foco nas condições crônicas; e a garantia da humanização do atendimento.

Portanto, trata-se de uma proposta que está em fase de implementação, os resultados até então mensurados se deram a partir da observação das posturas e comportamentos dos atores envolvidos na gestão, como: implicação e motivação nos seus núcleos de trabalho, implicação com os gestores parceiros, motivação nas equipes. Entretanto o que se espera com essa estruturação é algo concreto que possibilite mudanças de práticas no trabalhador e consequentemente uma saúde produtora do cuidado integrado e equânime. Além disso, espera-se, impactar na organização da rede de atenção à saúde garantindo uma atenção básica resolutiva, onde 80% das condições de saúde sejam resolvidas.

Por fim esta experiência nos convocou a repensar nossas práticas a partir da construção de competências, funções e responsabilidades do coletivo de gestores pertencentes à SMS, principalmente na Diretoria de Atenção à Saúde. Possibilitou

ainda, estabelecer instrumentos de avaliação, monitoramento e qualificação desta equipe, a fim de conduzir de forma organizada e coerente o processo de trabalho das equipes. Além disso, permitiu discutir os modelos de atenção à saúde e modelo de gestão adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LIMA, J.C.F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. In: PONTE, C.F.; FALLEIROS, I. (orgs.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. P.277 - 310.

CARVALHO; CUNHA. A Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS ET AL (Orgs) Tratado de Saúde Coletiva. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006.

TEIXEIRA, C. F. S. VILASBOAS, A. L. Q. (2013) Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? Universidade Federal da Bahia, [dissertação] Universidade Federal da Bahia.

PAIM J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(spe):28–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en&nrm=iso

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei n° 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - 1. Ed., 5. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei 8.080/89. Lei Orgânica da Saúde.

SILVIA, Hudson Pacifico; MOTA, Paulo Henrique dos Santos. Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. Novos Caminhos, n.11. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br .

Sousa LA et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):301-310, 2017.

Mendes VAP, ESTUDO SOBRE O PLANEJAMENTO REGIONAL NOS ESTADOS BRASILEIROS REFERENCIA DA DISSERTAÇÃO; 2016

Duarte CMR, Pedroso M de M, Bellido JG, Moreira R da S, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2015;31(6):1163–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt

CAPÍTULO 24

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS RELAÇÕES LESBOAFETIVAS: CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE POLÍTICAS PÚBICAS ESPECÍFICAS

Emilly Ravany Marques de Moura e Silva
Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Kaline Dantas Magalhães
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Ana Michele de Farias Cabral
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal/RN

Daiana Gleice de Araújo da Silva
Universidade Potiguar
Natal/RN

Milena de Lima Pereira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal/RN

RESUMO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são causadas por vários tipos de agentes de transmissão e transmissão, por contato sexual sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa infectada e, geralmente, manifestada pelo meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, há um mito que as mulheres lésbicas não são imunes às Ists, essas relações devem ser desmistificadas e suas necessidades de saúde esclarecidas. O trabalho visa elaborar uma cartilha para mulheres lésbicas sobre as ISTs, com enfoque na prevenção e informações sobre a saúde sexual delas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foi feita a busca por bases nas bases de dados MEDLINE / BVS, LILACS e PUBMED utilizando-se os descritores: homossexualidade feminina, infecções sexualmente transmissíveis e vulnerabilidade. Os idiomas dos artigos procurados foram o português, inglês e espanhol. Alguns estudos evidenciaram a falta de conhecimento sobre as formas de transmissão das ISTs, assim como as dificuldades de acesso à informação sobre os problemas de saúde. É imprescindível um incremento na literatura de saúde reprodutiva das mulheres lésbicas. Assim, o desenvolvimento de uma iniciativa pública voltada para essa população e uma maior sensibilização de profissionais de saúde, afim de minimizar uma escassez de ações de saúde para as mulheres lésbicas.

PALAVRAS-CHAVE: Homossexualidade feminina, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Vulnerabilidade.

SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTIONS IN LESBOAFETIVE RELATIONS: CONSEQUENCES OF LACK OF SPECIFIC PUBLIC POLICIES

ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections (STIs) are caused by various types of

transmission and transmission agents, through sexual contact without the use of a male or female condom, with an infected person and usually manifested by wounds, discharge, blisters or warts , there is a myth that lesbian women are not immune to Ists, these relationships must be demystified and their health needs clarified. The paper aims to develop a booklet for lesbian women on the Ists, focusing on prevention and information on their sexual health. It is an integrative review of the literature, where the search for bases in the MEDLINE / VHL, LILACS and PUBMED databases was done using the descriptors: female homosexuality, sexually transmitted infections and vulnerability. The languages of the articles sought were Portuguese, English and Spanish. Some studies have demonstrated the lack of knowledge about the transmission of STIs, as well as the difficulties of access to information on health problems. It is essential to increase the reproductive health literature of lesbian women. Thus, the development of a public initiative aimed at this population and a greater awareness of health professionals, in order to minimize a shortage of health actions for lesbian women.
KEYWORDS: Female Homosexuality, Sexually Transmitted Infections, and Vulnerability.

1 I INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2018), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com um indivíduo infectado. Os modos de transmissão de uma IST podem acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, no parto ou na amamentação. A terminologia Doenças sexualmente transmissíveis foi substituída pela nomenclatura Infecções sexualmente transmissíveis, pelo Ministério da Saúde (2016) que destaca a possibilidade da pessoa ter e transmitir uma infecção mesmo sem ter sinais ou sintomas.

Evidenciando Oliveira et. al. (2017) o Papiloma Vírus Humano (HPV) é a IST mais comum no Brasil e do mundo, o Brasil é o país com a maior incidência, estima-se que no país, 9 a 10 milhões de pessoas sejam portadoras do vírus e que podem ser registrados 700 mil novos casos a cada ano, acometendo mais as mulheres entre 15 e 25 anos, o vírus do HPV é transmitido através das relações sexuais, para homens e mulheres, pelo contato de pele com pele, pele com mucosa e entre mucosas mas também é transmitido a partir do compartilhamento de objetos. O uso do preservativo diminui a probabilidade de contaminação, porém não elimina totalmente o contágio. Considerando que mais de um quarto da população pode ter a infecção conjunta com dois ou mais tipos do vírus, sendo um risco maior para a exposição aos subtipos oncogênicos especialmente o HPV-16 e o HPV-18.

Ressaltando Sepúlveda-Carrillo, Gloria Judith e Goldenberg, Paulete (2014) em meio a complexidade que acompanha o desencadeamento da infecção, fatores relacionados à conduta sexual, a multiplicidade de parceiras, iniciação sexual em

idade precoce, o não uso de preservativos, a não higienização, incluindo dedos e brinquedos sexuais, como também o compartilhamento desses brinquedos e antecedentes de IST's, predispõem ao contágio e desenvolvimento dessa infecção. Contudo, como atesta Rodrigues (2016) o uso do preservativo, está mais presente nas relações para evitar uma gravidez indesejada e não pelo fato de poder contrair ISTs, com isso, o uso de preservativos em relações lesboafetivas, no contexto, fique sem sentido.

Segundo Gaudad, 2013 a saúde da mulher lésbica é invisibilizada pelo Estado e pelos próprios profissionais da saúde que não sabem como aconselhá-las em relação à proteção suas relações sexuais, há um mito que as mulheres não transmitem infecção umas para as outras. Porém, isso não é verdade, as mulheres lésbicas não são imunes às Ists, essas relações devem ser desmistificadas, suas necessidades de saúde esclarecidas e um levantamento epidemiológico deve ser realizado para investimentos em políticas especificas para as mulheres lésbicas.

Indo de encontro com o que com o que foi previsto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), que compõe um conjunto de diretrizes de operacionalização que requer planos contendo estratégias e metas e sua execução exige desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde (2013) ressalta que a Política de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é considerada um grande avanço, tendo como objetivo geral a promoção da saúde integral da população de LGBT, o enfrentamento da discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal, integral e equitativo.

De acordo com um estudo feito pelo Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS do estado de São Paulo, no ano 2012, apenas 2% das lésbicas se previnem para evitar infecções sexualmente transmissíveis. Segundo Melo (2010) a ideia de que "prevenção é apenas para quem faz sexo com homens" não está apenas no imaginário das usuárias. Alguns profissionais de saúde reproduzem essa concepção atribuindo a qualidade de "não sexo" ás práticas entre mulheres, dispensando –as da necessidade do exame de "prevenção". Diante de todo o exposto se faz necessário que haja um incremento nas pesquisas sobre a sexualidade das mulheres lésbicas, assim como, a implementação das políticas públicas acima citadas, afim de que os profissionais da saúde possam prestar uma assistência mais integralizada a essa população.

O interesse por esse tema surgiu motivado por ainda viver-se em uma sociedade em que as relações lesboafetivas ainda são vistas como tabu e que a visão em torno apenas das relações heterossexuais ainda se faz muito presente, mulheres lésbicas ficam à mercê das Ists, as quais muitas vezes desconhecem as formas de contágio

e principalmente transmissão destas. Com o objetivo de elaborar uma cartilha para mulheres lésbicas sobre as Ists, com enfoque na prevenção e informações sobre a saúde sexual delas.

2 I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Invisibilidade da mulher lésbica no âmbito da saúde e na promoção das políticas públicas

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, as mulheres representam 50,6% da população brasileira, junto com os dados do Ministério da Saúde (2014) que fala que, as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) também são mulheres, já o número dessas usuárias lésbicas é desconhecido, pois, os prontuários médicos, principalmente os ginecologistas, não pedem a orientação sexual das pacientes. Como ressalta Rufino (2017), os médicos não perguntam a orientação sexual da paciente, por, na sua formação, ter presumido que toda mulher é heterossexual e não ter um conhecimento científico sobre as práticas sexuais de mulheres lésbicas.

De acordo com Coelho (2001), muitas vezes, saem dos consultórios com pílulas de prevenção à gravidez e camisinhas masculinas, além de que, quando revelam sua orientação, muitas não recebem as devidas informações sobre ISTs, nem tem seus exames realizados e nem orientadas sobre a prevenção de IST/Aids e/ou o câncer do colo do útero. Podendo criar um enganoso pensamento e muitas vezes reafirmando o mito de que apenas mulheres heterossexuais podem contraí-los, evidenciando que além da invisibilidade social, as mulheres lésbicas também sofrem invisibilidade no âmbito da saúde e da promoção de políticas públicas. Fatos evidenciados tanto na escassez de pesquisas, como Almeida (2009) ressalta que, historicamente, as relações lesboafetivas foram invisibilizadas na medicina ginecológica, quando surgiu a AIDS e a falsa crença de que a mulher lésbica seria a única não suscetível às infecções por via sexual e à Aids, fazendo com que isso ainda 9 reflita muito sobre a prestação de serviços, o atendimento dos profissionais de saúde e até mesmo a essas mulheres.

Segundo Teixeira (2014), no âmbito hospitalar, as mulheres são sempre tratadas como monogâmicas e heterossexuais e, quando perguntadas, elas assumem-se em segredo apenas para aquele profissional em que demonstrou empatia, já que, segundo Facchini e Barbosa (2006), a mulher lésbica, com medo de sofrer lesbofobia também no meio hospitalar, ela acaba escondendo sua sexualidade e até mesmo, afasta-se do âmbito hospitalar, já que, muitas vezes, por falta de informação sobre essa população, o profissional de saúde acaba agindo a partir de conceitos construídos socialmente e acabam gerando um maior risco para o aumento da

situação de vulnerabilidade às Ist/Aids, como diz Almeida (2009).

3 I METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura, onde foi feita a busca por bases nas bases de dados MEDLINE / BVS, LILACS e PUBMED utilizando-se os descritores: homossexualidade feminina, infecções sexualmente transmissíveis e vulnerabilidade. Com o intuito de buscarmos embasamento e apropriação do conhecimento acerca do tema escolhido. Os critérios de inclusão deveriam se encaixar nos seguintes pressupostos, estar no período de 2009 a 2018, ser escrito em português, inglês e espanhol, sendo específico para a população estudada e possuir texto completo online. Com os descritores citados, foram encontrados 460 artigos, dos quais, foram selecionados 47 títulos para análise de resumos por se encaixarem nos critérios de inclusão, feita a triagem, foram selecionadas 10 obras que tratavam mais precisamente sobre o assunto, para a formulação dos resultados que foram apresentados em tabelas de acordo com os objetivos da pesquisa.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

	Título	Autores	Conclusão
1	Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information.	**P O W E R , MCNAIR e CARR (2009).**	O estudo concluiu que as lésbicas geralmente sentem um baixo risco em relação às IST's por serem excluídas das campanhas de prevenção sobre práticas seguras de sexo.
2	Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas.	**ALMEIDA (2009).**	Relatou sobre todo o conceito de vulnerabilidade em que as lésbicas estão inseridas, o autor quebra os mitos de que este tipo de relação está livre das IST's, visando um atendimento médico que saiba lidar com essas mulheres, alegando que, por não estarem nos "grupos de risco" as lésbicas sofrem com a invisibilidade e os mitos que as rondam.
3	Risk reduction as an accepted framework for safer-sex promotion among women who have sex whith women.	**COX (2009).**	A pesquisa identificou que as lésbicas tem uma visão errônea de que elas tem um risco menor de contrair alguma IST e de que elas não fazem o uso de camisinhas durante suas relações sexuais

4	Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus.	**CESARINO, et al. (2010).**	As autoras constataram que há uma vulnerabilidade para a contaminação por HPV, tanto pelas práticas de risco, como pela falta de informação e conhecimento.
5	Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden.	**MOEGELIN, NILSON e HELSTROM. (2010).**	Foi visto neste estudo que mulheres que fazem sexo com mulheres fazem menos exames ginecológicos em comparação a mulheres heterossexuais.
6	The sexual behavior characteristics and STD infection status of women who have sex with women in Beijing.	**LIU, et al. (2012).**	O autor concluiu que as mulheres lésbicas apresentavam na maioria mais de uma parceira, utilizavam brinquedos sexuais e nunca ou raramente usavam preservativos
7	Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo.	**CARVALHO (2013).**	Estas mulheres reconhecem a que a busca por saúde é fundamental, sabem o que são as IST's, mas desconhecem nas relações com outras mulheres e utilizam métodos inadequados ou improvisados para a prevenção, apresentando-se assim, mais vulneráveis a contrair essas infecções. Também foi percebido que os profissionais de saúde têm dificuldade em acolher e atender a essas mulheres de forma adequada
8	Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women.	**BREYER et al. (2013).**	O uso de preventivos foi menos prevalente durante o sexo manualvaginal e mais prevalente durante a estimulação com um brinquedo sexual.
9	Representações sociais das mulheres homossexuais sobre DST: Implicações para as práticas preventivas.	**TEIXEIRA (2014).**	Com uma média de faixa etária de 20-60 anos, 27 das 30 mulheres associaram a transmissão de IST's em relações lesboafetivas apenas a falta de higiene, falta de cuidados diários e as 3 mulheres restantes, que tinham histórico de IST's em relações lesboafetivas atribuíram a transmissão dessas infecções à falta do uso do preservativo.
10	Vulnerabilidade e prevenção às DSTs nas práticas afetivo-sexuais lésbicas.	**SOUZA DE LIMA (2016).**	Foi relatado pelas mulheres deste estudo que, a ideia de maior vulnerabilidade vinha de relações sexuais com homens e que elas consideravam relações sexuais com mulheres era um fator de proteção.

Quadro 1 – Análise dos artigos pesquisados.

No que diz respeito à questão de ocorrer a transmissão de IST's nas relações lesboafetivas os 10 artigos encontrados afirmaram que durante as relações sexuais não havia preocupação com o contágio nem com a transmissão de IST's, por não se

tratar de relação heterossexual. O uso da camisinha masculina só foi relatado nas relações bissexuais (artigo 6).

O ato sexual pode acontecer de diferentes formas como vaginal, anal e oral. Todas elas apresentam riscos de contágio, devido a presença de fluidos, mucosas, pele e ainda a utilização de brinquedos sexuais sem o uso de preservativos ou mesmo boa higienização (artigos 6, 8, 9 e 10).

Em relação as formas de proteção mais utilizadas na prevenção destas IST's observou-se que a camisinha masculina é utilizada (artigos 4, 7, 8 e 10), assim como objetos de proteção inadequados como filme PVC, luvas de látex e objetos odontológicos (artigo 7 e 10).

No diz respeito as informações que os profissionais da saúde detêm sobre as formas de contágio e transmissão das IST's entre as relações lesboafetivas, a literatura demonstra que existe uma relevante desinformação por parte dos profissionais da saúde, em especial aos ginecologistas, que apenas incluem cuidados relacionados a penetração e prevenção a gravidez (artigos 5, 7 e 10).

De acordo com os resultados foi possível observar que a falta de informação a respeito do contágio e transmissão das IST's predomina nas relações lesboafetivas, evidenciando que as mulheres acreditam que essas infeções apenas ocorrem entre casais heterossexuais. As pesquisas relataram o uso do preservativo masculino, apenas se fez necessário na ocorrência de relação bissexual.

Evidenciamos ainda que a camisinha feminina não foi citada e nem utilizada pelas mulheres observadas na literatura. A camisinha feminina envolve todo o colo do útero e também os grandes lábios, cobrindo a maior parte da vulva, o que possibilita uma maior proteção nas relações lesboafetivas. As infecções não apenas são transmitidas através da penetração de dedos no canal vaginal ou anal, mas também pela troca de fluidos vaginais, pelo uso de brinquedos sexuais sem preservativos ou não substituído quando utilizado por mais de uma participante e ainda pelo contato entre as genitálias.

O uso da camisinha feminina é o método mais eficaz para a proteção nas relações lesboafetivas, por servirem de barreiras para as IST's tanto para o sexo oral e como nas relações manual-genital, mas ainda há uma lacuna que fica aberta, como a relação por meio de tribadismo, como essas mulheres que praticam esse contato em suas relações se protegeriam se, o Ministério da saúde (2008) recomenda que a mulher segure a camisinha com seus dedos, pois, na fricção das relações sexuais, esta camisinha pode sair do lugar e acabar entrando no canal vaginal, deixando assim, a vulva desprotegida.

Além desses fatores já citados, segundo o Ministério da Saúde (2017) a camisinha feminina apresenta uma maior resistência (utilizada até 8h antes do contato sexual), uma espessura menor (aumento da sensibilidade) e propriedades antialergênicas (inclusive podendo ser utilizada por mulheres que apresentam alergia ao látex). Apesar de todas as constatações quanto a maior eficiência no combate as

IST's, existem uma desinformação por parte da sociedade como um todo e uma ineficiência em relação aos órgãos e aos profissionais da saúde em disseminar esses conhecimentos.

Contudo, a camisinha masculina se apresenta como uma opção de método preventivo nas relações lesboafetivas e/ou bissexuais. (Moegelin, Nilson e Heltrom, 2010).

Corroborando com os dados do Ministério da saúde (2016) que apresenta uma maior importação da camisinha masculina (375 milhões) em comparação com a feminina (10 milhões), e a primeira é distribuída para a população por meio de campanhas, Unidades de Saúde e através de informações de onde está disponível, pelo telefone 136.

Podemos observar através da literatura a falta de informação dos profissionais de saúde acerca das práticas sexuais realizadas pelas mulheres lésbicas, em especial os ginecologistas, que deveriam adequar melhor ser prontuários, no tocante a constar a orientação sexual da paciente. Muitos profissionais, ainda na sua formação, presumem que toda mulher é heterossexual. Outro fator que influencia, é a carência de artigos científicos relacionados a esse grupo específico.

Indo de encontro com esses achados, Coelho (2001) ainda ressalta que muitas vezes, as mulheres lésbicas saem dos consultórios com pílulas de prevenção à 19 gravidez e camisinhas masculinas, além de que, quando elas revelam sua orientação, não recebem as informações adequadas e necessárias sobre as IST's, nem realizam exames referentes a prevenção do câncer do colo do útero. Dando assim, continuidade ao mito que apenas mulheres heterossexuais podem contraí-los, com isso, assim como a invisibilidade social, as mulheres lésbicas também sofrem invisibilidade no âmbito da saúde e da promoção de políticas públicas.

Ao Gaudad (2013) analisar propagandas de campanhas observou que nem as propagandas audiovisuais, vinculadas à prevenção às IST, no período de 2008 à 2012, realizadas pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites virais e verificou que nenhuma foi criada voltada para a prevenção de ISTs em mulheres lésbicas. Dados corroborados por Almeida (2009) que ressalta ainda, que historicamente, as relações lesboafetivas foram invisibilizadas na medicina ginecológica, quando surgiu a AIDS e a falsa crença de que a mulher lésbica seria a única não suscetível às infecções por via sexual e à Aids, fazendo com que isso ainda reflita muito sobre a prestação de serviços, o atendimento dos profissionais de saúde e até mesmo a essas mulheres. Segundo Teixeira (2013), no âmbito hospitalar, as mulheres são sempre tratadas como monogâmicas e heterossexuais e, quando perguntadas, elas assumem-se em segredo apenas para aquele profissional em que demonstrou empatia.

Achados corroborados por Facchini e Barbosa (2006), que demonstraram que a mulher lésbica, com medo de sofrer lesbofobia também no meio hospitalar, ela acaba escondendo sua sexualidade e até mesmo, afasta-se do âmbito hospitalar, já que, muitas vezes, por falta

de informação sobre essa população, o profissional de saúde acaba agindo a partir de conceitos construídos socialmente e acabam gerando um maior risco para o aumento da situação de vulnerabilidade às IST/Aids.

A falta de pesquisas e estudos científicos sobre o assunto, reflete diretamente no comportamento de risco e desconhecimento da população sobre às IST nas relações lesboafetivas, com isso, ao final deste trabalho foi confeccionada uma cartilha para melhor atender às necessidades tanto da população de mulheres que fazem sexo com mulheres, quanto para os profissionais de saúde, para que melhor possam atendê-las.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados fica claro a necessidade de um aperfeiçoamento das políticas públicas específicas e um maior número de pesquisas científicas voltadas para mulheres lésbicas, para que os profissionais de saúde possam oferecer o devido atendimento e educá-las sobre os melhores métodos de proteção às suas práticas sexuais, diminuindo assim o contágio e a transmissão de infecções sexuais, já que é comprovado que esse tipo de relação aumenta a vulnerabilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres em relação às IST's e demais patologias referentes ao sistema reprodutor feminino.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 2, Abril-Junho, 2009, pp. 301-331 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

ALMEIDA, Guilherme. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 2, Abril-Junho, 2009, pp. 301-331 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

BARBOSA, Regina e FACCHINI, Regina. **Saúde das mulheres lésbicas:** promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Comp.). **Camisinha feminina.** 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/156camisinha_feminina.html>. Acesso em: 19 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Comp.). **Camisinha feminina.** 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/156camisinha_feminina.html>. Acesso em: 19 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília - Df: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32

p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Guia prático sobre o HPV:** guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Você conhece o preservativo feminino?** 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/52917-voce-conhece-o-preservativo-feminino>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Você conhece o preservativo feminino?** 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/52917-voce-conhece-o-preservativo-feminino>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST".** 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 29 abr. 2018.

BREYER et al. **Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women.** International Journal Of Gynecology & Obstetrics, Califórnia, dicajan. 2013.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda e SOUZA, Solange Jobin e. **O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas":** (in)visibilidade e direitos. *Rev. psicol. polít.*[online]. 2013, vol.13, n.26, p. 111-127.

CARVALHO, Patrícia Maria Gomes de. **Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study.** 2013.

CESARINO, Claudia Bernardi et al. CONHECIMENTO DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SOBRE O PAPILOMAVÍRUS HUMANO. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 4, p.730-735, nov. 2010. Trimestral.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres:** conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001. 147 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

COX, Peta; MCNAIR, Ruth. RISK REDUCTION AS AN ACCEPTED FRAMEWORK FOR SAFER-SEX PROMOTION AMONG WOMEN WHO HAVE SEX WITH WOMEN. Austrália: Sex Health, v. 6, n. 1, mar. 2009.

GAUDAD, Luana. **A heteronormatividade em dispositivos visuais:** análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas. 2013. 63 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.**2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 19 abr. 2018.

LIMA, Michael Augusto Souza de. **Vulnerabilidade e prevenção às DST's nas práticas afetivo-sexuais de lésbicas.**2016. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

MELO, Ana Paula Lopes de. **"Mulher Mulher" E "Outras Mulheres":** gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOEGELIN, Lena; NILSSON, Bo e HELSTRÖM, Lottie. **REPRODUCTIVE HEALTH IN LESBIAN AND BISEXUAL WOMEN IN SWEDEN.** Escandinávia: Acta Obstet Gynecol Scand, v. 89, n. 2, fev. 2010.

OLIVEIRA, Luana Farias. Quem tem medo de sapatão? Salvador: Revista de Estudos Indisciplinares em Gêneros e Sexualidades, v. 1, n. 7, maio 2017.

POWER, Jennifer; MCNAIR, Ruth; CARR, Susan. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. **Culture, Health & Sexuality**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.67-81, jan. 2009.

RODRIGUES, Juliana Luiz. **Problematizações acerca do uso de métodos de proteção às DST entre lésbicas/bissexuais sob a perspectiva de gênero**. **Boletim do Instituto de Saúde,** São Paulo, v. 17, n. 2, p.138-145, dez. 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis_saude_sexual.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

RUFINO, Andrea. **Lésbicas reivindicam atendimento humanizado e livre de discriminação.** 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/52870-lesbicas-sao-mulheres-e-devem-ser-atendidas-como-tal>. Acesso em: 19 abr. 2018.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento Dst/aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Apenas 2% das lésbicas se protegem durante o sexo.** 2012. Disponível em: <http://hivempauta.com.br/2012/10/26/apenas-2-das-lesbicas-se-protegem-durante-o-sexo-diz-pesquisa-em-sp/>. Acesso em: 17 set. 2017.

SEPÚLVEDA-CARRILLO, Gloria Judith; GOLDENBERG, Paulette. **Conocimientos y prácticas de los jóvenes respecto a la Infección por el Papiloma Virus Humano - una cuestión reactualizada.** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [s.l.], v. 65, n. 2, p.152-154, 30 jun. 2014. Federacion Colombiana de Obstetricia y Ginecologia.

TEIXEIRA, Helberth Henrique Miranda. **Representações sociais das mulheres homossexuais sobre DST: implicações para às práticas preventivas.** 2014. 198 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

TEIXEIRA, Helberth Henrique Miranda. **Representações sociais das mulheres homossexuais sobre DST: implicações para às práticas preventivas.** 2014. 198 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

CAPÍTULO 25

O SEGUIMENTO COMPARTILHADO ENTRE A ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO PRIMÁRIA – INTERVENÇÃO PELO ARCO DE MAGUEREZ

Felipe Moraes da Silva
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – MA

Marinese Hermínia Santos
Docente do Curso de Enfermagem - UFMA
São Luís – MA

Eremita Val Rafael
Docente do Curso de Enfermagem - UFMA
São Luís – MA

Patrícia de Lourdes Silva Dias
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – MA

Amanda Santos Barros
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – MA

Marcos Ronad Mota Cavalcante
Mestre em Saúde e Ambiente - UFMA
São Luís – MA

Alberto Joaquim Goveia Diniz Neto
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – MA

Clístenes Alyson de Souza Mendonça
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – MA

Dannylo Ferreira Fontenele
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – MA

Luís Felipe Castro Pinheiro
Universidade de São Paulo - USP
São Luís - MA

RESUMO: Introdução: Nas últimas décadas a assistência neonatal tem sido valorizada por meio do Método Canguru, instituído como uma política pública. A vulnerabilidade dos neonatos pré-termos quanto ao crescimento e desenvolvimento requer prioridade na atenção à saúde integrada nos vários níveis. Objetivo: Descrever as dificuldades na interface entre a terceira etapa do Método Canguru e Atenção Primária em Saúde. Metodologia: Utilizou-se o Arco de Maguerez desenvolvido a partir da problematização da realidade, no acompanhamento das consultas de retorno na 3ª etapa do Método Canguru, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Resultados: Observação da realidade: identificou-se insegurança materna com relação aos cuidados com o bebê; calendário vacinal atrasado e falha no sistema de referência e contrarreferência. Pontos chaves: dificuldades na adoção de diretrizes e protocolos de atendimento à criança; necessidade de educação permanente. Teorização: o Método Canguru consolidou-se a partir de 2000 e tem se expandido em todo o Brasil estabelecendo uma interface entre a atenção primária e a atenção hospitalar, a fim de garantir o seguimento compartilhado ao neonato pré-termo. Hipóteses de solução: integração entre o serviço hospitalar e as unidades básicas de saúde; programas de educação permanente, no intuito de conduzir

os profissionais às capacitações realizadas no hospital de referência. Aplicação a realidade: realizar o levantamento das UBS, estabelecendo vínculos com as equipes da ESF partir de programas de educação permanente. Conclusão: O emprego de protocolos de referência e contrarreferência, comunicação interinstitucional, e a importância dos registros na Caderneta da Criança contribuem para a integralidade da assistência.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Método Canguru, Continuidade da Assistência ao Paciente.

THE FOLLOW-UP SHARED BETWEEN HOSPITAL CARE AND PRIMARY CARE - INTERVENTION BY ARCO DE MAGUEREZ

ABSTRACT: Introduction: In the last decades neonatal care has been valued through the Kangaroo Method, instituted as a public policy. The vulnerability of preterm infants to growth and development requires priority in integrated health care at the various levels. Objective: To describe the difficulties in the interface between the third stage of the Kangaroo Method and Primary Care in Health. Methodology: The Maguerez Arch was developed based on the problematization of reality in the follow-up of the return visits in the third stage of the Kangaroo Method, at the University Hospital of the Federal University of Maranhão. Results: Observation of the reality: maternal insecurity was identified in relation to the care with the baby; delayed vaccine schedule and failure in the referral and counter-referral system. Key points: difficulties in adopting guidelines and protocols for child care; need for continuing education. Theory: The Kangaroo Method has been consolidated since 2000 and has expanded throughout Brazil, establishing an interface between primary care and hospital care, in order to guarantee the shared follow-up of the preterm neonate. Solution hypotheses: integration between the hospital service and basic health units; permanent education programs, in order to lead professionals to the training offered at the referral hospital. Application to reality: carry out the survey of the UBS, establishing links with the ESF teams from permanent education programs. Conclusion: The use of referral and counter-referral protocols, interinstitutional communication, and the importance of records in the Child Handbook contribute to the integrality of care.
KEYWORDS: Primary Health Care, Kangaroo Method, Continuity of Patient Care.

1 I INTRODUÇÃO

A assistência ao recém-nascido tem sido valorizada nas últimas décadas. Houve mudanças que visavam o aumento na sobrevida de neonatos. Com o aumento da sobrevivência dos recém-nascido pré-termo se destaca a preocupação quanto à qualidade de vida futura. Sendo assim, o acompanhamento clínico dessas crianças durante os primeiros anos de vida é fundamental para o reconhecimento precoce de alterações no desenvolvimento e adoção de intervenções, ademais de suporte para

a família em suas necessidades e dificuldades (KARIMI et al., 2019; VIERA et al., 2013).

Em 1999, no Brasil, foi criada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru, visando humanizar o cuidado ao recém-nascido hospitalizado e buscando atender as demandas do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Atualmente, em território brasileiro, o método é formalizado enquanto Política Pública de Saúde, sendo uma ação que não alcança apenas mãe e filho, mas envolve todo seu núcleo familiar, auxiliando na formação de vínculo e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2017).

O método é desenvolvido em três etapas: a primeira etapa acontece após o nascimento RNBP na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a mãe recebe todas as informações sobre as condições de saúde do seu bebê, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal e como iniciar o contato pele a pele com seu bebê. A segunda etapa ocorre quando o recém-nascido já está com a saúde estabilizada e apresentando ganho de peso, neste momento o recém-nascido é transferido da UTIN para um alojamento conjunto, é nesse momento que é introduzido o método canguru, período que é considerado pré-alta hospitalar. E a terceira etapa corresponde ao período em que o bebê recebe alta hospitalar e a mãe dá continuidade à aplicação do método em casa, o bebê deverá ser acompanhado a nível ambulatorial e periódico até atingir o peso de 2.500g (COSTA ROMERO et al., 2019; ZIRPOLI et al., 2019).

As crianças com maior vulnerabilidade a desenvolver sequelas e que precisam de seguimento especializado, devem ter acompanhamento ambulatorial, iniciado no momento da alta hospitalar com um planejamento adequado onde devem ser pensados planos de acompanhamento e prestar esclarecimento e educação aos pais com relação aos diagnósticos, potenciais sequelas e cuidados com a criança. O seguimento ambulatorial especializado, *Follow up*, deve ser compartilhado com a Atenção Primária em Saúde (RUGOLO, 2005).

Esta linha de cuidado tem atenção especial na Primeira Infância, e sua implantação é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, entretanto, é possível notar falhas na rede de assistência prestada aos recém-nascido que recebem alta das Unidades Neonatais. Neste cenário, o presente estudo traz a utilização do Arco de Maguerez nos pressupostos da Metodologia de Problematização, aplicado à interface entre a Atenção Primária e o serviço hospitalar de referência em Método Canguru (GONTIJO et al., 2018).

2 I OBJETIVO

Descrever as dificuldades na interface entre a terceira etapa do Método Canguru e Atenção Primária em Saúde.

3 I METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido utilizando a metodologia de Problematização com o Arco de Maguerez, desenvolvida a partir da problematização da realidade, seguindo cinco etapas que auxiliam na construção de um processo crítico-reflexivo, criativo, que promove a aprendizagem significativa do estudante e contribui para possíveis mudanças necessárias nos serviços de saúde (ATIVA et al., 2012).

4 I RESULTADOS

4.1 Etapa 1 - observação da realidade

Durante a prática da disciplina Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, foram realizadas consultas de enfermagem à criança na terceira etapa do Método Canguru, observando-se de forma detalhada o seguimento ambulatorial.

Nas consultas de retorno na terceira etapa do Método Canguru foram referidas dificuldades maternas quanto as orientações oferecidas relativas ao cuidado, principalmente no que se diz respeito à alimentação da criança.

Foi possível identificar incompletude no preenchimento da Caderneta da Criança, evidenciada pela ausência do registro do endereço, telefone, nome da mãe/pai, data de nascimento, dados do parto, APGAR, idade gestacional e do período gravídico. Evidenciou-se ainda o calendário de vacinação atrasado, assim como registros incompletos das vacinas realizadas. Mães oriundas do interior relataram que se sentem desamparadas em suas cidades de origem, revelando a falta de articulação entre o serviço de referência e contrarreferência, ficando a díade mãe/bebê sem o seguimento adequado da Estratégia Saúde na Família e dificuldade de fortalecimento de vínculo coma família e criança pré-termo em cuidados domiciliares no seu primeiro mês de vida. Durante a consulta de Enfermagem foi possível observar a inexistência de um roteiro organizado e otimizado, onde foram negligenciadas questões importantes a serem levantadas, como os testes realizados no primeiro mês de vida e seus retornos. Foi possível notar a ausência de encaminhamentos para o responsável pela criança em casos de necessidade de assistência especializada e por fim a ausência do exame físico realizado pelo enfermeiro (a).

4.2 Etapa 2 - pontos-chave

Esta etapa representa, a partir de um recorte de realidade observada, houve levantamento de problemas para melhor direcionar aspectos que serão estudados através da teorização científica, reflexões e discussões promovidas no desenvolvimento das etapas seguintes do Arco de Maguerez.

Diante disso, houve alguns questionamentos e reflexões entre os docentes e estudantes sobre as práticas atualmente desenvolvidas durante a prestação de assistência no seguimento na Atenção Hospitalar. Desta forma, para elucidarmos o estudo, foram estabelecidos os seguintes pontos chaves:

- Quais são as diretrizes e protocolos vigentes para o atendimento à criança em seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e na Atenção Básica?
- O que impede o seguimento integral dos protocolos e diretrizes?
- Como deve acontecer a comunicação entre a Atenção Hospitalar de Referência e a Atenção Primária?
- A equipe saúde da família é capacitada para assistir o bebê pré-termo em cuidados domiciliares?
- Acontece educação continuada em ambas as instituições do seguimento compartilhado?

4.3 Etapa 3 – teorização

No Brasil desde 2000 o Método Canguru (MC) é executado como uma política pública, diversas crianças que seguem em acompanhamento com Atenção Primária já foram crianças prétermo, sendo assim, uma vez que há uma interface entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica é esperado que haja compartilhamento na terceira etapa do método.

O método é composto por três etapas, sendo a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio. Durante a terceira etapa o acompanhamento do bebê acontece no ambulatório e no domicílio. O Ministério da Saúde planeia a participação da Atenção Básica em parceria com o atendimento hospitalar nesta etapa, por meio das práticas das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Visita Domiciliar (BRASIL, 2017; VIERA et al., 2013; ZIRPOLI et al., 2019) .

Na terceira etapa o RN está estável, mas ainda necessita de estabilidade térmica e ganho de peso, mas essa atenção não necessita de internação hospitalar. A alta hospitalar pode ser dada a partir de 1.600g, dependendo do caso do Recém-Nascido Pré Termo (RNPT) e família, visando a continuidade a alta é definido o retorno ambulatorial, que poderá ser de uma a três vezes por semana. Em casos de alta hospitalar com o RN com menos de 2.000g o bebê deverá passar por três avaliações na primeira semana. Nessa fase, a posição canguru deverá ser realizada durante o dia e à noite. Nesse período, até o bebê alcançar 2.500 g, a posição canguru deve ser realizada durante o dia e à noite (BRASIL, 2017; MARTINS et al., 2018).

A atenção básica é fundamental no processo de continuidade de cuidado ao RNPT, devendo conhecer as etapas do MC bem como deve ter conhecimento acerca do bebê e sua família, mantendo cuidados diários ainda que o RN siga em acompanhamento com serviço hospitalar ou pelo serviço especializado. Os agentes comunitários devem estar preparados para identificar sinais de perigo e encaminhar conforme as necessidades da família e do bebê (BRASIL, 2013).

4.4 Etapa 4 - hipóteses de solução

Neste momento, através de todo o estudo realizado, foram elaboradas, de maneira crítica e objetiva, possíveis soluções para o problema apresentado. Desta maneira, seriam elas:

- Realização de um levantamento, pelo serviço hospitalar, das unidades básicas de saúde dos municípios;
- Fortalecimento de vínculos para a gravidez de risco;
- Oferta de programas de educação continuada com pactuações, no intuito de proporcionar aos profissionais capacitações a serem realizadas no hospital de referência;

5 I CONCLUSÃO

A prematuridade e/ou baixo peso ao nascer influenciam no aumento do número de óbitos infantis, por isso, o cuidado à saúde do recém-nascido, especialmente dos RN pré-termo, precisa ser repensado nos serviços de saúde. As crianças nessas condições necessitam de um acompanhamento especializado, pelo menos nos primeiros dois anos de vida.

Estudos mostram que crianças que não frequentam os serviços de seguimento apresentam resultados menos favoráveis em relação àquelas que mantêm o acompanhamento. Considerando que os cuidados após a alta hospitalar são determinantes no processo de manutenção da saúde da criança nascida em condição de risco, manifesta-se a necessidade de um modo de assistir que garanta o cuidado integral no domicílio e no acompanhamento ambulatorial.

Sabe-se que para garantir a integralidade do cuidado é necessário protocolo de referência e contra referência entre todos os níveis de atenção à saúde. A contrarreferência confere responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde, principalmente para os casos de risco. A tarefa de buscar um itinerário para o atendimento das necessidades de saúde da criança não deve ficar sob responsabilidade exclusiva da família.

O seguimento do bebê egresso da unidade neonatal demanda um cuidado diferenciado, que é disponibilizado por uma relação mais próxima entre o hospital de referência e a UBS. Isso permite a troca de informações e o acompanhamento contínuo, atendendo as necessidades especiais desta criança. Percebeu-se que

essa rede hierarquizada ainda apresenta comunicação frágil entre os diversos níveis de atenção. Não há o registro adequado sobre as condutas e encaminhamentos realizados durante o atendimento da criança e o processo de referência e contrarreferência ainda ocorre de maneira tímida.

Considerando os resultados deste estudo, é premente o fortalecimento do modelo de comunicação interinstitucional, garantindo um fluxo de referência/contrarreferência adequado e que inclua todos os serviços de saúde e que haja sensibilização dos profissionais de saúde quanto a importância do registro no atendimento à criança.

REFERÊNCIAS

ATIVA, M. et al. **ARCO DE CHARLES MAGUEREZ: REFLETINDO ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. Esc Anna Nery, v. 16, n. Jan-Mar, p. 172–177, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção Humanizada ao Recém - Nascido - Método Canguru**, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ATENÇÃO BÁSICA CADERNOS de Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**, 2013.

COSTA ROMERO, M. et al. **Contacto Piel Con Piel Tras Un Parto Por Cesarea. Puesta Al Día Y Propuesta De Actuación**. Rev Esp Salud Pública, v. 93, n. February, p. 1–10, 2019.

GONTIJO, M. L. et al. **Evasão Em Ambulatório De Seguimento Do Desenvolvimento De Pré-Termos: Taxas E Causas.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 26, n. 1, p. 73–83, 2018.

KARIMI, F. Z. et al. T**he effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis.** Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 58, n. 1, p. 1–9, 2019.

MARTINS, F. K. et al. **Influência Da Correção Da Idade Na Detecção De Riscos No Desenvolvimento Motor De Prematuros.** Saúde e Pesquisa, v. 10, n. 3, p. 417, 2018.

RUGOLO, L. M. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant**. J Pediatr (Rio J), v. 81, n. suplemento 1, p. 101–110, 2005.

VIERA, C. S. et al. **Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento pondoestatural.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 407–415, 2013.

ZIRPOLI, D. B. et al. **Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 2, p. 547, 2019.

CAPÍTULO 26

PADRÃO NUTRICIONAL DE PARTICIPANTES DE UM PROJETO EXTENSIONISTA IMPLEMENTADO NO ÂMBITO UNIVERSITÁRIO

Joyce Sousa Aquino Brito
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Elaine Aparecida Alves da Silva
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Isabel Oliveira Aires
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Yasmin Emanuelly Leal Araújo
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Maria Clara Pinto Andrade
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Suely Carvalho Santiago Barreto
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

Maria do Socorro Silva Alencar
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina-Piauí

RESUMO: O objetivo deste estudo foi demonstrar o estado nutricional dos participantes de um projeto extensionista universitário. Utilizaram-se dados antropométricos como peso, estatura, circunferência do braço, prega cutânea tricipital e circunferência da cintura de 22 indivíduos, dos sexos masculino e feminino, na faixa etária entre 54 e 86 anos. O perfil nutricional foi avaliado segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) que detectou uma distribuição igual de sobrepeso e obesidade nos adultos, e eutrofia na maioria dos idosos. Pela classificação da CB, os adultos apresentaram desnutrição leve e obesidade na mesma proporção. Enquanto, a maior parcela de idosos apresentou-se eutrófica. De acordo com a PCT, a obesidade foi prevalente entre os adultos e a desnutrição grave entre os idosos. E por último, ambos os grupos etários apresentaram risco muito aumentado para o desenvolvimento de comorbidades de acordo a circunferência da cintura. Nesse sentido, obteve-se um padrão nutricional heterogêneo entre os indivíduos, com variações em consonância às categorias aferidas, contudo, houve maior tendência para um padrão caracterizado por déficits ou excessos nutricionais, que podem no curto prazo comprometer a saúde e longevidade desses grupos assistidos por esse projeto. Sugere-se, a continuidade da assistência nutricional, por meio do monitoramento do estado nutricional, periodicamente, além de intervenções educativas sobre alimentação e

nutrição com a população estudada.
PALAVRAS-CHAVE: Grupos por Idade, Avaliação nutricional, Vigilância da saúde pública.

NUTRITIONAL STANDARD OF PARTICIPANTS OF AN EXTENSIONIST PROJECT IMPLEMENTED IN THE UNIVERSITY SCOPE

ABSTRACT: The objective of this study was to demonstrate the nutritional status of the participants of a university extension project. Anthropometric data such as weight, height, arm circumference, triceps skinfold, and waist circumference were used for 22 male and female genders in the age range between 54 and 86 years. The nutritional profile was evaluated according to the Body Mass Index (BMI), which detected an equal distribution of overweight and obesity in adults, and eutrophic in the majority of the elderly. By CB classification, adults presented mild malnutrition and obesity in the same proportion. Meanwhile, the largest proportion of elderly individuals presented a eutrophic response. According to the PCT, obesity was prevalent among adults and severe malnutrition among the elderly. And finally, both age groups presented a much increased risk for the development of comorbidities according to waist circumference. In this sense, a heterogeneous nutritional pattern was obtained among the individuals, with variations in line with the categories, but there was a tendency towards a pattern characterized by deficits or nutritional excesses, which in the short term could compromise the health and longevity of these assisted groups for this project. It is suggested the continuity of nutritional assistance by periodically monitoring nutritional status in addition to educational interventions on food and nutrition with the population studied.
KEYWORDS: Groups by Age, Nutrition assessment, Public health surveillance.

1 I INTRODUÇÃO

Atualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e vem aumentando substancialmente, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a faixa etária composta por idosos acima de 65 anos corresponde cerca 9,52% da população brasileira (IBGE, 2019). Projeta-se para o ano de 2025 que o país seja a sexta maior população idosa do mundo, alcançando 35 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MARINHO et al, 2016).

Nesse cenário de expansão da expectativa de vida, houve também, mudanças nos perfis epidemiológico e nutricional dos adultos e idosos, dentre as quais o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial, que demandam novas ações de assistência e de educação em saúde. Com isso, as atividades que vem sendo implementadas

em projetos extensionistas, de instituições públicas de ensino superior, buscam uma vigilância longitudinal integral da saúde, que propicie melhorias na qualidade de vida e na longevidade desses grupos etários, a partir dos três pilares autocuidado em saúde, aprendizagem e integração social (REIS et al., 2015; TINÔCO; ROSA, 2015).

A assistência nutricional individual ou coletiva, por meio da avaliação, diagnóstico e intervenção, no escopo desses projetos, visa o monitoramento e o acompanhamento do estado nutricional para refrear riscos e agravos à saúde (CAMPOLINA et al, 2013; PEREIRA; SPRYDES; ANDRADE, 2016).

No processo de avaliação do estado nutricional de adultos e de idosos, se utilizam várias ferramentas na aferição das medidas corporais para produzir informações básicas das variações físicas dos indivíduos, possibilitando a classificação em graus de nutrição, além de permitir boa correlação com fatores de risco para morbimortalidade. Medidas usuais como peso, estatura, circunferências e dobras cutâneas são convertidas em indicadores, a exemplo do índice de massa corporal (IMC), que apesar da sua limitação de não predizer a distribuição da gordura corporal e não diferenciar massa magra de massa gorda, é considerado um método de relevância, validação, inocuidade e fácil operacionalização no processo de atenção nutricional de grupos populacionais (RIBEIRO; MELO; TIRAPEGUI, 2018).

Outros métodos bem retratados nos estudos populacionais sobre análise nutricional são as medidas de espessura das dobras cutâneas, dentre as quais podem ser citadas a prega cutânea tricipital (PCT), que é um procedimento empregado na avaliação da composição corporal do indivíduo, como um indicador da gordura no tecido subcutâneo; e a circunferência da cintura (CC) que se constitui num preditor de disfunções cardiometabólicas e outras complicações de saúde associadas ao acúmulo de gordura na região central do corpo de homens e mulheres (GUEDES, 2018).

Desse modo, a determinação do diagnóstico nutricional pode, ainda, gerar a implementação de medidas interventivas específicas e fundamentais no suporte ao envelhecimento ativo e saudável da população assistida nesses projetos. Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo demonstrar o padrão nutricional de adultos e idosos participantes de um projeto extensionista implementado no âmbito universitário.

2 I PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, realizado em 2018, por meio de uma avaliação antropométrica de indivíduos adultos e idosos entre 54 e 86 anos, participantes efetivos do Projeto de Extensão “Educação e Saúde: suportes ao Envelhecimento Ativo” de uma Instituição Pública de Ensino Superior de uma capital nordestina, totalizando uma amostra por livre demanda de vinte e dois (22)

indivíduos, sendo vinte (20) mulheres e dois (2) homens.

Nessa avaliação, as medidas antropométricas aferidas foram: peso (kg), estatura (m), circunferências do braço - CB (cm) e da cintura - CC (cm), e prega cutânea tricipital - PCT (mm).

Para a mensuração do peso foi utilizada uma balança eletrônica portátil com capacidade de 150kg, precisão de 100g. A altura dos pesquisados (adultos e idosos), por se tratar de pessoas independentes, com adequada funcionalidade física e mental, foi medida usando-se fita métrica inelástica de 150cm, precisão de 0,1cm, posicionada com o inicio da numeração para baixo em parede plana, sem rodapé, a 50cm do piso. A partir dessas duas medidas obteve-se o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado com base na razão entre peso em quilogramas (kg) e altura em metros (m) elevada ao quadrado, cujo resultado foi expresso em (kg/m^2) (MARUCCI et al., 2015).

A classificação do estado nutricional com base no IMC dos adultos até 59 anos foi norteada pelos critérios da Organização Mundial de Saúde de acordo com as categorias: baixo peso (<18,5kg/m^2), eutrofia (≥18,5 ≤24,9 kg/m^2), sobrepeso (≥25,0 ≤29,9 kg/m^2) ou obesidade graus I (≥30,0 ≤34,9kg/m^2), II (≥35,0 ≤ 39,9kg/m^2), III (≥40,0kg/m^2). Enquanto, os indivíduos de sessenta anos e mais foram qualificados com estado nutricional: baixo peso (<22kg/m^2), eutrofia (≥22 ≤27kg/m^2) e sobrepeso (>27kg/m^2). Esse parâmetro considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento segundo a *Nutrition Screening Initiative* e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN (WHO, 1998; LIPSCHITZ, 1994).

A medida da CB de cada indivíduo foi obtida com o auxílio da fita métrica inelástica, sem pressionar os tecidos moles do braço não dominante, posicionado em ângulo de 90º graus, no ponto médio entre o olécrano e a ulna, sendo o registro da medida pelo percentil de referência, segundo idade e sexo. O percentual (%) de adequação dessa circunferência foi obtido pela seguinte fórmula: valor obtido segundo percentil por idade e sexo dividido pelo valor do percentil 50, multiplicado por 100 (GUEDES, 2018).

A PCT, expressa em mm, foi aferida com compasso de *Lange Skinfold Caliper (Beta Technolpgy Incorporated*), precisão 1mm, pressão constante de 10 g/mm. Essa variável se correlaciona com a gordura corporal total e as reservas energéticas. Essa medida foi realizada no indivíduo em posição ortostática, na face posterior do braço não dominante, pendendo livremente para a lateral, no ponto médio do processo acromial da escápula e margem inferior do olécrano da ulna, para então suavemente tracioná-la do tecido muscular adjacente (CECAN/RCO, 2003; MARUCCI et al., 2015).

O registro da medida foi feito com base no percentil de referência, segundo idade e sexo. A adequação (%) dessa medida ocorreu pela seguinte fórmula: valor obtido segundo percentil por idade e sexo dividido pelo valor do percentil 50, multiplicado por 100 (GUEDES, 2018; KUCZMARSKI; KUCZMARSKI; NAJJAR,

2000).

Ambas as medidas qualificaram os pesquisados nas seguintes categorias: desnutrido grave (< 70%), moderado (70 - 80%) ou leve (80 a 90%), eutrófico (90 a 110%), com sobrepeso (110 a 120%) ou obeso (> 120%) (FRISANCHO, 1984).

Para determinar a Circunferência da Cintura (CC), usou-se uma fita métrica inelástica de 150cm, no plano horizontal, no ponto coincidente com a distância média entre o último arco costal e a crista ilíaca ântero-superior, após uma expiração normal, sem compressão da pele (GUEDES, 2018).

Os valores classificam-se entre risco aumentado (homem: 94 – 102 cm; mulher: 80 – 88 cm) ou risco muito aumentado (homem: > 102 cm; mulher: > 88 cm) e sem risco para o desenvolvimento de comorbidades (homem: < 94 cm; mulher: < 80 cm) (WHO, 1998).

Para a apreciação dos dados, os mesmos foram inseridos em planilhas do Microsoft Excel (versão 2010). Utilizou-se a análise descritiva das variáveis, por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%), e medidas de tendência central e de dispersão.

3 I RESULTADOS

Do total de indivíduos avaliados, 27,3% (n=6) pertencia ao grupo de adultos, com média de idade igual a 56,67 (±1,97) anos, e 72,7% (n=16) ao de idosos, com média de idade igual a 66,5 (±6,39) anos, dos quais 9,1% (n=2) e 90,9% (n=20), respectivamente, eram homens e mulheres. A seguir, podem ser observados os dados do estado nutricional dos participantes, de acordo com os indicadores antropométricos IMC, CB, PCT e CC.

A figura 1 demonstra que entre os adultos, ambas as categorias do estado nutricional pelo IMC, sobrepeso e obesidade, obtiveram percentuais iguais (50%), sendo 33,3% (n=2) dos indivíduos, com obesidade grau I e, 16,7% (n=1) com obesidade grau III. Em relação aos idosos avaliados, a maior parte dos pesquisados (50%, n=8) apresentou eutrofia, seguido de (25%, n=4) baixo peso e (25%, n=4) sobrepeso.

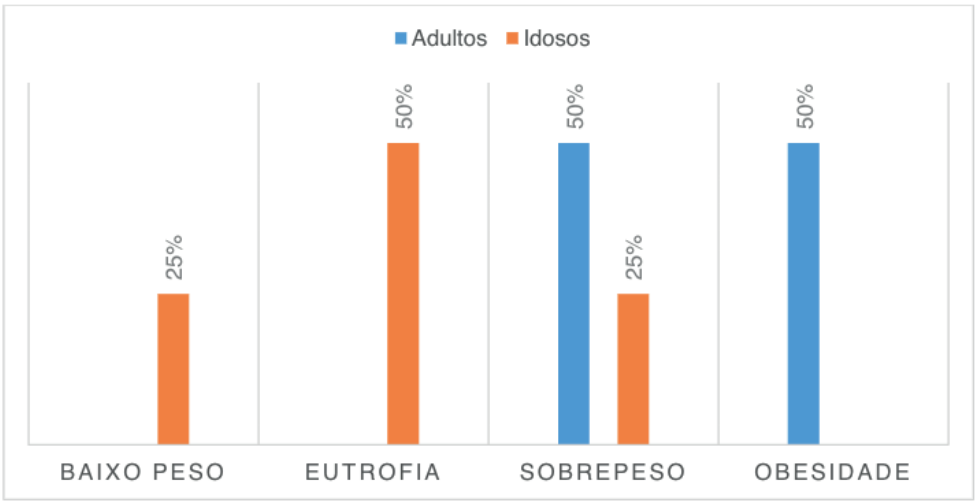


Figura 1. Estado nutricional de acordo com o IMC de adultos e idosos participantes de um projeto extensionista implementado no âmbito universitário. Teresina, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A CB (figura 2) mostrou que, em uma mesma proporção (33,3%, n=2), os adultos apresentaram desnutrição leve e obesidade. Enquanto, os idosos, apresentaram-se eutróficos (56,25%, n=9) de acordo com esse parâmetro de avaliação nutricional.

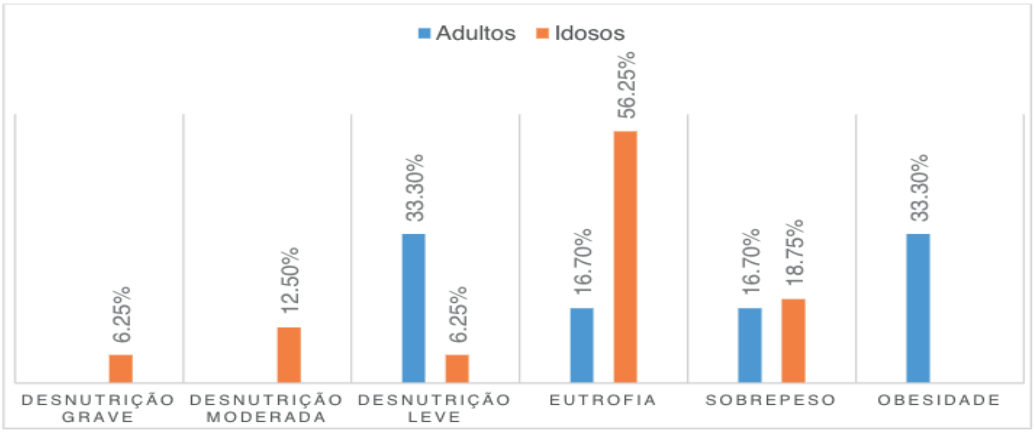


Figura 2. Estado nutricional de acordo com a CB de adultos e idosos participantes de um projeto extensionista implementado no âmbito universitário. Teresina, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que diz respeito ao estado nutricional de acordo com a PCT, a obesidade (50%, n=3) foi prevalente entre os adultos. Já em relação aos idosos, o que se destacou foi a desnutrição grave (37,5%, n=6) (Figura 3).

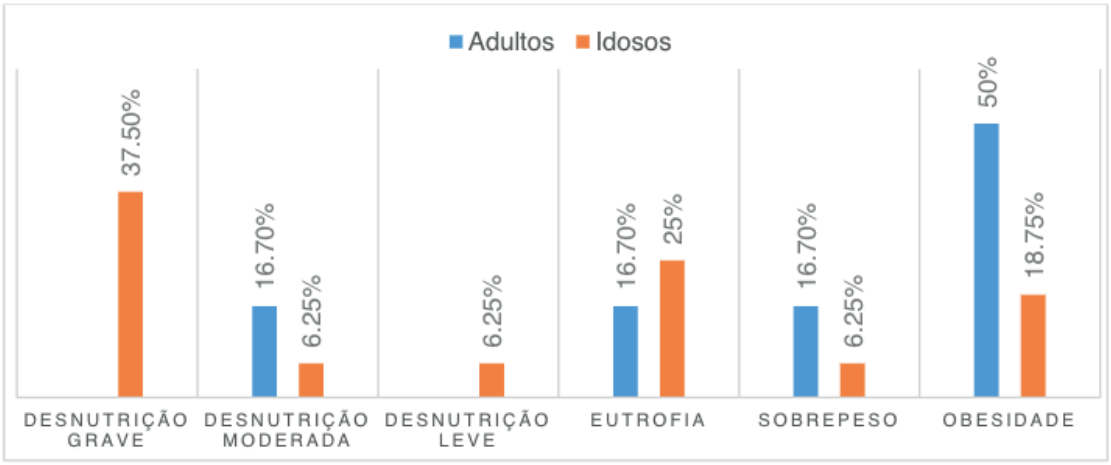


Figura 3. Estado nutricional de acordo com a PCT de adultos e idosos participantes de um projeto extensionista implementado no âmbito universitário. Teresina, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na figura 4, ambos os grupos etários apresentaram risco muito aumentado (50%) para o desenvolvimento de comorbidades de acordo a CC.

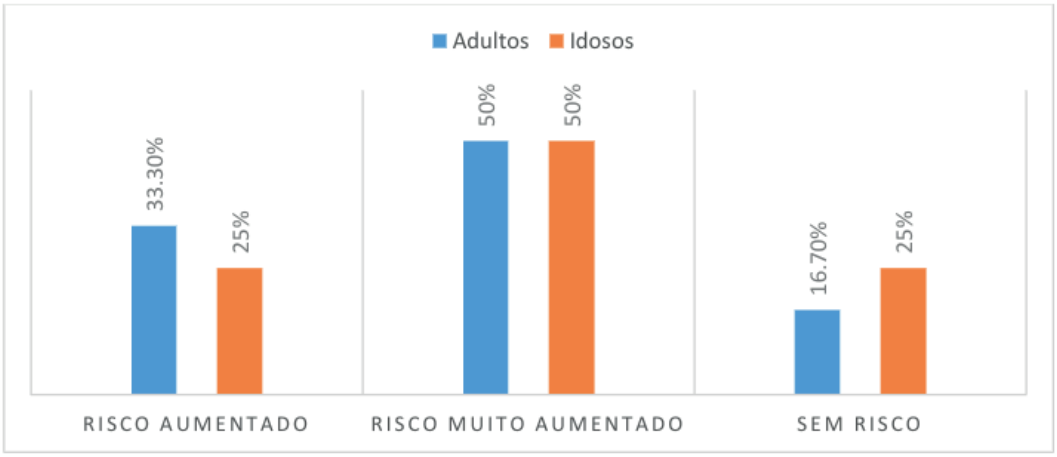


Figura 4. Estado nutricional de acordo com a CC de adultos e idosos participantes de um projeto extensionista implementado no âmbito universitário. Teresina, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4 I DISCUSSÃO

Nos dados registrados neste estudo, com uma amostra heterogênea de indivíduos adultos com mais de 50 anos e idosos, pode-se evidenciar um comprometimento do estado nutricional, em níveis diferenciados nos dois grupos etários, por meio dos quatro indicadores antropométricos analisados.

Os resultados do presente estudo demonstraram, pela análise do IMC, que apesar da maior parte do grupo de idosos apresentar eutrofia, o restante dividiu-se igualmente entre baixo peso e sobrepeso. Estes dados encontram semelhanças com

o estudo de Ferreira et al. (2014), realizado entre participantes de uma Universidade Aberta da Terceira Idade, que identificou em 50% dos pesquisados a categoria de eutrofia, 6% de baixo peso e 44% de sobrepeso.

Por sua vez, a população adulta foi qualificada nutricionalmente, por esse indicador, entre sobrepeso e obesidade, o que condiz com os registros de pesquisas contemporâneas, a exemplo do estudo VIGITEL (2016) do Ministério da Saúde, que reitera que o excesso de peso aumentou entre homens e mulheres com mais idade. Em 2016, 62,4% dos brasileiros com idade entre 45 e 64 anos tinham sobrepeso e, a prevalência de obesidade foi semelhante entre os sexos, atingindo os percentuais (22,8 e 22,9) nas faixas etárias de 45 a 54 e de 55 a 64 anos, respectivamente. Demonstrou, ainda, que a prevalência de obesidade duplica a partir dos 25 anos, sendo maior entre os que têm menor escolaridade.

Mendes et al. (2012), também, ao estudar um grupo de adultos entre 28 e 58 anos encontrou padrões antropométricos alterados: índice de massa corporal e circunferência da cintura com valores acima dos limites de referência da OMS.

Ribeiro, Melo e Tirapegui (2018) ao tempo que ressaltam as limitações do IMC, como uma medida de avaliação antropométrica de indivíduos e populações, também, destacam sua larga utilização na aferição de variações físicas e sua correlação com os riscos de agravos à saúde.

Já Lipschitz (1994) enfatiza que a utilização do IMC implica em dificuldade para a avaliação do estado nutricional em idosos devido à heterogeneidade que acompanha o envelhecimento, bem como pela presença de doenças consideradas idade-dependentes. É válido ressaltar que os resultados obtidos podem sofrer variações devido à utilização de valores de corte diferentes entre o IMC para adultos (OMS) e a classificação para idosos (NSI), que não conta com pontos de corte específicos para obesidade.

Estudos demonstram que adultos e idosos de faixas etárias mais novas apresentam maiores valores de IMC em relação à faixa etária acima dos 70 anos, pois a redução da massa muscular corporal, assim como, a diminuição da quantidade de gordura corporal tendem a diminuir depois dos 70 anos (MARTINS; MENEGUCI; DAMIÃO, 2014).

Contrariamente ao que foi encontrado no presente estudo e na pesquisa de Silva et al. (2015), em que houve maior registro de eutrofia em relação ao indicador CB, Paz, Fazzio e Santos (2012), em seu estudo com 24 idosos institucionalizados do Distrito Federal, observou que, 54,1% dos mesmos apresentaram-se desnutridos.

Os valores de PCT diminuíram com o avançar da idade, para adultos houve prevalência de obesidade enquanto que para idosos a prevalência foi de desnutrição grave, estando esses resultados em consonância com o estudo de Sass e Marcon (2015), realizado com idosos residentes na área urbana de Sarandi-PR.

Costa, Schneider e Cesar (2016), em um estudo realizado com a população idosa acima de 60 anos do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou que

metade dos idosos estudados apresentou obesidade abdominal, ou seja, homens e mulheres com valores da circunferência da cintura superiores a 102cm e a 88cm, respectivamente. Tais resultados são análogos aos encontrados no presente estudo, considerando que mais da metade dos indivíduos apresentaram essa variável acima dos pontos de corte referenciados pelo SISVAN (2011).

Portanto, houve evidência de que os pesquisados do atual estudo tinham depósitos de gordura visceral e essa gordura abdominal, por sua vez, tem relação com complicações metabólicas associadas à obesidade e contribui para o aparecimento e doenças crônicas não transmissíveis (GUEDES, 2018; MARUCCI et al., 2015).

Esses fatos têm sintonia com as alterações nos perfis epidemiológico e nutricional das populações e, também, com o processo de envelhecimento, que resulta em alterações físicas e mudanças nas dimensões corporais dos indivíduos, o que interfere na saúde e influencia negativamente na qualidade de vida. Diante disso, é de extrema relevância a avaliação do estado nutricional desses grupos etários. Antes, as alterações nutricionais, especialmente, baixo peso e desnutrição eram mais frequentes nos mais velhos, mas, atualmente, o sobrepeso e a obesidade tem se destacado em toda a população brasileira (SASS; MARCON, 2015).

Os resultados deste estudo são úteis para a implementação de intervenções nutricionais e educativas, tendo em vista melhoras na saúde, nutrição e longevidade desses grupos assistidos no projeto de extensão, contudo, se ressaltam possíveis limitações: em relação à seleção da amostra a partir de participantes de projeto de extensão com público heterogêneo (adultos e idosos); em relação ao próprio delineamento metodológico por se caracterizar como estudo transversal. Por isso, sugere-se cautela na extrapolação dos resultados do presente estudo.

5 I CONCLUSÃO

Os resultados das avaliações nutricionais comprovam um padrão nutricional heterogêneo entre os indivíduos, com variações de acordo com o indicador analisado. No entanto, houve mais destaque para as classificações déficits ou excessos. Dessa forma, são necessárias ações de orientação e de educação nutricional, que possam melhorar a saúde e qualidade de vida dos pesquisados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil. **Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão,** 2016.

CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos na prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, p.1217-1229, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000600018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

CECAN/RCO - Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Centro-Oeste. **Antropometria**. Vigilância. [Estelamaris Tronco Monego et al]. 2ed. rev. CECAN/RCO: E Atual; 2003. [Manual de técnicas e procedimentos].

COSTA, C. dos S.; SCHNEIDER, B. C.; CESAR; J. A. Obesidade geral e obesidade em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?. **Ci**ência e saúde coletiva, v. 21, n. 1, 2016.

FERREIRA, A. A. et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n. 2, p. 289-301, 2014.

FRISANCHO, R. A. New standards of weight and body composition by frame size and height for assesment of nutritional status of adults and the elderly. **The American Journal of Clinical Nutrition**, n. 40, p. 808-819, 1984.

GUEDES, D. P. Avaliação da composição corporal por técnicas antropométricas. In: RIBEIRO, S. M. L.; MELO, C, M.; TIRAPEGUI, J. **Avaliação nutricional -** teoria & prática. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, p. 43-67.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

KUCZMARSKI, M. F.; KUCZMARSKI, R. J.; NAJJAR, M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. **Journal American Dietetic Association**, v.100, p.59-66, 2000.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, p. 55-67, 1994.

MARINHO, V.T. et al. Percepção dos idosos acerca do envelhecimento ativo. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 5, 1571-1578, 2016. Disponível em: <http:// bases.bireme.br/cgi- bin/wxislind.exe/iah/o nline/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29638&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

MARTINS, T. I.; MENEGUCI, J.; DAMIÃO, R. Pontos de corte do índice de massa corporal para classificar o estado nutricional em idosos. **REFACS**, v. 3, n. 2, p. 78-87, 2014.

MARUCCI, M. F.; GOMES, M. M. B. C.; ALMEIDA-ROEDIGER, M. Nutrição em gerontologia. In: CHEMIN, S. M.; MURA, J. D, P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paul: Payá, 2015.

MENDES et al. Relação de Variáveis Antropométricas com os Perfis Pressórico e Lipídico em Adultos Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev Bras Cardiol**., v.25,n.3, p.200-209; 2012.

MONTEIRO, B. A.; MONTEIRO, M. Estilo de vida e saúde de um grupo de idosos de franca, SP. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, 2013. Disponível em: <http://ggaging.com/details/153/pt-BR/lifestyle-and-health-of-an-elderly-group-from-franca--sp>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

OSASS, A.; MARCON, S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 361-372, 2015.

PAZ, R. de C. da; FAZZIO, D. M. G.; SANTOS, A. L. B. dos. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 9-18, jan-jun 2012. Disponível em: http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/6/3. Acesso em: 14 de maio de 2019.

PEREIRA, I. F. S.; SPRYDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <https://

www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000500709&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

REIS, P. G. dos et al. As grandes transições (transformações e/ou mudanças) e seus impactos. In: TINÔCO, Adelson Luiz Araújo; ROSA, Carla Oliveira Barbosa. **Saúde do Idoso**: epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do envelhecimento, p. 3-13, 2015.

RIBEIRO, S. M. L.; MELO, C. M. de; TIRAPEGUI, J. **Avaliação nutricional**: teoria & prática. 2ed. Guanabara Koogan, 2018.

SANTOS, T. B.; DORONIN, J. A. F. Experiência de extensionista com idosos do projeto Viver Melhor no aprendizado discente. **Revista Portal de Divulgação**, n. 53, 2017. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/676/745>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

SILVA, A. L. S. da C.; SILVA, B. dos S. da; BRANDÃO, J. M.; BARROSO, S. G.; ROCHA, G. de S. Avaliação antropométrica de idosos atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói-RJ. **Demetra**, v. 10, n. 2, p. 361-374, 2015.

TINÔCO, A. L. A.; ROSA, C. O. B. **Saúde do Idoso**: epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1998. (WHO Technical Report Series, n. 854).

CAPÍTULO 27

PARTO HUMANIZADO: O PAPEL DA ENFERMAGEM EM DEFESA DA VIDA

Antonia Gomes de Almeida Neta
Faculdade Evolução do Alto Oeste Potiguar – FACEP, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Joana Angélica Leite Belarmino de Amorim
Faculdade Evolução do Alto Oeste Potiguar – FACEP, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Yaskara Letícia Duarte Trajano
Faculdade Evolução do Alto Oeste Potiguar – FACEP, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Rafael Tavares Silveira Silva
Faculdade Evolução do Alto Oeste Potiguar – FACEP, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

RESUMO: O trabalho trata-se de uma discussão bibliográfica sobre a importância do parto humanizado para a genitora e seu bebê, bem como o papel da enfermagem diante deste processo. Compreender o parto humanizado como uma oportunidade de aflorar nas mães uma relação afetiva intensa com o filho, é ter em mente a necessidade de reforçar essa ideia nos dias de hoje. A oferta em promoção a saúde é uma característica preservada pelos profissionais da área, e as possibilidades de resultados coerentes nesse aspecto só são possíveis através do fortalecimento dos laços afetivos familiares do paciente, atrelados a um atendimento coerente. O enfermeiro se mostra como um mediador interventivo entre a equipe de profissionais que participará do parto, bem como os acompanhantes da mulher. Além das atividades técnicas, deve-se acolher o sujeito em sua essência, compreendendo-o como um indivíduo único, atravessado por sua cultura e modo de vida. A relevância do parto humanizado neste contexto, se mostra como um reforço pertinente no posicionamento e defesa da humanização da saúde como elemento necessário na promoção da qualidade de vida, diminuindo os possíveis riscos surgidos em procedimentos clínicos. Este texto, portanto, está fundamentado de autores que defendem a ideia e reforçam a humanização como procedimento eficaz na busca de uma vida saudável. A busca dos dados se deu através do víeis de pesquisa digital Scielo, ampliando as discussões e mostrando que o parto humanizado é essencial nas relações afetivas e na prevenção de complicações futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, humanização, saúde, parto humanizado.

HUMANIZED DEPARTMENT: THE ROLE OF NURSING IN LIFE DEFENSE

ABSTRACT: The paper deals with a bibliographical discussion about the importance of humanized delivery for the mother and her baby, as well as the role of nursing in this process. Understanding humanized childbirth as an opportunity for mothers to have an

intense emotional relationship with their child is to keep in mind the need to reinforce this idea today. The offer in health promotion is a characteristic preserved by the professionals of the area, and the possibilities of coherent results in this aspect are only possible through the strengthening of the affective family ties of the patient, tied to a coherent service. The nurse shows himself as an intervening mediator between the team of professionals who will participate in the delivery, as well as the companions of the woman. In addition to the technical activities, the subject must be accepted in its essence, understanding it as a unique individual, crossed by its culture and way of life. The relevance of humanized childbirth in this context is shown as a relevant reinforcement in the positioning and defense of humanization of health as a necessary element in the promotion of quality of life, reducing the possible risks arising in clinical procedures. This text, therefore, is based on authors who defend the idea and reinforce humanization as an effective procedure in the pursuit of a healthy life. The search for the data was made through the Scielo digital search, expanding the discussions and showing that humanized childbirth is essential in affective relationships and in the prevention of future complications.
KEYWORDS: Nursing, humanization, health, humanized childbirth.

1 I INTRODUÇÃO

A existência humana, tal e qual como ela é, se manifesta de diversas maneiras, de acordo com o seu tempo e espaço. Na contemporaneidade, o início da vida vem se caracterizando e sendo marcada pelos avanços da medicina, que dia após dia, desenvolvem tecnologias ainda mais avançadas para facilitar a chegada dos bebês ao mundo. Os procedimentos de partos recorrentes de métodos e acrescentamentos desenvolvidos buscam eliminar qualquer possibilidade de dor durante o nascimento, fazendo com que as genitoras deixem de viver a experiência deste momento próprio da natureza do homem.

Entender esse período como um forte elo entre mãe e filho é perceber que o parto, mais que um procedimento cirúrgico, é a confirmação de aliança entre a criança e sua geradora, que se estenderá por toda uma vida. Dito isso, as pautas sobre o parto humanizado na atualidade ganham ainda mais força, justamente por se acreditar na necessidade de viver esse momento de forma única, intensificando as relações entre as partes e permitindo que a vida se encarregue de oferecer a experiência de nascimento como parte de um ciclo natural.

Matei et.al (2003, p. 16) ressalta sobre os avanços na Obstetrícia, afirmando que “o parto passou a ser visto quase como uma patologia e a parturiente como uma paciente, não participando ativamente do processo do nascimento”. Neste sentido, o que era para ser a apreciação de um instante único, acaba se tornando um momento mecanizado e metódico.

Por conseguinte, o processo de parto, seja clínico ou natural, deve ser

acompanhado por profissionais que cuidem e preservem o bem-estar físico tanto da mãe, quanto do bebê, auxiliando de maneira direta e oferecendo todas as condições necessárias para que tudo ocorra como o planejado. Dentre os tais, destaca-se nesta temática a assistência ativa da enfermagem, reforçando a ideia de cuidados e acolhimento aos pacientes antes, durante e depois do processo.

Backes et.al (2010, p. 224) reforça em seus estudos a ideia da função do enfermeiro, ressaltando que o mesmo "assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões".

Sendo assim, o conhecimento do enfermeiro(a) no momento do parto é fundamental, já que as condições dadas por esse agente beneficiarão as partes envolvidas, buscando a qualidade do serviço e garantido a preservação da saúde. Assim, o trabalho em questão buscou responder a seguinte questão: Qual a importância do papel do enfermeiro ao sustentar a ideia de parto humanizado?

Para responder tal problemática, o artigo direcionou-se através de objetivos geral e específicos, aos quais deram um norte a contextualização deste tema. Respectivamente, o objetivo geral busca analisar a participação interventiva do profissional de enfermagem diante do parto humanizado. Tem-se por objetivos específicos: identificar os benefícios do parto humanizado para as genitoras; avaliar as condições ofertadas pelo enfermeiro(a) no momento do parto; compreender a relação mãe e filho no momento do nascimento.

Para reforçar as respostas aqui apresentadas, o artigo se baseou em teorias de autores referências no assunto, fundamentando de forma sistemática as discussões levantadas. A metodologia a seguir descreverá as ferramentas e meios utilizados para busca e qualificação das fundamentações elegidas.

2 I METODOLOGIA

A metodologia apresenta de forma esmiuçadora todas as etapas da construção da temática. Nela fazem parte a tipologia e a natureza da pesquisa deste trabalho, os instrumentos as quais foram empregados para selecionar o corpus da pesquisa e os critérios elegidos para a busca de resultados póstumos. O motivo da escolha da temática é uma retomada da importância do apoio da enfermagem dentro das condições de atendimento ao parto humanizado, e como esta área pode contribuir para o avanço e aclaramento deste método dentro da produção de saúde.

2.1 Metodologia de Pesquisa

A pesquisa que dirigiu a construção deste trabalho foi basicamente a abordagem qualitativa, pois no falar de Chizzoti (1991, p 06), a pesquisa qualitativa

“é uma abordagem que valoriza os aspectos dos fenômenos, abrigando diferentes correntes”. Nessa ocasião, a investigação se baseia nas discussões dos textos e suas experiências individuais, permitindo assim um olhar amplo e diversificado a este assunto.

A abordagem qualitativa deu suporte a pesquisa bibliográfica aqui firmada, que se direciona na perspectiva do aprofundamento teórico metodológico. Para esclarecer com veemência sobre a pesquisa bibliográfica, Gerhardt & Silveira (2010, p. 69) corroboram que “os dados são obtidos a partir de fontes escritas, portanto, de uma modalidade específica de documentos, que são obras escritas, impressas em editoras, comercializadas em livrarias e classificadas em bibliotecas”.

Por meio do planejamento da pesquisa e escolha do tema parto humanizado, fora realizado uma busca detalhada proposta em literaturas já publicadas. A opção por esse tipo de pesquisa se deu pela gama de trabalhos disponíveis, tendo em vista a seriedade do debate dentro dos estudos de enfermagem, tanto por meio de materiais físicos (livros), quanto por vias de ferramentas virtuais.

2.2 Metodologia de análise dos dados

Para a busca de dados da pesquisa, foi utilizada a plataforma de pesquisa Scielo[1] e Google Acadêmico[2], sendo selecionados os textos que mais se adequaram ao tema. Com o descritor “article”, o Google Acadêmico disponibilizou mais de 17.000 (dezessete mil) resultados sobre o parto humanizado, dos quais 07 (sete) se ajustaram a esse texto. Na página do Scielo, 104 (cento e quatro) resultados foram encontrados, dos quais 03 (três) foram eleitos a esta construção.

Desses textos, o artigo se apossou das palavras de vários autores gabaritados no assunto, onde destaca-se as ponderações de Arruda (2017); Backes (2008); Campos (2016); Silva (2013); dentre outros aqui legitimados.

O critério de inclusão dos textos se deu pela análise das palavras-chave de cada artigo encontrado, relacionando-as com a temática aqui exposta. Todavia, mesmo com as palavras em mãos, foi necessário a leitura detalhada dos artigos, realizando a exclusão, caso não houvesse coerência com o assunto almejado e/ou fugisse das indicações propostas pelas palavras centrais.

3 I ENFERMAGEM: DA PROMOÇÃO À SAÚDE AO PARTO HUMANIZADO

Entender o profissional de enfermagem como um componente ativo e inerente ao paciente, é reconhecer seu papel e intervenção aos problemas que cercam o sujeito. O contato direto com o cliente permite ao enfermeiro(a) uma vivência mais

1. SciELO, A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Disponível em: < http://www.scielo.br/?lng=pt >
2. Sistema do Google que oferece ferramentas específicas para que pesquisadores busquem e encontrem literatura acadêmica. Disponível em: < https://canaltech.com.br/mercado/o-que-e-e-como-usar-o-google-academico/ >

intensa, conhecendo as condições da pessoa e como o mesmo se encontra de saúde, tanto nos termos físicos quanto mental.

O enfermeiro(a) age como um promotor de saúde, buscando equilibrar as condições dadas pelo atendimento junto com o quadro de vulnerabilidade em que o sujeito se encontra. A atenção a saúde, de modo geral, requer um conhecimento amplo, atrelado ao compartilhamento de saberes entre os profissionais, para que se possa atentar a todas as necessidades.

Promover saúde é um trabalho coletivo, onde cada qual se ampara por seus conhecimentos e técnicas específicas. O trabalho em saúde conserva, respeita e distingui a peculiaridade, a personalidade e a variabilidade das situações e precisões dos pacientes; integrando a equipe multidisciplinar sem deixar de lados as regras institucionais. (BACKES 2008)

Antes de adentrar as especificidades técnicas do atendimento, o profissional deve acolher o paciente em sua totalidade, conhecer seus medos, anseios e angustias, para que as medidas e procedimentos sejam devidamente tomadas e eleitas de acordo com a realidade de cada paciente. As possibilidades de atendimento e preservação da saúde serão precisas se as condições favorecerem o cliente, deixando-o confortável e confiante no trabalho dos profissionais que o acompanham.

A enfermagem é dotada de teorias de prevenção e cuidados a saúde, buscando alternativas que auxiliem na cura e amparo das doenças. Este profissional atua de modo integrativo com os demais componentes inseridos no sistema, de modo a garantir o atendimento em todas as vias possíveis. É cogente lembrar que o mesmo pode direcionar a dinâmica de atendimento de acordo com a situação e necessidade, sem que isso diminua ou deixe de lado a qualidade do serviço. (BACKES, 2008)

A perceptividade do profissional desta área o auxiliará na resolução do caso, facilitando sua metodologia de atendimento e ampliando as relações entre o mesmo e o paciente. Com a demanda em mãos, cabe ao enfermeiro(a), juntamente com o quadro de funcionários da saúde disponíveis, desenvolver planos de ação que viabilizem o bem-estar do sujeito, levando sempre em consideração que cada caso é composto por suas especificidades.

Todavia, é evidente que o trabalho da enfermagem só terá total eficácia se a disponibilidade e ferramentas dos serviços estiverem em dia, bem como a interação da equipe frente aos problemas encontrados. Para Silva et.al (2013, p. 747), das questões que facilitam o atendimento, “prevalecem os relacionados à estrutura do serviço em detrimento dos resultados, os quais incluem a disponibilidade de recursos materiais e físicos, além da qualificação da equipe”.

O trabalho do enfermeiro(a) vai muito além das teorias, já que sua relação com o paciente pode se intensificar a cada encontro e/ou assistência. Dente as questões de promoção a saúde, é parte do profissional manter um olhar humanizado diante do sujeito, para que as subjetividades, aprendizados e valores adquiridos ao longo da vida não sejam deixados de lado. Esse olhar diz de um aprendizado

autêntico e autônomo, derivado de um desenvolvimento humano corroborado de experiências significativas. Quando a humanização se faz presente em meio a área da saúde, todas as partes são beneficiadas, uma vez que os objetivos preservam o respeito do pensamento livre e único de cada um. Sobre isso, Rios (2009) diz que "a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde".

A ética frente as metodologias de assistência a saúde permitem um fortalecimento do serviço e um vínculo maior entre equipe e paciente, auxiliando e melhorando a qualidade dos atendimentos.

Nessa perspectiva, em meio a tantos desafios que a enfermagem enfrenta, há discussões sobre o parto humanizado, que busca a manutenção do nascimento de maneira natural, fazendo com que a mãe vivencie com intensidade a chegada de seu bebê.

O parto humanizado se caracteriza pela detecção e interação entre pacientes, equipe e família, estabelecendo vínculos e relações de respeito, levando em conta as ideias e limites de cada um. A filosofia estabelecida dentro do atendimento humanizado prioriza a intensidade da relação entre os familiares e a genitora, incluindo-os como participantes ativos deste processo. (PRISZKULNIK e MAIA 2009)

Adotar medidas de humanização na hora do parto requer atenção, desde a chegada da mãe e família ao local, até o final do processo de nascimento. As práticas tradicionais evitadas neste procedimento frequentemente, acarretam maiores riscos a saúde de ambos. Justamente por isso se reforça a ideia de parto normal, não só pelas questões de possíveis agravamentos no quadro de saúde, mas por proporcionar aos participantes um momento único. (BRASIL, Ministério da Saúde 2002)

Todavia, essas condições de parto devem ser adotadas após avaliações técnicas que visem a atual situação da mãe, desde suas condições físicas/biológicas até sua relação com as pessoas em sua volta. É um conjunto de possibilidades que devem estar em perfeita harmonia, para que os resultados esperados sejam alcançados. O próprio Ministério da Saúde (2008) ressalta a importância de acompanhamento desde o pré-natal, ao qual definirá as possibilidades de humanização na hora de adotar os procedimentos eficazes para o parto.

O papel do enfermeiro neste momento será crucial, e as medidas adotadas pela equipe farão toda a diferença. Todavia, a construção desta temática baseia-se nas contribuições da enfermagem, e como esta pode intervir no momento do parto. E é justamente sob essa concepção que os resultados a seguir se basearam.

4 I A ENFERMAGEM E O PARTO HUMANIZADO

A adesão pela humanização nos procedimentos de partos foram tomando força nos últimos anos, justamente pela necessidade de interação entre todos os envolventes, e a diminuição de procedimentos cirúrgicos que, de alguma forma, traziam riscos a saúde da mãe e de seu bebê. Santos (2012, apud Arruda et.al 2017) faz alusão a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985, mostrando a proposta da época, ao qual "recomendou o uso de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, modificações nas rotinas hospitalares e o incentivo à atuação de enfermeiras obstétricas no parto normal".

Com a ideia supracitada, a assistência humanizada podia proporcionar as mães um sentimento de confiança diante da chegada de seu filho(a). Essa experiência, na maioria dos casos, desenvolve uma autotransformação, fazendo com que as mesmas compreendam melhor seu papel diante da criança, modificando assim, segundo estudos comprovados, seu papel frente aos conceitos sociais.

Nos termos técnicos, é parte do profissional de enfermagem assistir a genitora durante seu parto normal, analisando e apontando possíveis distócias obstétricas, tendo este que estar preparado a qualquer intervenção, caso necessário, até a chegada do médico responsável. A aplicação de anestesia só será realizada, caso o quadro exija. (CAMPOS et.al. 2016)

O enfermeiro(a), além de suas técnicas e conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, deve compreender a mulher como uma pessoa fadada de ideias, culturas e saberes próprios de si. Essas questões atribuem diferentes vivências durante o parto, confirmando a ideia de que cada pessoa compreende e vive esse momento de maneira única. Neste sentido, far-se-á necessário um acolhimento significativo, que busque, minimamente, conhecer os valores e aspectos da genitora, usando essas informações ao seu favor na hora do parto. (CAMPOS et.al. 2016)

O diálogo entre o profissional da saúde e a mulher é fundamental na tomada de decisões. É preciso identificar seus anseios e sua ansiedade diante do parto. Mais que isso, é cogente identificar se essa mãe está de fato, apta e/ou com o desejo de vivenciar o parto humanizado. As dúvidas que foram surgindo paras as mães indecisas e despreparadas, devem ser esclarecidas com cuidados e saberes coerentes, já que ela é a protagonista do momento e a que mais necessita saber dos métodos a serem adotados.

A relação com a família, seja na figura paterna, ou qualquer responsável, deve ser incluída, a fim de reforçar os laços e propor um fortalecimento no nascimento. A segurança e apoio por parte das pessoas próximas trazem conforto e apoio neste momento, deixando a mãe bem mais tranquila, apesar das dores a serem enfrentadas posteriormente.

Sobre o acompanhamento, Castilho e Pires (2000, apud Longo 2008) reforçam que "as mulheres em trabalho de parto sentem necessidade de uma companhia

amiga e calorosa e que as mulheres que receberam apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir manifestaram sua satisfação".

É fundamental que a equipe compreenda a relação da mãe com as figuras externas, oferecendo espaço e condições para que essas mesmas pessoas possam estar presentes no parto humanizado, dando total segurança e amenizando, através de apoio moral, as dores naturais do nascimento.

Os benefícios de um parto normal não só intensificam os laços entre mãe e filho, como proporcionam uma recuperação mais rápida. Os serviços de atenção a saúde, neste sentido, são mediados pelo enfermeiro e demais representantes da saúde, garantindo que o parto saia como planejado. É Sempre importante ressaltar que todo e qualquer profissional é um facilitador, buscando alternativas eficazes e coerentes que proporcionem uma experiência significativa na vida do sujeito. Mais que um profissional circundado de teorias, o enfermeiro é, antes de tudo, um ser humano, e como tal, também deve agir de acordo com seu aprendizado ao longo da vida.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais que teorias fundamentadas, a área da enfermagem é conhecida por seus desafios diários e sua diversidade na execução dos atendimentos. Entender que cada paciente traz consigo suas particularidades é um ponto que deve sempre estar em evidência neste meio. É preciso que os profissionais estejam preparados a lidar com as diferentes situações, pondo em prática tudo aquilo que adquiriram ao longo da formação, sem deixar de lado o olhar humanizado, desenvolvido no decorrer da vida.

Como parte da rotina, a enfermagem também se faz presente nos trabalhos de parto, auxiliando no que for necessário para que tudo ocorra bem. As condições técnicas que lhes é direcionado, dão o suporte nas condições de saúde física do sujeito. Todavia, sabe-se que a medicalização por si só não é suficiente para que o parto tenha total eficiência. É indispensável que a família ou os responsáveis tomem parte deste processo e participem ativamente do nascimento e chegada do bebê.

A mãe precisa sentir-se segura e apoiada neste momento, para que sua experiência de parto seja positivamente válida, aflorando sua relação com a criança. O apoio técnico dos profissionais atrelados as condições e lações sentimentais da família trazem benefícios a genitora, que como resposta, se sente abraçada por todos. Assim esse momento passa a ser um procedimento coletivo, onde todas as partes dividem o mesmo anseio.

Concomitantemente, o trabalho descrito mostrou, de maneira coerente e de fácil compreensão, a importância da enfermagem no apoio ao parto humanizado, e como este reflete na vida das pessoas. A intensificação da pauta sobre humanização deve ser frisada na contemporaneidade, para que as relações estabelecidas

durante o acontecimento se estendam pela vida, refletindo diretamente nas relações sociais. Acredita-se, portanto, que as ponderações aqui estabelecidas sirvam de base fundamentada aos estudos referentes ao papel da enfermagem diante da humanização na saúde.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. A. et.la. Atuação da enfermagem no parto humanizado. [s.l.:s.n.] 2017. Disponível em: < https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1493_15052017231114.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

BACKES, D. S. et.al. **O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde**. [S.i.:s.n.], Cienc Cuid Saúde, Julho a Setembro de 2008: pp. 319-326. Disponível em: < file:///C:/Users/augus/Downloads/6490-20335-1-PB.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

BACKES, D. S. et.al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde**: **da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. [S.i.:s.n.], fevereiro de 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto. Humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília – DF, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf > Acesso em: < 18/09/2018.

CAMPOS, N. F. et.al. **A importância da enfermagem no parto natural humanizado**: **uma revisão integrativa**. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abril de 2016; pp. 47-58. Disponível em: < http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO_PRONTO.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

LONGO, C. S. M. **O parto humanizado e a participação do pai**. [s.n:] Goiânia – GO, dezembro de 2008. Disponível em: < https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/755/1/Dissertacao%20Cristiane%20%20Longo%20Enfermagem.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

MATEI, E. M. et.al. **Parto humanizado**: **um direito a ser respeitado. In: saúde materno infantil**. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, p. 16-26, abr./jun. 2003. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf > Acesso em: 17/09/2018.

PRISZKULNIK, G. MAIA, A. C. **Parto humanizado**: **influências no segmento saúde**. In: O Mundo da Saúde, São Paulo 2009, pp. 80-88. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf > acesso em: 18/09/2018.

RIOS, I. C. **Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde**. In: Revista brasileira de educação médica. São Paulo – SP, junho a setembro de 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf > acesso em: 18/09/2018.

SILVA, N. S. et.al. **Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental**. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Goiânia – GO, setembro de 2013. pp. 745-752. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/16.pdf > Acesso em: 18/09/2018.

CAPÍTULO 28

PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE A SAÚDE PREVENTIVA OFERTADA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dulcimar Ribeiro de Matos
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Fabrícia Castelo Branco de Andrade Brito
Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Francisco Lucas de Lima Fontes
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Josélia Costa Soares
Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil.

Luan da Silva Morais
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Sâmara Gabriele Ferreira de Brito
Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Maria Idalina Rodrigues
Faculdade UNINASSAU. São Luís, Maranhão, Brasil.

Ariane Freire Oliveira
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

João Victor Alves Oliveira
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Sandra Maria Gomes de Sousa
Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Lucilene da Silva Silva
Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Regina Célia Soares de Sousa
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional. Teresina, Piauí, Brasil.

RESUMO: Objetivou-se com este estudo analisar as percepções de homens sobre a saúde preventiva ofertada na Atenção Básica, bem como identificar os fatores que interferem na busca aos serviços de saúde pelo homem neste nível de atenção. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido em quatro Unidades Básicas de Saúde de Teresina, capital do Piauí. Foram entrevistados 86 homens, dos quais 20 participantes foram escolhidos por meio da amostragem de saturação teórica. A coleta dos dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Diversos fatores distanciam o homem da procura pelos cuidados ofertados pela Atenção Básica, aspectos estes que fazem com que o sujeito perca o interesse pela assistência deste nível de atenção à saúde como a demora para atendimento, a falta de acolhimento e escuta qualificada, choque de horário do atendimento com as ocupações laborais e a falta de profissionais, evidenciados pelas narrativas dos depoentes.

Políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o Programa Saúde na Hora, esta última instituída em 2019, emergem como recursos e estratégias úteis na captação de usuários e reorganização dos serviços primários de saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Saúde do Homem, Saúde Pública.

MEN'S PERCEPTIONS ON PREVENTIVE HEALTH OFFERED IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the perceptions of men about the preventive health offered in Primary Health Care, as well as to identify the factors that interfere in the search for health services by the man at this level of attention. This is a descriptive study with a qualitative approach developed in four Basic Health Units of Teresina, capital of Piauí. A total of 86 men were interviewed, of which 20 participants were selected using theoretical saturation sampling. The data collection took place after approval of the Research Ethics Committee. Several factors distancing the man from the demand for care offered by Primary Health Care, these aspects that cause the subject to lose interest in the assistance of this level of health care, such as delay in care, lack of reception and qualified listening, time shock of the attendance with the occupations labor and the lack of professionals, evidenced by the narratives of the deponents. Public policies such as the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem and the Programa Saúde na Hora, the latter set up in 2019, emerge as useful resources and strategies for capturing users and reorganizing primary health services.
KEYWORDS: Primary Health Care, Men's Health, Public Health.

1 I INTRODUÇÃO

As discussões referentes à saúde do homem apontam para subordinações a uma cultura tipicamente masculina, esta perpetuada desde os primórdios da sociedade. Os costumes patriarcais sobressaem-se e o comportamento de superioridade do homem é enaltecido, o que contribui para nutrir a ideia de que este ator é imune a doenças, forte e viril. Tal percepção é preocupante, tendo em vista a baixa procura do homem pelos serviços de saúde, tornando-o mais vulnerável as doenças que poderiam ser prevenidas (SOUSA; SOUSA, 2017).

Para o homem, adoecer é sinônimo de fragilidade, sentimento que o leva a mascarar ou até mesmo negar uma doença já existente. A procura aos serviços de saúde caracteriza-se como uma admissão de vulnerabilidade e incapacidade, sentimentos que acabam por influenciar a baixa procura pelos serviços de saúde (MOREIRA *et al.*, 2014). No Brasil, os índices de morbimortalidade no indivíduo do sexo masculino aumentam significativamente, fato que pode relacionar-se justamente

a essa não busca pelos serviços e à predisposição do homem a diversas patologias multicausais, caracterizando grande desafio à saúde pública (SANTOS *et al.*, 2015).

É relevante, portanto, à reorganização da rede de atenção à saúde do homem, com garantia da integralidade na assistência e desenvolvimento de ações de promoção à saúde, com vistas a um fácil e amplo acesso aos serviços de saúde por parte desse segmento da sociedade. Ademais, também é necessária a devida qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento à população masculina, assegurando a longitudinalidade do cuidado (LEMOS *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída por meio da Portaria Nº 1.944, em agosto de 2009. Esse aparato legal foi considerado um marco histórico para a prestação de cuidados holísticos ao homem, tendo como finalidade primordial a melhoria das condições de saúde do sujeito com faixa etária entre 20 a 59 anos, em todo o território nacional. A Política também estabelece a necessidade de assistência qualificada, visando diminuir os altos índices de morbimortalidade (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

A PNAISH associa-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e busca assegurar essencialmente a prevenção das patologias evitáveis no âmbito da Atenção Básica. É importante salientar que essa Política específica surgiu para sensibilizar tanto homens quanto profissionais da saúde acerca da atenção que deve ser dada à saúde do homem, visando um melhor entendimento do processo saúde-doença masculino e consolidação ações da Atenção Básica (PEREIRA; NERY, 2014; CARNEIRO et al., 2016).

Diante do explanado, o objetivo do presente estudo foi analisar as percepções de homens sobre a saúde preventiva ofertada na Atenção Básica, bem como identificar os fatores que interferem na busca aos serviços de saúde pelo homem neste nível de atenção.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Teresina, capital do Piauí. Na cidade existem 90 unidades, divididas por zonas: Sul (29), Norte (24), Leste (21) e Sudeste (16).

O estudo foi realizado em UBSs distribuídas em zonas distintas da capital. A seleção das unidades participantes ocorreu por método aleatório estratificado. Foram sorteadas quatro, utilizando o *software BioEstat*, versão 5.0 (**Tabela 1**).

Números sorteados	Zonas	Bairros da UBSs
15	Norte	Poty Velho
24	Sul	Irmã Dulce
18	Leste	São João
10	Sudeste	Dirceu II

Tabela 1. Unidades Básicas de Saúde sorteadas. Teresina, Piauí, Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Os dados para a elaboração deste estudo foram colhidos no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada composta por duas etapas: caracterização do perfil socioeconômico dos entrevistados e perguntas abertas relacionadas ao objetivo geral do estudo. A coleta dos dados ocorreu apenas após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial (FACID - Wyden) com N° do Parecer 2.981.482. Constituiu-se como população alvo da pesquisa homens de 25 a 60 anos, em processo de espera para atendimento, cadastrados nas UBSs selecionadas. Foram entrevistados 86 homens, dos quais 20 participantes foram escolhidos por meio da amostragem de saturação teórica.

Segundo Minayo (2014), a saturação teórica é a interrupção da busca por dados quando as respostas dos participantes apresentam uma interação e constância na avaliação do pesquisador, não tendo mais importância a persistência na coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade de cada participante. Aqueles que aceitaram participar voluntariamente do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para melhor instrumentalização da pesquisa, as entrevistas foram gravadas com recurso de aparelho gravador de voz, tendo como objetivo garantir a autenticidade dos testemunhos representados pela fala dos entrevistados para sucessivamente serem transcritas.

Como forma de assegurar anonimato aos entrevistados e a ética que rege a pesquisa, para cada participante foi utilizado o termo ENTR (de entrevistado) em caixa alta, seguido da numeração de 01 a 20 em ordem crescente, de modo que as identidades permaneceram desconhecidas.

Utilizou-se a técnica “Análise de Conteúdo” para explorar as narrativas dos entrevistados. Esse método é útil, pois organiza sistematicamente os dados coletados, de modo a não perder a originalidade das expressões dos depoentes (BARDIN, 2016).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados

Dos 86 homens participantes do estudo, 20 foram selecionados para compor a discussão. A faixa etária variou de 26 a 59 anos, sendo que as idades entre 26 a 47 anos representaram 60% da procura pelos serviços preventivos de saúde ofertados, o que demonstra que, quanto menor a faixa etária, maior a procura pelos serviços. Tal fato ajuda a inferir que os homens estão aprendendo a se cuidar.

No que diz respeito a escolaridade, 90% concluíram o ensino fundamental e médio, dado que evidencia a importância da informação na busca por melhores condições de saúde. Em relação a ocupação, 65% dos homens trabalhavam fora de casa e mesmo assim procuraram os serviços de saúde, muito provavelmente pela exigência de exames admissionais requeridos pelas empresas ou pelo fato de surgimento de sintomas que impossibilitam o sujeito de prestar suas atividades laborais.

No que se refere a raça/cor, as únicas lembradas foram a branca e a parda, com 90% considerando-se pardos. Em relação a renda individual, 75% ganhavam até um salário mínimo, o que faz com que estes homens procurem mais pelos serviços ofertados gratuitamente. Os sujeitos participantes do estudo foram caracterizados quanto aos aspectos socioeconômicos na **Tabela 2**.

Característica	N	%
Faixa etária		
26 a 39 anos	06	30
41 a 47 anos	06	30
50 a 59 anos	05	25
60 anos	03	15
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	02	10
Ensino fundamental completo	09	45
Ensino médio completo	09	45
Ocupação		
Trabalha em casa	02	10
Trabalha fora de casa	13	65
Aposentado	03	15
Não trabalha	02	10
Cor/raça		
Branca	02	10
Parda	18	90

Renda individual (R$)		
Até 1 salário mínimo	15	75
Mais de 1 salário mínimo	05	25
Total	**20**	**100,0**

Tabela 2. Características socioeconômicas dos participantes do estudo (N=20). Teresina, Piauí, Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

3.2 Motivos que levam o homem a procurar os serviços de saúde

A existência da imagem do homem como um ser invulnerável, que esconde suas emoções, ainda perpetua até os dias de hoje por receio à associação de sua figura ao sinônimo de fraqueza, o que colocaria em jogo sua masculinidade (PEREIRA *et al.*, 2015). Observou-se nos relatos dos entrevistados a resistência na procura pelos serviços de saúde, bem como a busca em ocasiões pontuais, conforme explicitado nos depoimentos de ENTR01, ENTR02, ENTR03, ENTR09, ENTR10, ENTR12 e ENTR17.

> "[...] Quando tenho que fazer um check-up" - ENTR01

> "[...] Às vezes quando passo mal, quando tenho suspeita de alguma doença ou quando não me sinto bem" - ENTR02

> "[...] Só quando estou doente" - ENTR03

> "[...] Medicação, porque eu não consigo viver sem essa medicação" - ENTR09

> "[...] Porque eu sou hipertenso, tem que acompanhar de 3 em 3 meses" - ENTR10

> "[...] Sofri um acidente, um corte no joelho e foi preciso 'pontiar' e aí eu vim para tirar esses pontos" - ENTR12

> "[...] Faz mais de 4 anos que não procuro um médico e eu não estava me sentindo bem, então arranjei um horário pra procurar" - ENTR17

Segundo Campos e Fernandes (2016), é notório o elevado índice de óbitos de homens quando comparado ao de mulheres. Essas mortes precoces poderiam ser evitadas, contudo a resistência apresentada pelos homens na entrada aos serviços de saúde é constante, mesmo após intensas campanhas de sensibilização e políticas públicas instituídas, como a PNAISH.

É demonstrado na literatura que os homens buscam menos os serviços ofertados pela Atenção Básica, e tendem a optar por serviços de atenção secundária e terciária, como hospitais, consultórios particulares e serviços de emergência (BRASIL, 2007).

Corroborando com essa informação, Carneiro *et al.* (2016) apontam que a busca pelos serviços de saúde pelo homem deve-se a ocorrência de algum agravo que o acomete, procurando ajuda apenas quando já não consegue realizar suas atividades rotineiras ou quando o sujeito faz algum tipo de acompanhamento

periódico, obrigando-o a ir com determinada frequência às unidades de saúde.

Nos depoimentos de outra parcela dos entrevistados ficou explicitado o que foi exposto acima: a busca por assistência à saúde apenas após o surgimento de algum agravo. As falas de ENTR08, ENTR13, ENTR14 e ENTR20 exemplificam.

> "[...] Eu sou pré-diabético e tenho problema de arritmia" - ENTR08

> "[...] Esse problema é de doença, quando eu tinha 23 anos eu já comecei a sentir problema de hérnia de disco e isso me levou a frequentar bem o médico, por que de vez em quando eu precisava" - ENTR13

> [...] Só procuro o médico quando estou sentindo alguma coisa, confesso a você que não diariamente, quando eu sinto algum problema eu venho procurar o médico para 'se' consultar, passar alguns exames, um acompanhamento e medicamentos" - ENTR14

> "[...] No momento estou com câncer de medula óssea, e também com suspeita que pode ser hanseníase" - ENTR20

Moreira *et al.* (2014) entendem esses achados como uma problemática de caráter grave, tendo em vista que esta postura de procura pelos serviços de saúde apenas quando uma doença ou agravo já está instalado se configura como grave problema de saúde pública, o que evidencia que o homem não se preocupa com a prevenção de patologias, fator que lhe pode trazer no futuro danos e até mesmo a morte.

Esses dados reforçam o modelo hegemônico de masculinidade, no qual o homem se prende em uma cultura que dificulta ações de autocuidado, pois alguém que se considera forte e invulnerável, ao procurar serviços de saúde de forma preventiva aproxima-se do universo feminino, visto por esses atores como frágil (LEMOS *et al.*, 2017).

Dos relatos coletados, apenas dois mostraram preocupação com a qualidade de vida na busca pela unidade de saúde de forma preventiva.

> "[...] Preocupação com a saúde". ENTR04

> "[...] Só mais por prevenção, procuro me prevenir, então venho regularmente". ENTR07

Na história, o homem já é apontado como alguém que não possui o hábito de autocuidado, sendo esta responsabilidade delegada a outras pessoas. No contexto do cuidado e saúde, os homens assumem um papel dependente quanto à atenção de sua saúde primária, delegando a cobrança pela ida à unidade de saúde as suas mães, esposas e filhas (LEMOS et al., 2017).

> "[...] Só quando acompanho minha esposa nas consultas e aproveito pra também me consultar" - ENTR16

Desse modo, Moreira *et al.* (2016) ressaltam que alguns fatores podem incentivar o autocuidado do homem com a própria saúde, como quando este recebe apoio de

parentes ou quando algo que tenha uma representatividade impactante para o homem o auxilie, como a religião. Configurando-se como fonte de apoio relacionadas a essa problemática, percebe-se que a imagem que liga o homem como superior a mulher, já começa a se modificar. Apontando o homem como um ser dominado, mesmo que indiretamente, por meio de um fator que pode ser determinante na influência sobre seu cuidado à saúde.

3.3 Obstáculos que dificultam a busca por assistência à saúde

A cada dia novas discussões são levantadas acerca do homem e sua saúde, no intuito de encontrar recursos que facilitem a adesão deste ator aos serviços, principalmente os ofertados na Atenção Básica, que é responsável por grandes ações que visam a redução da alta taxa de morbimortalidade dos homens brasileiros.

Por muito tempo a saúde do homem não foi considerada elemento importante por gestores e setores da saúde, contudo após aprovação da PNAISH é possível observar um aumento das discussões e debates para sobre o processo saúde-doença do público masculino (MOREIRA *et al.*, 2014).

Diversos fatores distanciam o homem da procura pelos cuidados ofertados pela Atenção Básica, aspectos estes que fazem com que o sujeito perca o interesse pela assistência deste nível de atenção à saúde como a demora para atendimento, a falta de acolhimento e escuta qualificada, choque de horário do atendimento com as ocupações laborais e a falta de profissionais, evidenciados pelas narrativas dos depoentes.

> "[...] A demora pra ser atendido e, às vezes, sou mal atendido" - ENTR05

> "[...] Às vezes, demora pra ser atendido, às vezes é mal atendido, com ignorância" - ENTR06

> "[...] A falta constante de profissionais na unidade" - ENTR07

> "[...] Às vezes, tem médico, às vezes não tem, mas tem enfermeiras. A dificuldade é a falta de médicos" - ENTR10

> "[...] A demora pra aguardar na fila de atendimento" - ENTR11

> "[...] No atendimento, porque eu não posso enfrentar fila por causa da demora, e eu tenho que pegar senha" - ENTR15

> "[...] O tempo e o horário do serviço" - ENTR16

> "[...] Encaixar o horário de atendimento com o médico com o horário de trabalho" - ENTR17

> "[...] Muitas vezes a desculpa da gente é a falta de tempo ou o trabalho, muitas vezes a gente diz 'Não vou porque estou sem tempo por causa do trabalho', quando a gente não tá sentindo nada a gente não vem, mas de vez em quando eu venho pra pedir alguns exames de rotina" - ENTR18

"[...] As dificuldades mesmo é a questão do tempo, vida profissional e minhas ocupações mesmo diária" - ENTR19

O estudo realizado por Teixeira e Cruz (2016) também apresenta dados que referem impaciência no tempo de espera pelo atendimento. Nas narrativas 52% dos entrevistados afirmam ter pouca paciência para ficar esperando em filas e expõem que a lentidão nos serviços prestados influencia no afastamento pelas unidades.

Vieira *et al.* (2013) explanam que diversos fatores associam-se a não busca pelo homem aos serviços de saúde como a demora no atendimento, constrangimento ao expor o corpo ao profissional atendente, receio de diagnóstico de uma patologia grave, estereótipos de gênero e não reconhecimento de ações preventivas específicas. Tais aspectos dificultam condutas de autocuidado pelo homem.

A maioria dos entrevistados neste estudo está inserida no mercado de trabalho, situação essa que acaba por dificultar a ida do público masculino a procura dos serviços prestados nas UBSs, fator esse que se correlaciona com o choque dos horários de trabalho com o funcionamento dos serviços de saúde.

Cavalcanti *et al.* (2014) demonstram em seu estudo por meio dos relatos colhidos que os homens que são provedores do lar se veem em uma realidade na qual não podem se afastar de suas atividades no trabalho para dedicar um tempo aos cuidados com a saúde.

Nesse contexto, observou-se que grande parcela dos entrevistados era responsável pelo sustento da família. Os depoentes relataram também que não podiam se afastar do trabalho para cuidar da saúde. A máxima "é melhor prevenir do que remediar" se encaixa bem aqui, tendo em vista que, quando acometidos por alguma patologia, as repercussões que esta traz as suas vidas são grandes, com necessidade de afastamento das atividades laborais por dias ou semanas, consequência que poderia ser evitada por meio de sensibilização do homem sobre a importância de acompanhamento preventivo.

É possível observar uma maior frequência de homens à procura dos serviços prestados nas UBSs quando são criados horários estratégicos para o atendimento, assim como é possível observar em outros serviços que mantêm suas atividades funcionando no horário de almoço (CORDEIRO *et al.*, 2014).

Diante dessas narrativas, faz-se necessária a existência de estratégias que visem a realização de ações voltadas ao enfrentamento e solução da incompatibilidade existente entre os horários de atendimento nos serviços de saúde e os horários de trabalho.

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria Nº 930 de 2019, o Programa Saúde na Hora (PSH) no âmbito da Atenção Básica. Tal política pública prevê a ampliação do horário de funcionamento das UBSs nos municípios que aderirem ao PSH. De modo a viabilizar o acesso aos chamados "grupos de difícil acesso" aos serviços, o PSH prevê expansão dos horários de atendimento entre 60 a 75 horas semanais (BRASIL, 2019).

Outro fator observado nas narrativas diz respeito a aspectos relacionados aos profissionais de saúde, como a falta de capacitação e até mesmo ausência deles nas UBSs. Para Moreira *et al.* (2014) existe restrição nas práticas de educação voltadas à saúde do homem e falta de capacitação dos profissionais atendentes, que não realizam acolhimento e escuta qualificada, estratégias úteis na criação de vínculo com o paciente. Quando o atendimento não é efetivo, com garantia da longitudinalidade, há riscos de resistência dos homens na busca pelos serviços ofertados na Atenção Básica.

4 I CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por meio do presente estudo permitem identificar e analisar as percepções de homens sobre os serviços ofertados na Atenção Básica e os obstáculos que dificultam a assistência a esse grupo, tido como de difícil acesso. A resistência na procura pelos serviços de saúde ainda é uma realidade neste segmento, o que torna relevante ao profissional de saúde a compreensão do universo masculino e suas singularidades para posterior adequação e implementação de condutas habitualmente desenvolvidas na Atenção Básica. Políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o Programa Saúde na Hora, esta última instituída recentemente, emergem como recursos e estratégias úteis na captação de usuários e reorganização dos serviços primários de saúde. Cabe ressaltar a importância de garantia da longitudinalidade da assistência, na criação de vínculo com a população masculina, de modo a garantir maior adesão desta às ações preventivas ofertadas na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. Edições 70, Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 930 de 15 de maio de 2019**: institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, E. L.; FERNANDES, T. M. **Saúde do homem**: índice de atendimento na unidade de saúde da família São Sebastião em Porto Velho - Rondônia no ano de 2015 a 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo). Centro Universitário São Lucas, Porto Velho (RO), 2016.

CARNEIRO, L. M. R. *et al*. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p 554-563, 2016.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014.

CORDEIRO, S. V. L. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 644-649, 2014.

LEMOS, A. P. *et al*. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. S11, p. 4546-4553, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, M. C. N. et al. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, e00060015, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F. *et al*. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.

PEREIRA, M. M. M. et al. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 9, S1, p. 440-447, 2015.

SANTOS, V. C. *et al*. Padrões de mudanças na saúde do homem a partir de indicadores demográficos e epidemiológicos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2569-2581, 2015.

SOUSA, J. C. O.; SOUSA, C. R. C. Resistência Masculina pela Atenção à Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 7, n. 9, p. 5-16, 2017.

TEIXEIRA, D. B. S.; CRUZ, S. P. L. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, p. 1-12, 2016.

TEIXEIRA, D. C. *et al*. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 563-576, 2014.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

CAPÍTULO 29

INGESTÃO DIETÉTICA DE COBRE E MARCADORES DO DANO MUSCULAR EM PRATICANTES DE MUAY THAI

Bruna Emanuele Pereira Cardoso
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Alana Rafaela da Silva Moura
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Lourrane Costa de Santana
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Yasmin de Oliveira Cantuário
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Ana Raquel Soares de Oliveira
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Jennifer Beatriz Silva Morais
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Loanne Rocha dos Santos
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Larissa Cristina Fontenelle
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Stéfany Rodrigues de Sousa Melo
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Thaline Milany da Silva Dias
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Dilina do Nascimento Marreiro
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

Kyria Jayanne Clímaco Cruz
Universidade Federal do Piauí, Departamento de Nutrição
Teresina – PI

RESUMO: O Muay Thai é um exercício físico intermitente, no qual há aumento da produção de espécies reativas de oxigênio, favorecendo o estresse oxidativo e o risco de dano muscular nos seus praticantes. Ocobre é um nutriente relevante, pois é componente da enzima superóxido dismutase, contribuindo para prevenção e controle do estresse oxidativo nesses indivíduos. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a relação entre a ingestão dietética de cobre e biomarcadores do dano muscular em praticantes de Muay

Thai. Estudo transversal do tipo caso controle, envolvendo 29 praticantes de Muay Thai e 31 indivíduos que não praticam exercício físico. Realizou-se avaliação do estado nutricional, análise da ingestão de energia, macronutrientes, fibras e cobre, e determinação das concentrações séricas das enzimas creatina quinase e lactato desidrogenase. Os participantes de Muay Thai apresentaram valores elevados de peso, índice de massa corpórea e circunferência da cintura. Houve diferença estatística entre os grupos quanto à ingestão dos macronutrientes na dieta. Os praticantes de Muay Thai ingeriram quantidades elevadas de cobre, bem como apresentaram concentração sérica elevada da enzima creatina quinase. Não houve correlação entre o teor de cobre dietético e a concentração sérica das enzimas creatina quinase e lactato desidrogenase nos grupos. Os praticantes de Muay Thai ingeriram dietas com quantidades adequadas de macronutrientes e cobre e reduzidas em fibras, bem como apresentaram concentrações séricas elevadas da enzima creatina quinase.
PALAVRAS-CHAVE: Exercício físico; Cobre; Estresse oxidativo; Creatina quinase; Lactato desidrogenase.

DIETARY INTAKE OF COPPER AND MARKERS OF MUSCLE DAMAGE IN MUAY THAI FIGHTERS

ABSTRACT: Muay Thai is an intermittent physical exercise, in which there is an increase in the production of reactive oxygen species, favouring oxidative stress and the risk of muscular damage in fighters. Copper is a relevant nutrient because it is a component of the superoxide dismutaseenzyme, contributing to the prevention and control of oxidative stress in these individuals. Thus, the objective of the present study was to evaluate the relation between dietary intake of copper and biomarkers of muscle damage in Muay Thai fighters. A cross-sectional case-control study involving 29 Muay Thai fighters and 31 individuals who did not exercise. Nutritional status, energy intake, macronutrients, fiber and dietary copper were evaluated and serum concentrations of creatine kinase and lactate dehydrogenase enzymes were determined. Muay Thai fighters presented high values of weight, body mass index and waist circumference. There was a statistical difference between the groups regarding the intake of macronutrients. Muay Thai fighters ingested high amounts of copper as well as had elevated serum creatine kinase enzyme concentrations. There was no correlation between dietary copper content and serum creatine kinase and lactate dehydrogenase enzyme concentrations in the groups. Muay Thai fighters ingested adequate amounts of macronutrients and copper and reduced amount of fiber as well as they showed elevated serum creatine kinase enzyme concentrations.
KEYWORDS: Physical exercise; Copper; Oxidative stress; Creatine kinase; Lactate dehydrogenase.

1 I INTRODUÇÃO

O Muay Thai é uma arte marcial original da Tailândia que consiste em um exercício físico intermitente no qual a intensidade do esforço varia entre máxima e submáxima com curtos intervalos de recuperação. Assim, as vias metabólicas aeróbia e anaeróbia são ativadas nesse tipo de exercício (MORTATTI et al., 2013).

Em situações de exercício físico extenuante, a exemplo do Muay Thai, ocorre danos às proteínas celulares devido à força imposta aos músculos bem como pelo aumento na utilização de oxigênio pelas mitocôndrias, o que eleva a produção de radicais livres, contribuindo para a manifestação do estresse oxidativo. Esse distúrbio metabólico está associado com o desenvolvimento de inflamação e lesão muscular, prejudicando o desempenho do atleta (ANDRADE; MARREIRO, 2011; CASTILHO; ORNELLAS, 2014).

Nesse sentido, vale ressaltar a importância da atuação do sistema de defesa antioxidante do organismo na prevenção e controle do estresse oxidativo induzido pelo exercício físico. Dessa forma, faz-se necessária a ingestão dietética de micronutrientes com função antioxidante, em quantidades adequadas, na perspectiva de aumentar a capacidade de defesa do indivíduo e reduzir a produção de radicais livres (OLIVEIRA et al., 2017; TURCATO et al., 2016).

O cobre, em particular, é componente de diversas proteínas e enzimas que desempenham funções biológicas fundamentais às células, como a defesa antioxidante, sendo cofator da enzima superóxido dismutase, além de atuarno metabolismo energéticopor meio da enzima citocromo c oxidase, e na manutenção da homeostase do ferro. Portanto, este mineral é importante para favorecer o bom desempenho de desportistas e atletas (KOURY; OLIVEIRA; DONANGELO, 2007).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a relação entre a ingestão dietética de cobre e biomarcadores do dano muscular em praticantes de Muay Thai.

2 I METODOLOGIA

Estudo transversal, do tipo caso controle, desenvolvido com 60 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária entre 20 e 50 anos, sendo alocados em dois grupos: praticantes de Muay Thai (grupo caso; n=29) e não praticantes de exercício físico (grupo controle; n= 31).A definição da amostra do estudo foi baseada na amostragem por conveniência, sendo convidados a participar do estudo todos os praticantes de Muay Thai frequentadores de 4 academias de Timon-MA e de 6 de Teresina-PI. O grupo controle foirecrutado em uma universidade pública de Teresina-PI, com características semelhantes ao grupo caso em relação a situação socioeconômica.

Os praticantes de Muay Thai foram selecionados por meio de entrevista, realizada em sala de atendimento nas academias. Os critérios de inclusão foram: ser praticante de Muay Thai há pelo menos seis meses (grupo caso) ou não praticar

exercício físico (grupo controle); não ser fumante e não fazer uso de medicamentos e/ou suplementos nutricionais que possam influenciar na avaliação dos marcadores do dano muscular, bem como não ser mulher gestante ou lactante.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, parecer n°1.890.972 e o estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012).

2.1 Avaliação do Estado Nutricional

Para avaliação do estado nutricional, foi utilizado o índice de massa corpórea (IMC), calculado a partir do peso do participante do estudo, dividido por sua estatura elevada ao quadrado. A classificação do estado nutricional, a partir da distribuição do IMC, foi realizada segundo a recomendação da WHO (2000).

A circunferência da cintura foi aferida utilizando fita métrica não extensível, e sua classificação foi realizada segundo os valores da WHO (2008). As dobras cutâneas tricipital, torácica, subescapular, supra ilíaca, axilar média, abdominal e coxa medial foram aferidas em pontos anatômicos específicos do corpo com auxílio do adipômetro, marca Sanny.

Realizou-se o cálculo da densidade corporal (DC), utilizando a equação de sete dobras cutâneas proposta por Jackson e Pollock (1978) e, em seguida, foi calculado o percentual de gordura pela equação de Siri (1961). A classificação do percentual de gordura corporal foi realizada de acordo com a tabela de Pollock e Wilmore (2009).

2.2 Avaliação do Consumo Alimentar

A avaliação do consumo alimentar foi feita por meio de um inquérito alimentar realizado de acordo com a técnica de registro alimentar de três dias, compreendendo dois dias da semana e um dia do final de semana. O consumo alimentar de energia, macronutrientes, fibras e cobre foi analisado utilizando o *software "Nutwin*", versão 1.5 do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (ANÇÃO et al.,2016). Os alimentos não encontrados no programa foram incluídos tomando por base as informações nutricionais contidas na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos –TACO (2011) e Tabela de Composição Nutricional dos Alimentos Consumidos no Brasil - IBGE (2011).

Os valores da ingestão de energia, macronutrientes, fibras e cobre foram inseridos na plataforma online *Multiple Source Method* (MSM, 2011), versão 1.0.1, para ajustes da variabilidade intrapessoal e interpessoal e estimativa do consumo habitual desses nutrientes. Em seguida, os dados foram ajustados em relação à energia, segundo o método residual (FISBERG *et al.,* 2005; JAIME *et al.,* 2003; WILLETT; STAMPFER, 1986).

A adequação dos valores de ingestão dos macronutrientes foi avaliada

considerando a faixa de distribuição aceitável dos macronutrientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2005). Para verificar a adequação da ingestão alimentar de cobre, a EAR contida nas DRIs foi utilizada como referência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

2.3 Determinação de Biomarcadores do Dano Muscular

Foram coletados 4 mL de sangue venoso, estando os participantes da pesquisa em jejum mínimo de 4 horas. Os praticantes de Muay Thai, em particular, também não realizaram exercício físico nas 24 horas que antecederam a coleta. O sangue coletado foi colocado em tubo sem anticoagulante para a determinação das enzimas creatina quinase e lactato desidrogenase.

O soro foi separado do sangue total por centrifugação (SIGMA® 4K15) a 1831xg durante 15 minutos a 4 ºC. Em seguida, o soro foi extraído com pipeta automática e acondicionado em microtubos de polipropileno, sendo posteriormente conservados a -80 °C(WHITEHOUSE *et al.,* 1982). A determinação das concentrações séricas das enzimas creatina quinase e lactato desidrogenase foi realizada em analisador bioquímico automático, utilizando kits Labtest.

2.4 Análise Estatística

Os dados foram organizados em planilhas do Excel®, para realização de análise descritiva das variáveis observadas nos grupos estudados. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa SPSS (for *Windows®* versão 22.0) para análise estatística dos resultados.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado para verificar a normalidade dos dados. Em seguida, para fins de comparação entre os grupos estudados, o teste "t" de *Student* foi utilizado para as variáveis com distribuição normal, e o teste de *Mann-Whitney* para aquelas com distribuição não paramétrica. Os coeficientes de correlação linear de *Pearson* e *Spearman* foram utilizados para o estudo das correlações. A diferença foi considerada estatisticamente significativa quando o valor de $p<0,05$, adotando-se um intervalo de confiança de 95%.

3 I RESULTADOS

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino, representando 62,1% do grupo caso e 67,7% do controle. A Tabela 1 apresenta os valores médios e desvios padrão de parâmetros antropométricos e da composição corpórea dos participantes do estudo. Houve diferença entre os grupos quanto à idade, peso, IMC e circunferência da cintura, sendo os valores médios elevados nos praticantes de Muay Thai, quando comparados ao grupo controle.

Parâmetros	Muay Thai (n=29) Média ± DP	Controle (n=31) Média ± DP	p
Idade (anos)	27,48 ± 7,22	23,52 ± 4,80	0,039*
Peso corporal (kg)	70,95 ± 12,85	61,26 ± 9,50	0,001*
Estatura (m)	1,66 ± 0,08	1,64 ± 0,07	0,316
IMC (kg/m^2)	25,54 ± 3,79	22,58 ± 2,49	0,001*
CC (cm)	79,46 ± 8,48	72,46 ± 8,09	0,002*
%GC	20,80 ± 7,59	18,34 ± 5,30	0,153

Tabela 1. Valores médios e desvios padrão de parâmetros antropométricos e composição corporal dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Teresina-PI, Brasil, 2017.

*Valores significativamente diferentes entre os praticantes de Muay Thai e grupo controle, teste *t* de *Student* ou *Mann-Whitney* (p<0,05). IMC = Índice de Massa Corpórea; CC = Circunferência da Cintura; %GC = Percentual de gordura corporal.

A Tabela 2 mostra os valores médios e desvios padrão da ingestão de energia, macronutrientes e fibras dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Apesar do percentual de distribuição dos macronutrientes encontrar-se dentro da faixa de distribuição aceitável, houve diferença estatística entre os grupos avaliados quanto à ingestão total dos macronutrientes na dieta, expressos em gramas/dia.

Energia/ Nutrientes	Muay Thai (n=29) Média ± DP	Controle (n=31) Média ± DP	p
Energia (Kcal)	1865,68 ± 274,30	1733,67 ± 355,48	0,115
Carboidrato (g)	239,26 ± 13,56	225,52 ± 24,24	0,009*
Carboidrato (%)	51,37 ± 3,89	52,62 ± 5,18	0,300
Proteína (g)	94,28 ± 13,40	81,04 ± 14,15	<0,001*
Proteína (%)	20,19 ± 2,64	19,00 ± 3,89	0,174
Lipídio (g)	59,07 ± 7,63	54,20 ± 9,21	0,030*
Lipídio (%)	28,44 ± 3,12	28,38 ± 4,36	0,956
Fibras (g)	11,33 ± 5,09	10,97 ± 4,47	0,767

Tabela 2. Valores médios e desvios padrão da ingestão de energia, macronutrientes e fibras dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Teresina-PI, Brasil, 2017.

Teste *t* de *Student* (p>0,05). Valores de referência: 10 a 35% de proteína, 20 a 35% de lipídio e 45 a 65% de carboidratos; 25 gramas de fibras/dia para mulheres e 38 gramas de fibras/dia para homens (INSTITUTE OF MEDICINE,2005).

A tabela 3 apresenta os valores médios e desvios padrão da ingestão dietética de cobre para os grupos estudados. Os praticantes de MuayThai ingeriram quantidades

equivalentes de cobre em relação ao grupo controle.

• Nutrientes	• Muay Thai • Média ± DP		• Controle • Média ± DP		• p
	• Feminino • (n=18)	• Masculino • (n=11)	• Feminino (n=21)	• Masculino • (n=10)	
Cobre	812,67 ± 185,00	788,72 ± 337,68	966,69 ± 727,50	887,60 ± 345,37	0,403

Tabela 3. Valores médios e desvios padrão da ingestão dietética dos minerais zinco e cobre dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Teresina-PI, Brasil, 2017.

*Valores significativamente diferentes entre os praticantes de Muay Thai e grupo controle, teste *Mann-Whitney* (p<0,05). Valores de referência: 700 μg de cobre/ dia para homens e mulheres com 19 a 50 anos (INSTITUTE OF MEDICINE,2001).

Os valores médios e desvios padrão dos biomarcadores do dano muscular analisados estão apresentados na tabela 4. Verificou-se valores elevados da concentração sérica da enzima creatina quinase nos praticantes de Muay Thai, quando comparados ao grupo controle (<0,001).

Biomarcadores	**Muay Thai (n=29) Média ± DP**	**Controle (n=31) Média ± DP**	**p**
Creatina quinase	150,39 ± 118,77*	67,50 ± 46,09	<0,001
Lactato desidrogenase	372,17 ± 72,51	338,90 ± 72,45	0,081

Tabela 4. Valores médios e desvios padrão de biomarcadores do dano muscular dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Teresina-PI, Brasil, 2017.

*Valores significativamente diferentes entre os praticantes de Muay Thai e grupo controle, teste *t* de *Student*ou teste *Mann-Whitney* (p<0,05).

Na tabela 5, pode-se observar que a correlação não significativa entre as quantidades de cobre ingeridas e a concentração sérica das enzimas creatina quinase e lactato desidrogenase em ambos os grupos.

Nutrientes	**Creatina quinase**				**Lactato desidrogenase**			
	Muay Thai		**Controle**		**Muay Thai**		**Controle**	
	r	P	r	P	r	p	R	P
Cobre	-0,329	0,087	-0,197	0,298	-0,173	0,369	-0,145	0,436

Tabela 5. Análise de correlação entre a ingestão dietética de zinco e cobre e biomarcadores do dano muscular dos praticantes de Muay Thai e grupo controle. Teresina-PI, Brasil, 2017.

*Correlação Linear de *Pearson* ou *Spearman* (p<0,05).

4 I DISCUSSÃO

No presente estudo, foi avaliada a relação entre a ingestão dietética do mineral cobre e biomarcadores do dano muscular em praticantes de Muay Thai. Nesse sentido, é oportuno mencionar que os desportistas avaliados apresentaram valores médios do IMC elevados, em relação ao grupo controle, indicando sobrepeso entre os praticantes de Muay Thai, de acordo com a classificação da WHO (2000). No entanto, ressalta-se que esse parâmetro não é tão fidedigno na avaliação do estado nutricional de atletas, pois não considera a composição corporal do indivíduo (FERREIRA; BENTO; SILVA, 2015).

Diversos estudos, realizados em atletas de futsal e handebol, também têm evidenciado valores elevados do IMC nesses indivíduos. Os pesquisadores destacaram que os atletas, em geral, apresentam percentual elevado de massa magra, que não é diferenciado por esse indicador antropométrico (ANJOS et al., 2014; FAGUNDES; BOSCAINI, 2014; RODRIGUES et al., 2013).

Nesse contexto, apesar da diferença observada entre os grupos, os valores da circunferência da cintura encontravam-se adequados, de acordo com WHO(2008). Além disso, os participantes do presente estudo também apresentaram percentual de gordura corporal dentro da média, independente do sexo(POLLOCK, WILMORE, 1993).

Esses resultados podem ratificar a ideia de que o IMC parece não representar de forma fidedigna o estado nutricional de desportistas e atletas, considerando que os praticantes de Muay Thai não estavam com excesso de gordura corporal ou acúmulo abdominal de tecido adiposo, mesmo com valores elevados do IMC.

Resultados semelhantes foram encontrados por Anjos et al. (2014), em seu estudo com atletas de futsal, no qual a maioria (72%) apresentou valores adequados da circunferência da cintura. Fagundes; Boscaini (2014) avaliaram o percentual de gordura corporal de atletas de futsal masculino, na faixa etária entre 20 e 33 anos, e também verificaram valores dos percentuais dentro da faixa de referência, corroborando a pesquisa de Rufino (2013), realizada com jogadores profissionais de futebol.

Sobre a análise do consumo alimentar, é oportuno mencionar que o percentual de distribuição dos macronutrientes na dieta dos participantes encontrava-se dentro da faixa de distribuição aceitável (INSTITUTE OF MEDICINE, 2005), no entanto os praticantes de Muay Thai ingeriram quantidades elevadas de carboidratos, proteínas e lipídios, quando expressos em gramas/dia, em relação ao grupo controle. Cândido et al. (2017) e Losado; Ceni (2016) também encontraram valores elevados da ingestão desses macronutrientes por praticantes de rúgbi e de proteínas por atletas de futsal, respectivamente.

Nessa discussão, é importante chamar atenção para a ingestão dietética elevada de proteína pelos praticantes de Muay Thai do presente estudo, quando comparados

ao grupo controle, o que pode ser decorrente do fato desse macronutriente exercer funções importantes no aumento do tecido muscular, ou seja, no processo de hipertrofia muscular, que é almejado por desportistas e atletas (MENON; SANTOS, 2012).

De forma semelhante, destaca-se o consumo elevado dos carboidratos e lipídios, em relação ao grupo controle, considerando que esses nutrientes possuem funções essenciais para o fornecimento de energia durante o exercício físico (GUERRA; SOARES; BURINI, 2001). Além disso, o aumento no consumo de carboidratos é relevante devido a uma necessidade aumentada de glicose para recuperação e manutenção dos estoques de glicogênio muscular e hepático, que, juntamente com a glicose sanguínea, representam os principais substratos energéticos durante exercícios físicos intensos, como Muay Thai (PRADO *et al.,* 2006).

No presente estudo, foi verificada ainda quantidades reduzidas de fibras na dieta de ambos os grupos, segundo os valores recomendados pelo *Instituteof Medicine* (2005) para população adulta. Esses dados corroboram o estudo de Ferreira; Bento; Silva (2015), realizado com corredores de rua, bem como a pesquisa de Cândido et al.(2017), com jogadores de rúgbi.

Nesse sentido, é importante ressaltar que uma alimentação adequada em fibras parece ter efeito na redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, e de desordens no intestino, bem como controla as concentrações séricas dos lipídios, glicemia, saciedade e melhora o sistema imunológico, sendo, portanto, essenciais para o desportista e atleta (BERNAUD; RODRIGUES, 2013; HORVATH, 2015).

As dietas dos participantes deste estudo apresentaram quantidades adequadas de cobre para ambos os sexos, o que pode ser decorrente do fato de alimentos comumente consumidos por brasileiros, tais como frutas, vegetais, tubérculos e carnes, serem fontes desse mineral (KOURY; DONANGELO, 2007). Destaca-se que, em geral, a ingestão de cobre por atletas de diferentes modalidades supera ou atende às recomendações dietéticas (KOURY; DONANGELO, 2007; KOURY et al., 2004; LUKASKI et al., 1996).

Nesse sentido, a ingestão adequada de cobre é importante por contribuir para melhora da performance de atletas, pois esse mineral atua como cofator da superóxido dismutase, enzima chave na defesa antioxidante, favorecendo a redução do estresse oxidativo nesses indivíduos (MACÊDO et al., 2010).

No que se refere aos biomarcadores do dano muscular, os praticantes de Muay Thai apresentaram concentração sérica elevada da enzima creatina quinase, demonstrando a presença de dano muscular nesses indivíduos. Esses resultados corroboram com os encontrados por Bandeira et al. (2012) que avaliaram biomarcadores do estresse oxidativo e lesão muscular em atletas de futebol e encontraram aumento nas concentrações da enzima creatina quinase.

Na perspectiva de melhor esclarecer os resultados encontrados, foi realizada

análise de correlação entre as variáveis do estudo, sendo verificada correlação negativa moderada entre o cobre dietético e as concentrações séricas das enzimas do dano muscular no grupo controle. Apesar de não haver uma correlação significativa ressalta-se a importância da ingestão adequada desse mineral com o objetivo de prevenir o estresse oxidativo e reduzir o risco do dano muscular quando o indivíduo inicia a prática de determinado exercício físico, considerando sua ação como nutriente antioxidante.

A ausência de correlação entre o cobre dietético e os biomarcadores do dano muscular nos praticantes de Muay Thai pode ser justificada pelo fato de que indivíduos fisicamente ativos apresentam perdas elevadas desse mineral pelo suor e urina, favorecendo a deficiência de cobre e, consequentemente, prejudicando suas funções (PERES; KOURY, 2006).

Além disso, a inflamação local induzida pelo exercício físico favorece aumento na expressão da metalotioneína, enzima que se liga ao cobre, promovendo redistribuição desse mineral para o fígado e, consequentemente, reduzindo sua concentração plasmática (KOURY; OLIVEIRA; DONANGELO, 2007). Dessa forma, apesar de os valores desse mineral na dieta estarem de acordo com a recomendação proposta para a população adulta, parece que ainda não são suficientes para redução do dano muscular induzido pelo exercício físico.

É importante mencionar que o presente estudo apresenta algumas limitações, a exemplo do número amostral reduzido, da presença de viés na análise do consumo alimentar, bem como da ausência de biomarcadores do cobre, que poderiam contribuir para o entendimento do comportamento metabólico e atuação desses micronutrientes na proteção contra o dano muscular associado ao exercício físico.

5 I CONCLUSÃO

De acordo com os resultados analisados, percebe-se que os praticantes de Muay Thai ingerem dietas com quantidades adequadas de macronutrientes e cobre e reduzidas em fibras, bem como apresentam concentrações séricas elevadas da enzima creatina quinase.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.S.; MARREIRO, D.N. Aspectos sobre a relação entre exercício físico, estresse oxidativo e zinco. **Rev. nutr**, v. 24, n. 4, p. 629-640, 2011.

ANÇÃO, M.S. et al. **Programa de apoio à nutrição Nutwin**: versão 1.5. Departamento de Informática em Saúde SPDM, 2002. 1 CD-ROM.

ANJOS, H.A. et al. Estado nutricional e avaliação corporal de atletas profissionais de futsal do município de Moita Bonita-SE. **Revista Brasileira de Nutriçao Esportiva**, v. 8, n. 45, p. 1, 2014.

BERNAUD, F.S.R.; RODRIGUES, T.C. Fibra alimentar: ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do

metabolismo. **Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia.** v. 57, n. 6,p. 397-405, 2013.

BANDEIRA, F. et al. Can thermography aid in the diagnosis of muscle injuries in soccer athletes? **Revista Brasileira de Medicina Do Esporte**, v. 18, n. 4, p. 246-251, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº466/12**. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 2012.

CÂNDIDO, R.F. et al. Composição corporal e consumo alimentar de jogadores de rúgbi. RevBrasCiêncMov; v. 25, n. 1, p. 41-50, 2017.

CASTILHO, R.S.; ORNELLAS, F.H. Zinco, inflamação e exercício físico: relação da função antioxidante e anti-inflamatória de zinco no sistema imune de atletas de alto rendimento. **RBPFEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 8, n. 48, 2014.

FAGUNDES, M.M.; BOSCAINI, C. Perfil antropométrico e comparação de diferentes métodos de avaliação da composição corporal de atletas de futsal. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 8, n. 44, 2014.

FERREIRA, V.R.; BENTO, A.P.N.; SILVA, M.R. Consumo alimentar, perfil antropométrico e conhecimentos em nutrição de corredores de rua. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 6, p. 457-461, 2015.

GUERRA, I.; SOARES, E.A.; BURINI, R.C. Aspectos nutricionais do futebol de competição. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, p. 200-206, 2001.

HORVATH, J.D.C. et al. Consumo de mix de fibras (solúvel e insolúvel) e avaliação da saciedade pós-prandial: ensaio clínico randomizado controlado. **RevBrasNutrClin**, v. 30, n. 2, p. 131-5, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009. **Tabelas de Composição Nutricional dos Alimentos Consumidos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011;

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Energy Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acid**. Washington, DC: National Academies Press, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE. Food and Nutrition Board, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. **Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Cromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenium, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc**. Washington DC.: National Academy Press, 2001.

JACKSON, A.S.; POLLOCK, M.L. Generalized equations for predicting body density of men. **Br J Nutr**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 1978.

JAIME, P.C. et al. Comparative study among two methods for energy adjustment for nutrient intake. **Nutrire**, v. 26, p. 11-18, 2003.

KOURY, J.C. et al. Zinc and copper biochemical indices of antioxidant status in elite athletes of different modalities. **International journal of sport nutrition and exercise metabolism**, v. 14, n. 3, p. 358-372, 2004.

KOURY, J.C.; DONANGELO, C.M. Homeostase de cobre e atividade física. **Revista de educação física/Journalofphysicaleducation**, v. 76, n. 136, 2007.

KOURY, J.C.; OLIVEIRA, C.F.; DONANGELO, C.M. Associação da concentração plasmática de cobre com metaloproteínas cobre-dependentes em atletas de elite. **Rev. bras. med. esporte**, v. 13, n. 4, p. 259-262, 2007.

LOSADO, F.; CENI, G.C. Avaliação nutricional de atletas de futsal do Norte do RS, com e sem histórico de orientação nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 10, n. 57, p. 296-305, 2016.

LUKASKI, H.C. et al. Estado de ferro, cobre, magnésio e zinco como preditores de desempenho em natação. **Revista internacional de medicina esportiva**, v. 17, n. 07, p. 535-540, 1996.

MACÊDO, É.M.C. et al. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 329-336, 2010.

MENON, D.; SANTOS, J.S. Consumo de proteína por praticantes de musculação que objetivam hipertrofia muscular. **Rev. bras. med. esporte**, v. 18, n. 1, p. 8-12, 2012.

MSM. **Multiple source method for estimating usual dietary intake from short-term measurement data**: user guide. Efcoval:postdam; 2011.

MORTATTI, A.L. et al. Efeitos da simulação de combates de muaythai na Composição corporal e em indicadores gerais de Manifestação de força. **Conexões**, v. 11, n. 1, p. 218-234, 2013.

OLIVEIRA, I.P.et al. Consumo de antioxidantes entre praticantes e não praticantes de atividade física. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 11, n. 64, p. 428-436, 2017.

PERES, P.M.; KOURY, J.C. Zinco, imunidade, nutrição e exercício. **CERES: Nutrição & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-18, 2006.

POLLOCK, M.L.; WILMORE, J.H. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. Guanabara Koogan, 2009.

PRADO, W.L. et al. Perfil antropométrico e ingestão de macronutrientes em atletas profissionais brasileiros de futebol, de acordo com suas posições. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v.12, n.2, p.61-65, 2006.

RODRIGUES, C. et al. Avaliação da composição corporal em atletas de handebol antes e após uma temporada de treinamento. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 7, n. 39, 2013.

RUFINO, L.L. Avaliação da ingestão de macronutrientes e perfil antropométrico em atletas profissionais brasileiros de futebol. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 7, n. 37, 2013.

TACO. **Tabela brasileira de composição de alimentos**. 4.ed. Campinas: NEPA-UNICAMP; 2011.

TURCATO, M.et al. Efeitos da combinação de exercício, poluição atmosférica e dieta hiperlipídicas no estresse oxidativo no tecido adiposo de camundongos. **Salão do Conhecimento**, set. 2016. ISSN 2318-2385. Disponível em: https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/ index.php/ salaoconhecimento/article/view/6574>. Acesso em: 09 mai. 2019.

WILLETT, W.; STAMPFER, M.J. Consumo total de energia: implicações para análises epidemiológicas. **American journal of epidemiology**, v. 124, n. 1, p. 17-27, 1986.

WHITEHOUSE, R.C. et al. Zinc in plasma, neutrophils, lymphocytes, and erythrocytes as determined by flameless atomic absorption spectrophotometry. **Clinical Chemistry**, v. 28, n. 3, p. 475-480, 1982.

WHO-World Health Organization. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Technical report series; 2000.

WHO-World Health Organization. **Waist Circumference and Waist–Hip Ratio**: Report of a WHO Expert Consultation. 2008.

CAPÍTULO 30

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ - BRASIL

Renan Rhonalty Rocha
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
SOBRAL-CEARÁ

Maria Vitória Laurindo
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Alana Cavalcante dos Santos
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Derivânia Vieira Castelo Branco
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Francisca Aila de Farias
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

Adna Vasconcelos Fonteles
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
SOBRAL-CEARÁ

RESUMO: O uso excessivo dos benzodiazepínicos é observado em diversos países, independentemente do grau de desenvolvimento econômico, tanto em centros urbanos como em populações rurais. A intensa utilização desses medicamentos pode ser justificada pelo ritmo de vida acelerado da humanidade. Contudo o uso prolongado de benzodiazepínicos, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. O presente estudo tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico do uso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde de Morrinhos, uma cidade do interior do Ceará-Brasil. Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa, tendo como base os dados dos relatórios do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, no período de março de 2016 a março de 2017. Foi avaliado o consumo de benzodiazepínicos no período de março de 2016 a março de 2017, sendo os meses com maior número de dispensação julho (44%), agosto (22%) e setembro (16%). Os medicamentos mais dispensados são o diazepam 5mg (25%), alprazolam 1mg (24%) e clonazepam 2mg (16%), o sexo femino (62%) foi o que mais consumiu em comparação ao masculino (38%), e os médicos do programa “mais médicos” foram os maiores prescritores (80%). Portanto, é importante avaliar as características da população que faz uso de benzodiazepínicos, no intuito de delinear o segmento que procura a atenção primaria para tratar os distúrbios psiquiátricos e traçar planos para minimizar o uso abusivo destas substâncias.

PALAVRAS-CHAVE: Benzodiazepínicos; Perfil epidemiológico; Atenção primária.

ABSTRACT: Overuse of benzodiazepines is

observed in several countries, regardless of the degree of economic development, both in urban centers and in rural populations. The intense use of these medicines can be justified by humanity's fast pace of life. However, prolonged use of benzodiazepines, exceeding periods of 4 to 6 weeks may lead to the development of tolerance, withdrawal and dependence. The present study aims to trace the epidemiological profile of the use of benzodiazepines in primary health care in Morrinhos, a city in the interior of Ceará-Brazil. This is a descriptive, descriptive, retrospective study of a quantitative approach, based on the data from the reports of the National System of Management of Pharmaceutical Care - Horus, from March 2016 to March 2017. The consumption of benzodiazepines in the period from March 2016 to March 2017, the months with the highest number of dispensations being July (44%), August (22%) and September (16%). The most widely used drugs were diazepam 5mg (25%), alprazolam 1mg (24%) and clonazepam 2mg (16%), female sex (62%) was the most consumed compared to male (38%), and physicians from the "more medical" program were the largest prescribers (80%). Therefore, it is important to evaluate the characteristics of the population that uses benzodiazepines in order to delineate the segment that seeks primary care to treat psychiatric disorders and to make plans to minimize the abusive use of these substances.
KEYWORDS: Benzodiazepines; Epidemiological profile; Primary attention.

1 I INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZDs) foram sintetizados por Leo H. Sternbach na metade do século passado, que observou um efeito anticonvulsivante e de controle da agressividade em animais de laboratório e recebem este nome à sua estrutura molecular, que é constituída por um anel benzeno. Foi classificado como uma substância de baixa toxicidade e, portanto, segura. A empolgação inicial com a descoberta deu lugar à preocupação quando os primeiros pesquisadores alertaram, no final de década de 70, para os sintomas de abstinência, riscos de dependência e potencial abuso. (ROACHE; MEISCH, 1995; AMB, 2013).

Os principais efeitos farmacológicos dos benzodiazepínicos são redução da ansiedade e agressão, redução do tônus muscular, sedação e indução do sono e coordenação e ação anticonvulsivante. Dependendo do fármaco em questão, algumas destas propriedades farmacológicas podem prevalecer sobre as demais (RANG; DALE, 2004; ROCHA et al., 2018). Os riscos e efeitos indesejados dos BDZs são subestimados por serem relativamente mais seguros que outros sedativos, contudo, podem causar a diminuição da atividade psicomotora, tonteira e zumbidos, prejuízo da memória e reação paradoxal (KATZUNG, 2010). Além disso, o uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (FRASER, 1998; ROCHA et al., 2018).

Isso se dar devido ao seu mecanismo de ação que se caracteriza pela ligação

em receptores localizados no complexo GABA A. A ação dessas substâncias com receptores localizados no complexo GABA A, direta ou indiretamente, abrem o canal de cloro com conseqüente influxo do ânion para dentro do neurônio e hiperpolarização da célula. Especificamente três receptores do complexo GABA A são importantes no caso dos ansiolíticos e hipnóticos: ômega-1, 2, 3 (RANG & DALE, 2012). (Figura 1).

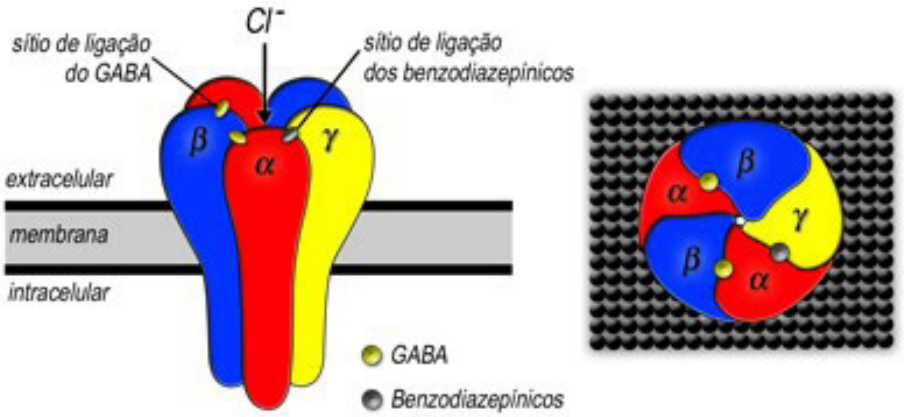


FIGURA 1: Sistema complexo do receptor GABAA.

Fonte: SARTES, 2010.

O uso de medicamentos desta classe está se tornando cada vez maior. Um em cada dez adultos recebem prescrições de BZDs a cada ano, a maioria por clínicos gerais (HIRSCHFELD, 1993). Os BZDs são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (HALLFORS, 1993). O primeiro levantamento domiciliar realizado no Brasil referiu o uso dos benzodiazepínicos sem receita médica por 3,3% dos entrevistados (ROCHA et al., 2018; FIRMINO et al., 2012).

Estudos realizados em 2003 encontraram taxas de utilização de 10,2% para a cidade de São Paulo e 21,3% para Porto Alegre (RIBEIRO et al., 2007).

O uso desses medicamentos, diversas vezes, é acompanhado pelo abuso e uso indevido, em consequência da grande quantidade de prescrições no setor público, além da falta de acompanhamento médico e farmacêutico e desconhecimento por parte da população (FIRMINO et al., 2012).

Desta forma, Firmino (2008) afirma que os programas de saúde deveriam nortear sua ação para a orientação e educação do paciente quanto aos aspectos que podem afetar sua qualidade de vida, e intervir com o intuito de diminuir o uso abusivo de BZDs e os agravos causados por eles.

Por se tratar de uma classe de medicamentos extremamente utilizada, tanto no setor público, como no privado, além de ser responsável por diversos efeitos colaterais perigosos e até desagradáveis, emerge a necessidade do conhecimento e estudo pelos profissionais que lidam diretamente com o paciente, assim, permitindo

conhecer o perfil destes usuários a fim de se fazer uma intervenção mais eficaz e duradoura, principalmente por parte do profissional farmacêutico, o profissional da saúde mais próximo do paciente quando se fala de terapia farmacológica.

O presente estudo tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico do uso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde de Morrinhos, uma cidade do interior do Ceará-Brasil.

2 I MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva, quantitativa, documental e retrospectiva. Sendo realizado na farmácia básica referente ao município de Morrinhos, cidade localizada no interior do Ceará, no Vale do Acaraú, com população estimada em 20.703 habitantes (IBGE, 2010).

Os dados foram coletados por meio do sistema Hórus de uma farmácia básica municipal correspondente ao consumo de Benzodiazepínicos no período de março de 2016 a março de 2017 seguindo o fluxograma abaixo:

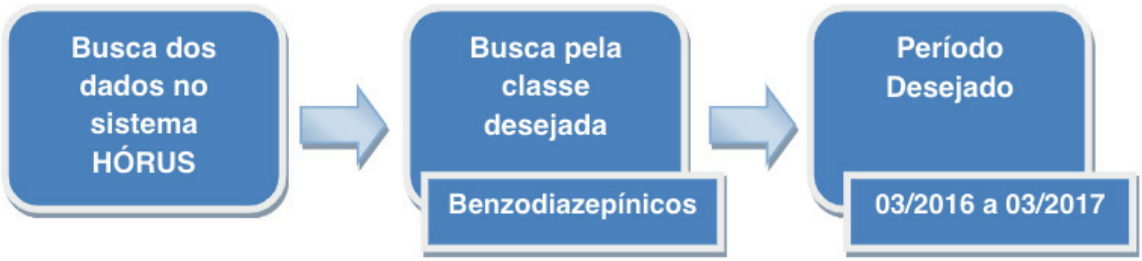


Figura 1: Fluxograma metodológico para obtenção de dados do sistema HÓRUS.

Fonte: Próprio autor.

As informações colhidas foram: Consumo de Benzodiazepínicos, distribuição dos Benzodiazepínicos por sexo e tipo de prescritor. Os critérios de inclusão foram selecionados através do sistema Hórus as prescrições de psicotrópicos e selecionando a classe dos Benzodiazepínicos de março de 2016 a março de 2017. Nos critérios de exclusão foram descartadas as demais prescrições dispensadas na farmácia básica municipal.

Os dados coletados pelo sistema Hórus foram organizados no programa *Microsoft Office Excel®* versão 2019**,** sendo computados e apresentados em gráficos e tabelas. Seguiu-se, então, a Resolução nº 466/12 que norteia as pesquisas com seres humanos, de forma direta ou indireta. A coleta dos dados foi extraída do sistema Hórus, assim, não ocorrendo em momento algum, revisão de prontuários e nem visitas clínicas aos pacientes, desta forma, não apresentou riscos aos pesquisadores, colaboradores e pacientes. Desta forma, estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para autorização e acesso as informações foi

necessário encaminhar a Carta de Anuência a Secretaria Municipal de Morrinhos/CE.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi avaliado o consumo de benzodiazepínico no período de março de 2016 a março de 2017 dispensado na farmácia básica de Morrinhos – CE distribuído em meses e apresentados no gráfico abaixo:

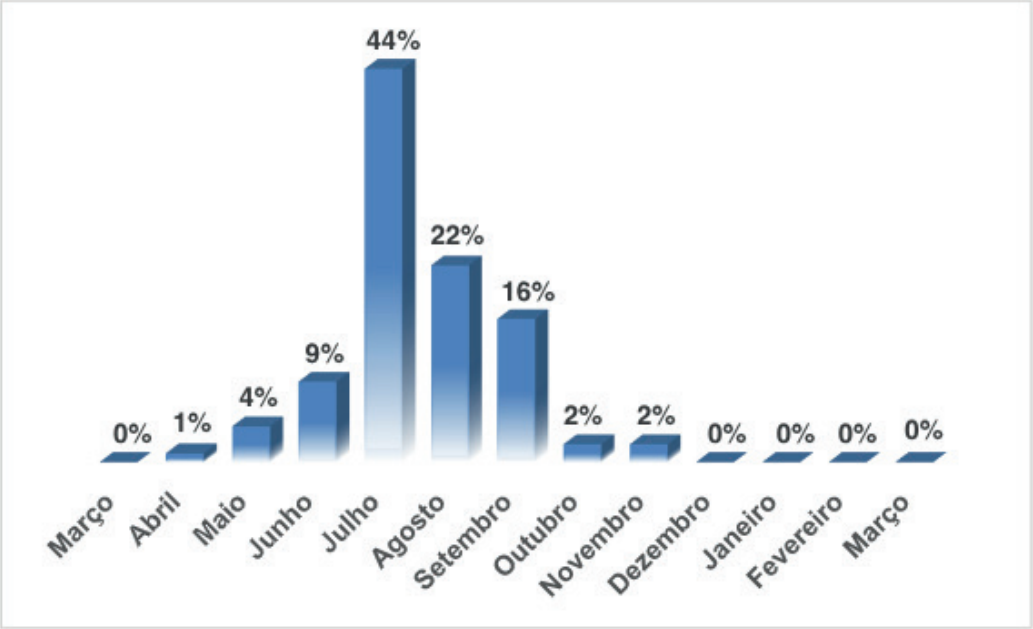


FIGURA 1: Total de dispensações divididas por mês dispensado na farmácia básica de Morrinhos/CE.

Fonte: Próprio autor.

Desta forma, verifica-se que os meses com maior dispensação são os meses de julho (44%), agosto (22%) e setembro (16%) e tendo porcentagens nulas de dispensação nos meses de dezembro de 2016 a março de 2017, onde foram observadas as dispensações de benzodiazepínicos apresentadas no gráfico abaixo.

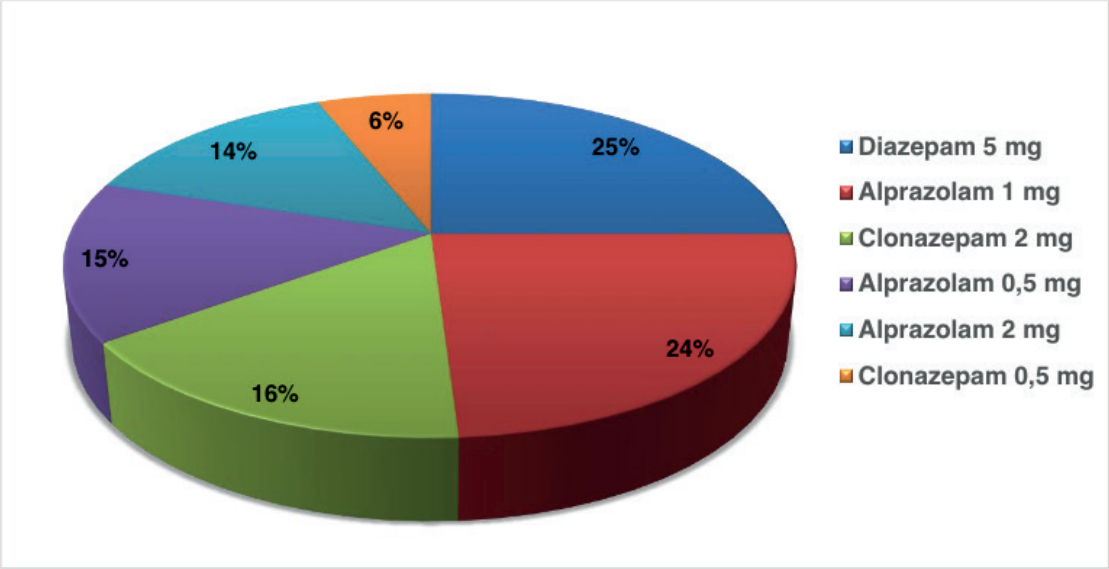


FIGURA 2: Dispensação de benzodiazepínicos no município de Morrinhos-CE, no período de março de 2016 a março de 2017.

Fonte: Próprio autor.

Verificou-se que o Diazepam 5 mg (25%) seguindo o Alprazolam 1 mg (24%) foram os Benzodiazepínicos mais dispensados, mostrando semelhança com o estudo de Estrela, Sousa e Soares (2015) que apresenta o Diazepam 5 mg com 47,22% das prescrições. Azevedo, Araújo e Ferreira (2016), relatam que o Alprazolam 1 mg e Alprazolam 0,5 mg foram os mais utilizados em três anos consecutivos, para Silva e Rodrigues (2014), o Alprazolam se destaca com 20,17% se mostrando o mais prescrito, seguindo do Clonazepam (18,50%). Nordon, et. al. (2009) cita em seu estudo o Diazepam (76,08%), como o medicamento mais utilizado, onde se mostraram semelhantes a este estudo.

Em sua pesquisa, Andrade et al.(ano) avaliaram 753 receitas de 7 farmácias de manipulação em Ribeirão Preto, em que cerca de 50% de todas as prescrições foram de fármacos benzodiazepínicos. Da mesma forma, Noto et al.(ano) avaliaram um total de 108.215 prescrições em duas cidades paulistas no ano de 1999, das quais 76.915 eram de benzodiazepínicos, sugerindo, desta maneira, que o uso irracional desses fármacos no Brasil acontece há bastante tempo. Desta forma, diante do grande volume de prescrições, a cidade em estudo, se destaca por apresentar picos mensais com muita dispensação, não apresentando nenhuma em outros meses. Isso deve-se pela falta de medicamento que em vezes acometem municípios do interior, por problemas na distribuição e/o planejamento farmacêutico.

Os medicamentos estudados são classificados como hipnóticos e ansiolíticos, possuindo como mecanismo de ação a atuação seletiva nos receptores GABA, os principais efeitos e usos farmacológicos são: sedação e indução do sono, redução da ansiedade e agressividade, efeito anticonvulsivante e redução do tono muscular e da coordenação. Estes apresentam como efeitos adversos, toxicidade aguda decorrente da superdosagem, comprometimento da coordenação motora, confusão,

tolerância e dependência (RANG & DALE, 2012).

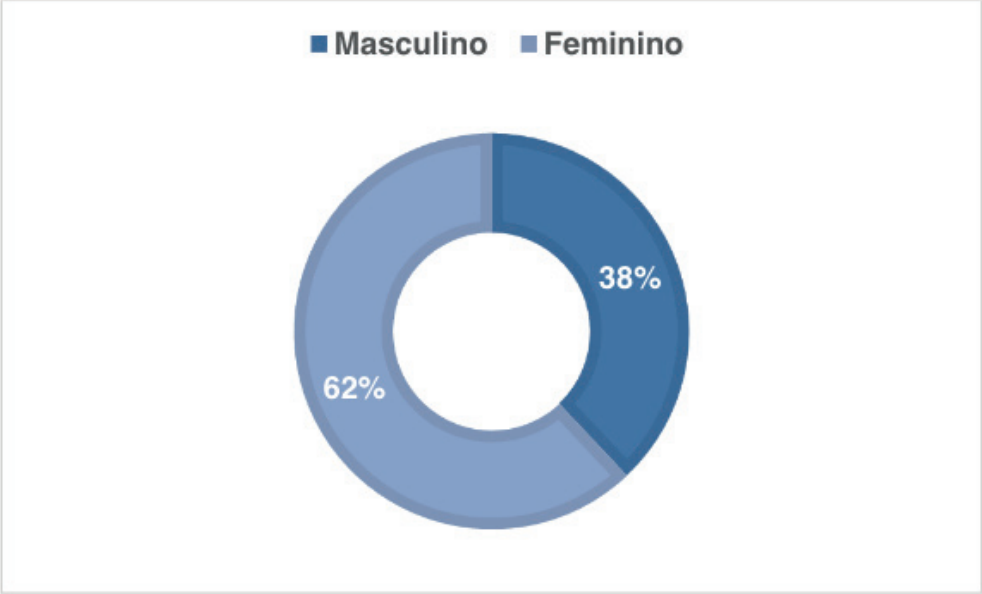


FIGURA 3: Dispensação de benzodiazepínicos distribuídos por sexo no município de Morrinhos-CE, no período de março de 2016 a março de 2017.

Fonte: Próprio autor.

Em relação a dispensação de benzodiazepínicos, a prevalência ocorre no sexo feminino (62% dos casos) e sexo masculino (38% dos casos). Firmino e seus colaboradores (2012) determinam que alguns fatos colaboram para o predomínio do sexo feminino entre os usuários de BZDs como: a maior preocupação das mulheres com a própria saúde e consequentemente à busca por serviços de saúde, ao maior número de casos de ansiedade e depressão entre elas, a motivação enganosa das propagandas de medicamentos que utilizam prioritariamente as figuras femininas, a condição de gênero feminino e até mesmo questões socioculturais. Além disso, o consumo de BZDs está fortemente ligado a trabalhadores que encaram longas jornadas de trabalho e estão mais expostos ao estresse, as mulheres encaixam-se nessa realidade pelo fato de encararem uma dupla jornada de trabalho (COSTA, 2014).

Desta forma, as mulheres usualmente utilizam os serviços de saúde mais regularmente, preocupam-se mais com a saúde e aceitam melhor a possibilidade de utilizarem psicotrópicos. Também apresentam maior expectativa de vida, o que aumenta a probabilidade de multimorbidades, além do sofrimento com perdas ao longo da vida (Noia et al., 2012).

Quanto a classe médica do prescritor, verificou-se que houve uma maioria da classe de médicos pertencentes ao programa “Mais Médicos” (80%) em detrimento dos clínicos gerais (20%):

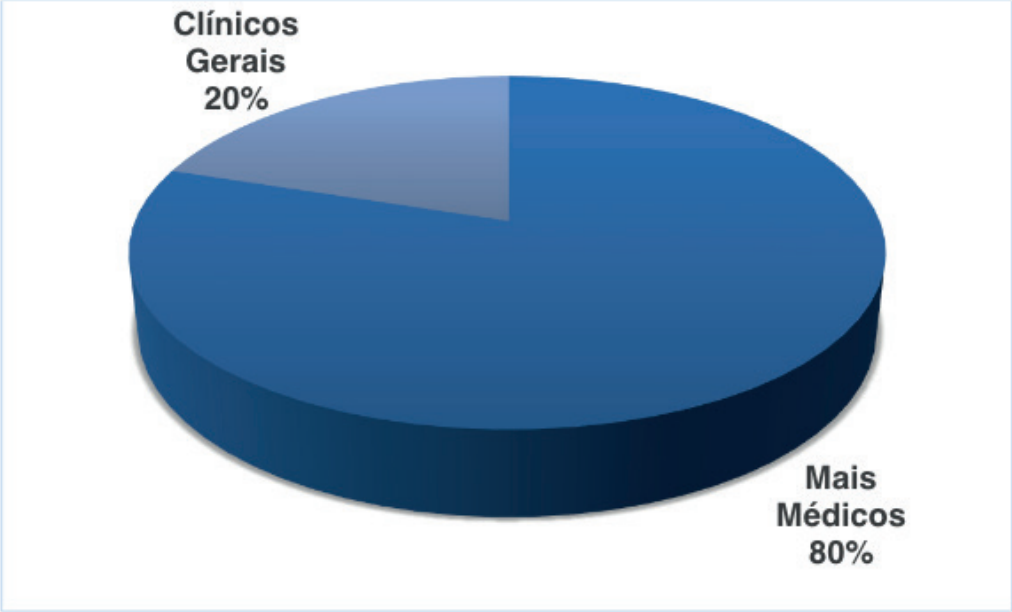


FIGURA 4: Classe prescritora de benzodiazepínicos distribuídos por sexo no município de Morrinhos-CE, no período de março de 2016 a março de 2017.

Fonte: Próprio autor.

A grande maioria dos pacientes passou apenas pelos médicos do programa "mais médicos" ou clínico geral, não houve prescrição vinda de um psiquiatra, este dado concorda com um estudo realizado por Nordon e seus colaboradores (2009), o que permite verificar que o atendimento médico, tem como finalidade muitas vezes a simples manutenção da receita e a indicação pelo profissional, sem um acompanhamento especializado.

Em seu estudo, Nogueira-Filho (2011), identifica que o clínico geral é o médico que mais prescreve ao compará-lo com o especialista, isto se dar devido à facilidade de acesso à esta especialidade médica, assim como aos médicos do programa "mais médicos", ele salienta ainda que o trabalho interdisciplinar com a equipe de saúde mental e outros profissionais de apoio como o NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), são pilares essenciais para a diminuição do uso abusivo de psicotrópicos.

4 I CONCLUSÃO

O sistema Hórus, tem uma elevada contribuição, tanto na identificação como na avaliação e monitoramento no uso dos medicamentos da Assistência Farmacêutica, assim obtendo melhoria nos serviços, podendo contribuir para a consolidação da Atenção Farmacêutica na Saúde Pública.

Portanto, pode-se observar a necessidade de planejamento de ações voltadas a promoção do Uso Racional dos Benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família, iniciando pela a sensibilização dos prescritores de que há outras estratégias não medicamentosas para ajudar na minimização dos sintomas tratados por a descrita classe de medicamentos. É de extrema importância que a equipe multiprofissional

requeira ações de promoção da Saúde Mental, como, educação em saúde, ações na comunidade que fazem parte da vida cotidiana.

As mulheres é o grupo que mais faz uso destes medicamentos, são necessárias ações voltadas a estes usuários, no qual podem citar grupos terapêuticos e oficinas de preparação de produtos naturais, como os chás que ajudam na diminuição dos sintomas de estresse/depressão, e também de artesanatos, pois, além de ser uma fonte complementar de renda é uma estratégia de distração.

Reitera-se ainda, a necessidade do monitoramento farmacêutico mais e parceria com a classe "Mais Médicos", por se tratarem de médicos estrangeiros, podem ainda cometer erros ou exageros nas prescrições, tendo que se adequar e estudar o perfil dos pacientes, a fim de se evitar possíveis erros de prescrição.

Observa-se, assim, a importância da Assistência Farmacêutica, na qual possa permitir uma boa comunicação entre médico e farmacêutico a fim de evitar altas dosagens e estratégias não medicamentosas. Outra interface de atuação é aproximando o farmacêutico do usuário, favorecendo orientações e esclarecimentos, colaborando para o uso racional dos medicamentos.

REFERENCIAS

AMB – **ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA.** Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos. 2013. 54p.

AZEVEDO, Â. J. P.; ARAUJO, A. A.; FERREIRA, M. Â. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciências e saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016.

COSTA, E. M. **Avaliação da implantação de *valeriana officinalis* e sua utilização em ex-usuários de benzodiazepínicos do distrito sanitário ii, em recife-PE**. Dissertação (Pós- Graduação em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ESTRELA, R. C. A.; SOUSA, J. B. G.; SOARES, K. M. A dispensação de medicamentos na farmácia básica do município de santa helena-pb: uma avaliação do ano de 2014. **Revista FAMA de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2015.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo de indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano**. 2008. Dissertação (mestrado em 2008) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 108p

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 157-166, 2012.

FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit**. v. 20, n. 5, p. 481-9, 1998.

HIRSCHFELD, R. M. A. **General Introduction. In Benzodiazepines** – Report of the W. P. A. Presidential Educational Task Force; Edited by Y. Pelicier –1993.

HALLFORS, D. D.; SAXE L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. **Am J Public Health**, v. 83, n. 1, p. 1300-1304, 1993.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Morrinhos/CE. 2010. Disponível em: http://cod.ibge.gov.br/D73. Acesso em: 08 ago 2017.

KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. **Editora Guanabara Koogan**, 10ª edição, 2010.

NOGUEIRA-FILHO, A. M. **O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primaria à saúde**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em atenção Básica à Saúde da Família. 2011. 42p.

NOIA, A S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. Esp, p. 38-43, 2012.

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do RS**, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.

RANG HP, DALE M.M. Farmacologia. **Editora Guanabara Koogan**, 5ª edição, 2004.

RANG, H. P.; DALE, M. M. **Princípios da Farmacologia.** 7ª Ed. Editora Futura: Rio de Janeiro. 2012.

RIBEIRO, C. S; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, V. F., BOTEGA, N. J. Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil de usuários e padrão de uso. **Jornal Médico de São Paulo**, v. 125, n. 5, p. 270-274, 2007.

ROACHE, J. D.; MEISCH, R. A. Findings From Self-Administration Research on the Addiction Potential of Benzodiazepines. **Psychiatric Annals,** v. 25, n. 3, p. 153-157, 1995.

ROCHA, A. J. et al. The Effects of Concomitant Alcohol and Benzodiazepines on the Excitatory and Inhibitory Neurotransmitters and Its Implication in Neuronal Disorders. **Asian Journal of Research in Medical and Pharmaceutical Sciences,** v. 5, n. 4, p. 1-10, 2018.

SARTES, R. B. **Modelos Biológicos da Ansiedade**. 2010. Disponível em: http://reginaldobatistasartes.blogspot.com.br/2010/09/ansiedade-modelos-biologicos.html. Acesso em: 09 abril 2019.

SILVA, K. D; RODRIGUES, R. Avaliação da prescrição de Benzodiazepínicos em uma farmácia magistral da cidade de Paranavaí (PR). **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 7, n. 3, p. 423-434, 2014.

CAPÍTULO 31

SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON EM PACIENTE ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciana Léda Carvalho Lisboa
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
São Luís - Maranhão

Dayse Azevedo Coelho de Souza
Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão

Janielle Ferreira de Brito Lima
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
São Luís - Maranhão

Larissa Cristina Rodrigues Alencar
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
São Luís – Maranhão

Alyni Sebastiany Mendes Dutra
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.
São Luís – Maranhão

Bruna Caroline Silva Falcão
Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão

Thaysa Gois Trinta Abreu
Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão

Reivax Silva do Carmo
Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão

Mayra Sharlenne Moraes Araújo
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.
São Luís - Maranhão

Pabline Medeiros Verzaro
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente.
São Luís - Maranhão

Roseana Costa Teixeira
Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão

Larissa Di Leo Nogueira Costa
Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.
São Luís - Maranhão

RESUMO: Introdução: a síndrome de Stevens-Johnson é uma doença rara e fatal, se apresenta com reações cutâneas graves capazes de acometer a pele e a membrana mucosa. No paciente oncológico, tais lesões podem trazer prognósticos ainda piores por se tratar de um paciente que tende ao imunocomprometimento pelas características do seu tratamento. Objetivo: Relatar a experiência de tratamento de um paciente acometido por síndrome de Stevens-Johnson com foco no cuidado de enfermagem. Métodos: Trata-se de um relato de experiência cujos dados foram obtidos por meio de acompanhamento diário, avaliação dos registros do prontuário e da avaliação fotográfica das lesões. Sendo desenvolvido no mês de abril de 2018 em um hospital oncológico de

referência em São Luís do Maranhão. Resultados: Paciente com história de tumor de parede torácica internou com suspeita diagnóstica de síndrome de Stevens-Johnson. As principais medidas para contenção das reações foram a suspensão das medicações em uso, instalação do protocolo de precaução reversa, utilização de medicações para tratamento sistêmico e tratamento específico para as lesões com ácidos graxos essenciais. As medidas tomadas seguiram um protocolo simples e de baixo custo com boa resposta do paciente, possibilitando a alta após 26 dias do tratamento. Conclusão: Os cuidados realizados ao longo do período de internação hospitalar trouxeram um prognóstico favorável ao paciente, aplicando medidas simples e de baixo custo, foi possível realizar o tratamento e evitar infecções. Experiências como esta nos mostram que terapias eficientes aplicadas em unidades hospitalares com poucos recursos podem trazer melhoras significativas.
PALAVRAS-CHAVES: Hipersensibilidade; Cuidados críticos; Enfermagem Médico-Cirúrgica

STEVENS JOHNSON SYNDROME IN ONCOLOGICAL PATIENT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Stevens-Johnson syndrome is a rare and fatal disease, presenting with severe cutaneous reactions capable of affecting the skin and mucous membrane. In oncological patients, such lesions may bring even worse prognosis because it is a patient who tends to immunocompromised by the characteristics of his/her treatment. Objective: To report the treatment experience of a patient affected by Stevens-Johnson syndrome with a focus on nursing care. Methods: This is an experience report whose data were obtained through daily monitoring, evaluation of medical records and photographic evaluation of the lesions. It was developed in the month of April 2018 in a reference oncology hospital in São Luís do Maranhão. Results: Patient with a history of thoracic wall tumor admitted with suspected diagnosis of Stevens-Johnson syndrome. The main measures to contain the reactions were the suspension of medications in use, installation of the reverse precaution protocol, use of medications for systemic treatment and specific treatment for lesions with essential fatty acids. The measures taken followed a simple and low cost protocol with good patient response, allowing discharge after 26 days of treatment. Conclusion: The care performed during the hospitalization period brought a favorable prognosis to the patient, applying simple and inexpensive measures, it was possible to perform the treatment and avoid infections. Experiments like this show that efficient therapies applied in hospital units with few resources can bring significant improvements.
KEYWORDS: hypersensitivity; Critical care; Medical-Surgical Nursing

1 I INTRODUÇÃO

A síndrome de Stevens-Johnson é um tipo clínico de eritema multiforme que foi

relatado pela primeira vez em 1922 por Stevens e Johnson. Consiste em uma patologia mucocutânea promovida por uma reação de hipersensibilidade tardia, afetando principalmente adultos jovens. Trata-se de uma síndrome rara, com frequência de 1,2 a 6 casos por milhões/ano no Brasil, porém possui impacto significante na saúde pública pela sua letalidade, com mortalidade que varia de 20 a 25% (CASAROLLI et al, 2016; SILVA et al, 2018).

A doença tem início súbito com sintomas de febre de 39 a 40°C, dor, mal-estar, cefaleia, dor de garganta e na boca, podendo evoluir rapidamente. Os principais sinais clínicos são máculas purpúricas cutâneas disseminadas, erosões nas mucosas, frequentemente com sinal de Nikolsky positivo, necrose, descolamento da epiderme em diferentes graus e com mucosite dolorosa nas regiões oculares, oral e genital (EMETICK et al, 2014;RIBEIRO; RIBEIRO; BENITO, 2017; SILVA et al, 2018).

Fatores como comorbidades múltiplas, utilização de múltiplas medicações, idade avançada, susceptibilidade genética, doenças com ativação imune e imunossupressão podem ser fatores predisponentes. Sendo a complicação mais frequente a sepse (EMETICK et al, 2014; WONG; MALVETITI; HAFNER, 2016).

O paciente oncológico possui diversos fatores que podem predispor o aparecimento da síndrome e o agravamento do quadro, tornando o tratamento mais difícil e o prognóstico ainda pior. Trata-se de um paciente que geralmente é submetido a mais de uma terapia, com utilização de variadas medicações para controle do câncer e da sintomatologia e com quadro frequente de imunossupressão comumente provocada pela terapia antineoplásica (IÚDICE et al, 2019).

Diante do desafio de prestar o cuidado de enfermagem em um paciente com câncer associado à síndrome de Stevens-Johnson e da escassez de literatura que aborde o tratamento em condições tão especiais, surgiu a necessidade da elaboração desse relato de caso. Dessa forma, o objetivo principal foi de relatar a experiência de tratamento de um paciente oncológico acometido pela síndrome de Steven-Johnson com foco no cuidado de enfermagem.

2 I MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso de um paciente internado na clínica cirúrgica de um hospital oncológico filantrópico de referência no estado do Maranhão. Os dados foram coletados por meio de avaliação direta das lesões, dos registros obtidos no prontuário e por registros fotográficos, com consentimento documentado do mesmo. O relato foi desenvolvido no período de 01 a 28 de Abril de 2018.

3 I DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 81 anos, com história de tumor de parede torácica e

tratamento cirúrgico para retirada do tumor, procura o serviço de Pronto Atendimento do hospital oncológico ao qual fazia o tratamento para o câncer em 03/04/2018 com queixa de febre alta (39°C), tosse produtiva, reação alérgica cutânea intensa e disseminada. Foi avaliado pela equipe médica e iniciou tratamento medicamentoso com cetoprofeno, dipirona e sulfametoxazol.

No dia 04/04/2018 o paciente foi internado na clínica cirúrgica masculina sendo avaliado pelo cirurgião, médica infectologista e enfermeiras da comissão de curativo. Na avaliação da pele do paciente observou-se presença de múltiplas bolhas cutâneas, flictemas difusos, descamação da pele, forte prurido e dor intensa à manipulação.

As primeiras condutas adotadas foram a suspensão das medicações em uso e instalação do protocolo de precaução reversa. O protocolo de precaução reversa visa minimizar o contato do paciente com possíveis agentes infecciosos. É composto por medidas como a restrição de visitas ao paciente, utilização de quarto privativo, utilização de roupas de cama e pijamas estéreis e trocados diariamente, implantação rigorosa do protocolo de higienização das mãos para os profissionais e acompanhantes, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como máscaras, luvas e capotes antes da manipulação com o paciente. A dieta oferecida foi estéril, com oferta de alimentos exclusivamente cozidos. No dia 05/04/2018 iniciou-se a administração de ciprofloxacino com coleta e acompanhamento de novos exames laboratoriais para verificação de sinais de infecção.

Para o tratamento tópico das lesões utilizou-se um protocolo de curativo com limpeza no leito realizada com Ringer Simples morno para proporcionar isotonia e minimizar a perda de temperatura corporal com posterior aplicação de ácidos graxos essenciais em toda a superfície corpórea. Nas áreas mais profundas, onde o tecido subcutâneo foi atingido, realizou-se aplicação de gaze estéril umedecida com ácidos graxos essenciais e oclusão com atadura para minimizar a fricção da pele.

Figura 1: Paciente acometido pela síndrome de Stevens-Johnson antes de iniciar tratamento direcionado e após dois dias de início de tratamento.

A partir dia 05/04/2018 houve melhora das lesões com diminuição da dor aguda, perceptível hidratação da pele e cessação da febre. Houve reepitelização a partir da segunda semana de internação com possibilidade de alta no 26° dia.

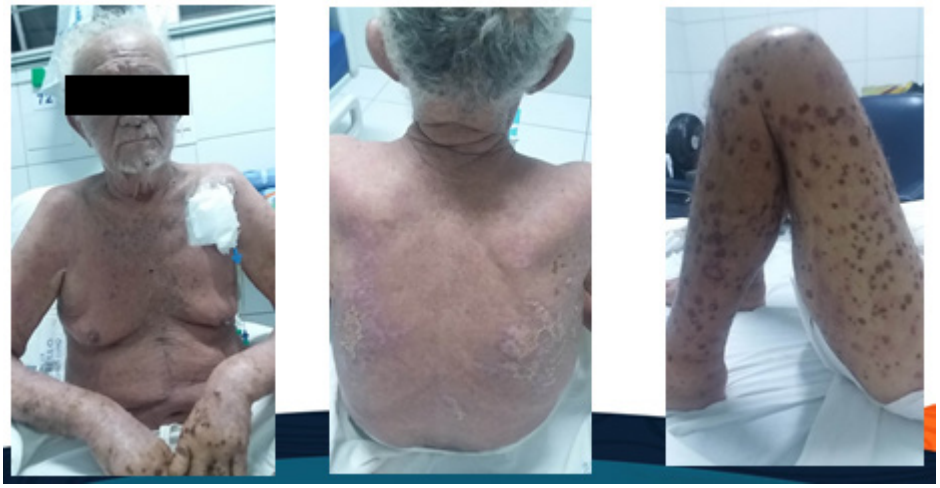


Figura 2: Paciente acometido pela síndrome de Stevens-Johnson vinte dias após início de tratamento.

4 I DISCUSSÃO

A etiologia da síndrome de Stevens-Johnson não é completamente esclarecida, sendo a hipótese mais aceita é a de que a doença é desencadeada por uma reação alérgica medicamentosa, dessa forma, Guimarães et al. (2015) indicam a suspensão imediata dos fármacos suspeitos para evitar a exposição do paciente a possíveis causas desencadeantes. Além da indicação de medidas de suporte para a correção do balanço hidroeletrolítico, com administração de hidratação endovenosa e cuidados oftalmológicos.

Os autores indicam ainda a necessidade da lavagem das mãos sempre antes de tocar o paciente e da manutenção do isolamento desse paciente dentro da unidade hospitalar como medidas necessárias para a prevenção de outras infecções, diminuindo o contato do paciente com agentes infecciosos externos (GUIMARÃES et al, 2015).

Casarolli et al. (2015) destacam a importância de uma assistência de enfermagem sistemática, individualizada e integral, de modo a alcançar o cuidado não somente as manifestações cutâneas, mas atendendo também as necessidades psicológicas, sociais, biológicas e culturais. O paciente oncológico geralmente precisa enfrentar o diagnóstico difícil, tratamentos desconfortáveis e o medo da morte. A síndrome de Stevens-Johnson causa alterações cutâneas visíveis e sistêmicas que afetam a auto imagem, junto com todos os processos emocionais vivenciados durante o tratamento do câncer podem ocasionar importantes efeitos psicológicos negativos.

Sobre o tratamento das lesões, não existe um consenso na literatura, porém, alguns autores indicam cuidados similares aos dos pacientes acometidos por queimaduras e manipulação cuidadosa e asséptica. A escolha do tratamento tópico do presente relato de caso baseou-se nos princípios fundamentais para tratamento de feridas com a utilização dos ácidos graxos essenciais (GUIMARÃES et al, 2015; CASAROLLI et al, 2016).

Os ácidos graxos essenciais formam uma barreira protetora da pele, impedindo a maceração ao mesmo tempo que proporciona hidratação, além disso, são importantes no processo de inflamação, nutrição e regeneração celular, proporcionando uma reestruturação do tecido (CASAROLLI et al, 2016).

Os cuidados realizados ao longo do período de internação hospitalar trouxeram um prognóstico favorável ao paciente, aplicando medidas simples e de baixo custo, foi possível realizar o tratamento e evitar infecções. Experiências como esta nos mostram que terapias eficientes aplicadas em unidades hospitalares com poucos recursos podem trazer melhoras significativas.

REFERÊNCIAS

CASAROLLI, A. C. G.; BARBOSA, H. B.; PAIANO, L. A. G., FERNANDES, L. M.; EBERHARDT, T. D. **Lesões epidérmicas pela Síndrome de Stevens-Johnson: Cicatrização com uso de membrana de celulose e ácidos graxos. ESTIMA**, v.14, n.3, 2016.

EMERICK, M. F. B.; RODRIGUES, M. M. T.; PEDROSA, D. M. A. S.; NOVAES, M. R. C. G.; GOTTEMS, L. B. D. **Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em um hospital do Distrito Federal. Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.6, 2014.

GUIMARÃES, J. R.; VENTURA, R. de F.; CERDEIRA, A. K. L. A.; GUIMARÃES, I. C. B. **Incidência de necrólise epidérmica tóxica em pacientes admitidos no setor de clínica médica, de um hospital terciário, na cidade de salvador-Bahia. Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.14, n.3, 2015.

IÚDICE, T. N. da S.; MARTINS, H. H. S.; TRINDADE, E. L. da; BEZERRA, N. V.; PEREIRA, L. F. de S. **Avaliação temporal do perfil de resistência de pseudômonas aeruginosa isoladas de pacientes internados em hospital oncológico em Belém-PA, Brasil em 2017. Brasilian Journal oh Health Review,** v.2, n.4, 2019.

RIBEIRO, A. G. de A.; RIBEIRO, M. C.; BENITO, L. A. O. **Síndrome de Stevens-Johson (SSJ) em adultos: revisão sistemática. Universitas: Ciências da saúde,** Brasília, v.15, n.2, 2017.

SILVA, G. S. da; BIANCHI, G. N.; ROCHA, L. P. S.; FILHO, E. R. G.; MILANESI, A. C. B. **Relato de caso e revcisão de literatura de Síndrome de Stevens-Johnson associada a episódio de varicela. Arquivos catarinenses de medicina,** Santa Catarina, v.47, n.3, 2018.

WONG, A.; MALVESTITI, A. A.; HAFNER, M. de F. S. **Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review. Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v.62, n.5, 2016.

CAPÍTULO 32

USO CONSCIENTE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Givanildo de Oliveira Santos
Docente do Curso de Educação Física Bacharelado da Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

Gilberto Teixeira da Silva
Graduado (a) em Educação Física Bacharelado pela Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

Rodrigo Ferreira de Souza
Graduado (a) em Educação Física Bacharelado pela Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

Rosemari de Oliveira Bozelli
Graduado (a) em Educação Física Bacharelado pela Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

Lais Mirele Oliveira Martins Daciuk
Graduado (a) em Educação Física Bacharelado pela Faculdade de Piracanjuba GO - (FAP).

RESUMO: Com o tema "Suplementação alimentar e atividade física para o corpo humano" o estudo foi construído através de revisão bibliográfica, com o objetivo de relacionar os suplementos saudáveis, sua composição e benefícios para a qualidade de vida dos praticantes de atividades físicas. Objetivou-se também conceituar a importância da suplementação consciente e de modo saudável em aliança com a atividade física, dissertar sobre a necessidade do equilíbrio entre essas práticas. Apurou-se que os suplementos alimentares estão cada vez mais populares, pois, ajudam na melhoria da força e desempenho do atleta profissional e também dos praticantes de atividades esportivas. Como benefício, as formulações desses produtos repõem nutrientes, aminoácidos, vitaminas e sais minerais consumidos pelo organismo durante a atividade física.

PALAVRAS – CHAVE: Saúde; Suplementação; Atividade física.

BENEFITS OF FOOD SUPPLEMENTATION AS ALLIED TO PHYSICAL ACTIVITY FOR THE HUMAN BODY

ABSTRACT: With the theme "Food supplementation and physical activity for the human body" the study was constructed through a bibliographical review, aiming to relate healthy supplements, their composition and benefits to the quality of life of physical activity practitioners. The objective was also to conceptualize the importance of conscious and healthy supplementation in alliance with physical activity, to discuss the need for a balance between these practices. It has been found that dietary supplements are increasingly popular because they help improve the strength and performance of the professional athlete as well as those practicing sports activities. As its greatest benefit, formulations of these products

replenish nutrients, amino acids, vitamins and minerals consumed by the body during physical activity.
KEYWORDS: Health; Supplementation; Physical activity.

INTRODUÇÃO

As pessoas vivenciam a correria do dia a dia, mas, todos almejam a famosa qualidade de vida. Mas, segundo Vilarta (et. al.; 2007), para que se tenha saúde, é necessário um equilíbrio entre a prática de atividade física e uma alimentação adequada.

Porém, por mais que o desejo das pessoas seja de ter uma vida saudável, nem todas praticam atividade física ou tem cuidado com a alimentação para ter de fato saúde e bem-estar, em razão da correria do da a dia ou mesmo, por falta de condições.

Praticantes de esportes e outras atividades físicas conseguem perceber a importância de praticar atividade física e selecionar melhor os alimentos que ingere, e, por vezes são adeptos do consumo de suplementos alimentares, para que haja o equilíbrio e um estilo de vida mais saudável.

Defendendo o consumo de suplementos alimentares, Jost e Poll (2014), acreditam que essa é uma forma de se ter uma alimentação adequada e equilibrada associada com o exercício físico, não por mera estética, mas sim, fonte de saúde e qualidade de vida.

O consumo de suplemento alimentar deve ser indicado por um profissional da área da saúde qualificado e especializado no assunto. Objetivou-se conceituar os benefícios de uma suplementação alimentar realizada de modo consciente e saudável em aliança com a atividade física, dissertar sobre riscos e a necessidade do equilíbrio entre essas práticas.

CONCEITO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

De acordo com Gomes et al. (2017), a prática de atividade física influencia o indivíduo á busca de hábitos saudáveis e mudanças em seus hábitos alimentares. Segundo Nabuco, Rodrigues e Ravagnani (2017), os suplementos alimentares possuem a finalidade de complementar a dieta e estes produtos podem ser encontrados em formas de comprimidos, cápsulas de gel, pós ou líquidos.

Como suplementos esportivos podem ser encontrados como proteínas em pó e barras, géis, bebidas energéticas e se configuram como uma categoria de suplementos alimentares que tem como finalidade o aumento de massa muscular, perda de peso corporal ou melhora do desempenho.

A Portaria nº 222, de 24 de março de 1998, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamenta os alimentos

> especialmente formulados para praticantes de atividade física e os classifica em repositores hidroeletrolíticos, repositores energéticos, alimentos proteicos, alimentos compensadores, aminoácidos de cadeia ramificada e outros alimentos com fins específicos para praticantes de atividade física. (JOST e POLL, 2014; p. 02).

Os suplementos alimentares são classificados como recursos nutricionais, isto é, alimentos que visam melhorar o rendimento físico. É saudável a adição de como Vitaminas e minerais essenciais aos alimentos desde que o consumo diário não ultrapasse 100% dos valores considerados para ingestão diária recomendada. Para além dessa porcentagem são considerados medicamento (NABUCO, RODRIGUES E RAVAGNANI, 2017).

Segundo Castro (2013), os suplementos alimentares ingeridos pelos frequentadores de academia geralmente são Proteínas, Carboidratos, Creatina, Aminoácidos, Termogênicos e Multivitamínicos.

Por definição, suplementos nutricionais são alimentos que servem para complementar com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, nos casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requer suplementação (RESOLUÇÃO CFN n° 380/2005).

Encontra-se também a definição de suplemento alimentar como elemento somado à dieta, especialmente se usado para a correção de alguma carência nutricional, não sendo apenas utilizado como um recurso ergogênico voltado para o desempenho esportivo (BIESEK; CÔRTE, 1997).

Os suplementos alimentares são usados por seus nutrientes capazes de suprir a quantidade nutricional recomendada para o indivíduo. No caso dos suplementos ergogênicos, estes visam produzir efeito de melhora da performance (NABUCO, RODRIGUES E RAVAGNANI, 2017).

Mas, nesse contexto desenvolve-se a dúvida sobre Afinal de contas, quem precisa de suplementação, desta complementação alimentar; se por motivo de saúde, para combate de obesidade, de carência nutricional e ou outros fatores que muitos considerar relacionados à saúde ou a falta dela. Para Freitas (2009, p.1), “os conceitos de saúde e doença passaram por muitas variações no decorrer da História, sempre relacionados com os contextos vividos e a influência que cada época teve sobre a perspectiva do adoecimento e do estar saudável”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), “Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social”. Assim, quando um desses elementos não vai bem, há um transtorno de saúde, seja físico, social ou mental. Dessa forma, uma pessoa pode estar abaixo de seus níveis ótimos de bem-estar celular, orgânico, psicológico, social e anda não apresentar nenhum sintoma de doenças; mesmo assim, o seu nível de saúde pode estar inferior ao ideal.

SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR E ATIVIDADE FÍSICA

A prática regular de atividade física é fundamental em qualquer idade e tem sido considerada um meio de preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida do ser humano. A inatividade física é um importante fator de risco de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão arterial (FREIRE, et. al.; 2014).

A atividade física e alimentação são componentes importantes de ordem biopsicossocial, que afetam o estilo de vida, a saúde e qualidade de vida, sendo influenciadas em sua maior parte, por determinantes comportamentais e ambientais (VILARTA, et al.; 2007).

A urgência por resultados expressos de ganho e definição da massa muscular, bem como o delineamento das formas do corpo, obtidos com a prática do exercício físico, motiva os indivíduos a buscarem diferentes meios que possam otimizar os efeitos do treinamento como, por exemplo, o uso de suplementos e abusos na prática de exercícios físicos (JOST e POLL, 2014).

Os praticantes de atividade física devem ter alimentação saudável, e, caso seja atleta, deve ter dieta balanceada, com variação dos alimentos, evitando a monotonia e garantindo o aporte adequado de todos os micronutrientes necessários, sem esquecer da hidratação, da reposição de carboidratos e da manutenção de aporte adequado de proteínas para promover manutenção da massa muscular (NABUCO, RODRIGUES e COELHO, 2017).

Para a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) e a Resolução RDC nº 18/2010, uma dieta balanceada conforme o que é recomendado para a população em geral, a não ser em casos especiais, é suficiente para a manutenção da saúde e para possibilitar bom desempenho físico de indivíduos que praticam exercícios de natureza não competitiva, o que dispensaria o uso de suplementos alimentares (JOST; POLL, 2014).

A suplementação nutricional pode ser usada, mas de forma cautelosa para evitar alterações significativas de peso, principalmente no período de competição, e a hidratação não pode ser negligenciada, devendo ser útil inclusive para a ideal reposição de carboidratos durante a atividade. Como princípio básico da nutrição, a individualidade deve ser respeitada e não existem fórmulas mágicas para prescrição de dieta ou suplementos para atletas. O bom senso deve prevalecer e a saúde sempre ser o objetivo principal (GOMES, et al., 2017).

Há, de acordo com Nabuco, Rodrigues e Coelho (2017, p. 412), “um amplo intervalo de variação na utilização de suplementos pelos atletas. Os mesmos têm consumido mais vitaminas e procuram informações sobre o consumo com seus treinadores, com o objetivo de melhorar a sua saúde”.

Mas também há quem os consuma sem devida orientação, pois, para Gomes (et al., 2017, p. 337),

> O uso de suplementos, na maioria das vezes, ocorre sem a devida orientação,

sendo resultado de indicação de colegas, treinadores, revistas, sites na internet ou de apenas ouvir dizer nas academias. Na maioria das vezes a aquisição desses produtos é feita na própria academia ou na farmácia, mas geralmente sem a indicação adequada.

E, de acordo com Alves e Lima (2009, p. 293), “as principais razões para tal prática são: compensar dieta inadequada, melhorar a imunidade e prevenir doenças e melhorar o desempenho físico e competitivo. A fonte de informação mais utilizada é a recomendação de amigos e técnicos”.

Para Lima e Poll (2014), se a prescrição dietética e de suplementos não respeitar a satisfação e o prazer em alimentar-se e privar o atleta de um adequado convívio social, essa prática pode ser altamente condenável.

Para Alves e Lima (2009) os suplementos alimentares mais utilizados pelos adolescentes são as proteínas e aminoácidos, creatina, carnitina, vitaminas, microelementos, cafeína, betahidroximetilbutirato e bicarbonato.

SUPLEMENTOS MAIS USADOS

O consumo de suplementos faz parte do cotidiano das academias e que o anseio em alcançar determinados padrões estéticos aliados à grande divulgação dos efeitos dos suplementos na mídia, mesmo sem grande embasamento cientifico, contribui para esse comportamento de consumo entre os frequentadores de academias (GOMES; et al., 2017),

Abaixo, buscou-se organizar em uma tabela com as informações de vários autores citados por Gomes (et al., 2017; In: Revista Saúde em Foco - Edição nº 9 – Ano: 2017), relatando sobre os suplementos mais usados por frequentadores de academias,

Suplementos	Características
1. Whey Protein	O whey uma proteína derivada do soro do leite, são utilizados geralmente após os treinos por ter uma absorção mais rápida no organismo.
2. Albumina	É encontrada em grande quantidade nos ovos, auxilia mais na recuperação do organismo do que propriamente no aumento de massa muscular.
3. Maltodextrina/dextrose	Dextrose é basicamente um açúcar de rápida absorção, dando um pico glicêmico no organismo, ajuda na recuperação energética e estocando energia na forma de glicogênio, ela ajuda também outros nutrientes a serem absorvidos pelo organismo. Maltodextrina é basicamente a mesma coisa da dextrose, porém, tem uma absorção mais lenta porque suas ligações são mais complexas e precisam ser metabolizadas no fígado, evitando o catabolismo por mais tempo.

4. BCAA	O BCAA é um dos suplementos de aminoácidos de cadeia ramificada mais utilizados por atletas. Ele é composto por leucina, isoleucina, valina e vitamina B6, ele é indispensável para o crescimento muscular, além de reparar as células e transportar oxigênio. O BCAA pode aumentar a produção de insulina no organismo, cuja função e permitir que a glicose no sangue seja absorvida pelas células para gerar energia.
5. Creatina	Nos primeiros dias de uso é armazenada nos músculos, com o passar do tempo é eliminada na urina na forma de creatina ou creatinina que é a forma metabolizada da creatina. Estudos mostram que a creatina é um suplemento eficaz para quem esta disposto a ganhar peso, porém, é um suplemento que retém muita água no interior dos músculos; com o passar do tempo essa água é eliminada naturalmente pelo organismo e consequentemente as medidas tendem a diminuir. Doses altas podem causar prejuízos hepáticos e renais.
6. L-Carnitina	Suplemento termogênico muito utilizado pelos praticantes de atividades físicas em grande parte das academias. Esta é um aminoácido bastante utilizado, que atua no metabolismo dos ácidos graxos de cadeia longa, transformando a gordura armazenada em energia.
7. Termogênicos	São substâncias que aumentam a temperatura corporal, ocasionando uma maior queima de calorias e reduzindo o apetite. Auxiliam na metabolização de gorduras, convertendo-as em energia disponível.
8. Multivitamínicos	Produtos que servem para complementar com vitaminas e minerais a dieta diária de uma população saudável, em casos onde sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente ou quando a dieta requer suplementação.

Tabela 1: Suplementos e as características.

FONTE: GOMES (et al., 2017). Consumo de suplementos alimentares por praticantes de atividades físicas de uma academia de Cananéia – SP. In: Revista Saúde em Foco - Edição nº 9 – Ano: 2017.

Os suplementos alimentares podem gerar benefícios, mas a ingestão em excesso pode ser prejudicial à saúde, sobrecarregando os rins e fígado (FREIRE, 2014).

Pelo que foi observado na tabela acima, é preciso cuidado no uso da suplementação alimentar. Qualquer desequilíbrio nesse sentido requer cuidados, tratamentos, para que os problemas sejam minimizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de suplementos alimentares associados à dieta e exercícios tem sido muito questionada, pois a maioria dos profissionais de nutrição afirma que com a combinação de uma dieta equilibrada e um treinamento inteligente, é possível melhorar o seu desempenho esportivo; o que sugere que a suplementação alimentar deva ser utilizada apenas por atletas e em casos específicos de carência nutricional.

Os benefícios através do consumo de suplementos alimentares são: repõem nutrientes, aminoácidos, vitaminas e sais minerais consumidos pelo organismo

durante a atividade física.

Porém, a ingestão em excesso destes pode ser prejudicial à saúde, sobrecarregando rins e fígado, provocando doenças e diminuindo a qualidade de vida de seus consumidores, devendo seguir recomendações de profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.; LIMA, R. V. B. Uso de suplementos alimentares por adolescentes. Jornal de Pediatria - Vol. 85, Nº 4, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n4/v85n4a04.pdf. Acesso em 23 de jun. de 2018.

FREIRE, R. S. (et. al, orgs. 2014). Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Esporte – Vol. 20, No 5 – Set/Out, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00345.pdf. Acesso em 26 de jul. de 2018.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, A. M. (et. al, orgs. 2017). Consumo de suplementos alimentares por praticantes de atividades físicas de uma academia de Cananéia – SP. In: Revista Saúde em Foco - Edição nº 9 – Ano: 2017. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/041_consumo.pdf. Acesso em 22 de jun. de 2018.

JOST, P. A.; POLL, F. A. Consumo de suplementos alimentares entre praticantes de atividade física em academias de Santa Cruz do Sul – RS. Cinergis 2014;15(1):10-17. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/4357/3602. Acesso em 22 de jun. de 2018.

LAKATOS, E. M. e MARCONI. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, A. P. de; POLL, F. A. Consumo de suplementos alimentares por universitários da área da saúde. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/3961. Acesso em 23 de jun. de 2018.

NABUCO, H. C. G.; RODRIGUES, V. B.; RAVAGNANI, C. de F. C. Fatores associados ao uso de suplementos alimentares entre atletas: revisão sistemática. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbme/v22n5/1517-8692-rbme-22-05-00412.pdf Acesso em 02 de jul. de 2018.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Resolução CFN n° 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf. Acesso em 22 de jun. de 2018.

VILARTA, R. (et. al. Orgs. 2007). Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida. Campinas, IPES Editorial, 2007. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000399280. Acesso em 29 de jul. de 2018.

CAPÍTULO 33

ANÁLISE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS CAPITAIS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR INOVADOR PARA AS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo
Graduada em Saúde Coletiva
Federal University of Pernambuco (UFPE),
Academic Center of Vitória (CAV).Vitória de Santo Antão - PE

Ryanne Carolynne Marques Gomes
Mestranda em enfermagem
Federal University of Pernambuco (UFPE) Recife - PE

RESUMO:A atenção à urgência e emergência em tempo oportuno e de forma qualificada reveste-se de grande importância por salvar vidas, na sua preservação e na redução de sequelas e do sofrimento das pessoas no momento em que elas mais necessitam dos serviços de saúde. Na atenção às urgências, a elevada demanda pelos serviços de saúde, principalmente as Unidades de pronto-atendimento (UPA), é significativamente superior à capacidade de oferta e, muitas vezes, os problemas que chegam aos serviços da UPA, poderiam ter sido resolutivos nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entre diversos fatores da estruturação e articulação da Rede, este tem sido o motivo de maiores debates e discussões sobre, primordialmente, a organização deste sistema com a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível. Em virtude dos principais pontos que foram levantados, o presente trabalho terá como objetivo fazer uma análise, de acordo com um levantamento de dados pelos sistemas de saúde, sobre o arranjo da Rede de Urgência e Emergência nas capitais do Nordeste do Brasil e a forma como os serviços de saúde trabalham nesta perspectiva de Rede.

PALAVRAS-CHAVE: Rede de atenção, Serviços de saúde, Urgência e emergência, Avaliação em saúde.

THE EMERGENCY CARE NETWORK ANALYSIS IN THE CAPITALS OFNORTHEASTERN BRAZIL: AN INNOVATIVE LOOK AT THE ACTIONS OF THE HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Attention to emergency care in a timely manner and in a qualified manner is of great importance for saving lives in its preservation and reducing sequelae and suffering of the people when they most need of health services. In attention to the emergency room, the high demand for health services, especially emergency care units (UPA), is significantly higher than the supply capacity and often the problems that come to the services of UPA could have solid resolute in own Basic Health Units (UBS). Among several factors

structuring and articulation of the Network, this has been the subject of major debates and discussions, primarily the organization of this system with the integration between levels of care and the responsibilities of each level. Because of the main points that were raised, this study will aim to make an assessment, according to a survey of data by health systems on the arrangement of Urgency and Emergency Network in the capital of Northeast Brazil and how health services working in this network perspective.
KEYWORDS: Attention Network, Health Services, Emergency and Emergency, Health evaluation.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 (BRASIL, 1988). Foi concebido na assertiva de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Segundo a Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, onde a mesma define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e emergência sendo a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Vê-se a partir dos conceitos que nos casos de emergência há risco iminente de interrupção da vida ou sofrimento muito intenso, e isso faz desta condição clínica uma prioridade absoluta, muito embora ambas necessitem de atendimento imediato.

A finalidade de uma unidade de urgência é receber e atender, de modo adequado, os pacientes que requerem cuidados emergenciais, ou seja, a meta é a avaliação imediata dentro do hospital. Porém, infelizmente, o cenário do trabalho em rede ainda é falho. Estes serviços foram criados para prestar atendimento imediato à pacientes com agravo da saúde, de forma a garantir todas as formas para dar sustentação a vida e possibilidades de continuidade da assistência neste local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Toscano (2001) comenta que a falta de estrutura dos postos de saúde e a reduzida oferta de serviços para resolver os problemas simples da população levam os pacientes a procurarem os hospitais que possuem atendimento de emergência, na certeza de que vão encontrar um médico, além da superlotação nas unidades de urgência, sendo responsável pelas longas filas de espera por atendimento observadas nos serviços em geral. Tal atitude ocasiona aumento na demanda de atendimento, gerando filas intermináveis, morosidade no resultado dos diagnósticos, aumentando a carga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de leitos, equipamentos e materiais para o atendimento das reais situações de urgência e emergência.

As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências integram o componente hospitalar do sistema de atenção, instituído pela Política Nacional de

Atenção às Urgências e Emergências (Brasil, 2011). A finalidade do trabalho das equipes de saúde dessas unidades é atender pacientes que chegam em estado grave, acolher casos não urgentes e proceder sua reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde.

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico no qual existe uma alta morbimortalidade relacionada aos acidentes de moto, principalmente entre os jovens do sexo masculino e na faixa etária dos 20 a 29 anos. Soma-se a isso, também, o alto custo socioeconômico existentes devido a morbidades relacionadas a causas externas.

Levando em consideração o grande problema de articulação desses serviços, o presente artigo tem como objetivo fazer uma análise, de acordo com um levantamento de dados secundários através dos sistemas de informações em saúde, sobre o arranjo da Rede de Urgência e Emergência nas capitais do Nordeste do Brasil e a forma como os serviços de saúde trabalham nesta perspectiva de Rede.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo realizado a partir do levantamento da base de dados secundários coletados no Sistema de Informações em Saúde online (DATASUS), Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde - SAGE e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Os mesmos foram processados no software Excel 2010, para a tabulação dos indicadores demográficos, assistenciais e epidemiológicos, com o objetivo de analisar a evolução da estruturação das Redes de urgência e emergência das Capitais do Nordeste do Brasil. A interpretação dos dados foram embasados com alguns referenciais teóricos da Política Nacional de Atenção às Urgências, que forneceram subsídios para as discussões.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos dados levantados com base nos indicadores assistenciais, observamos um aumento do número de leitos (**figura 1)** no ano de 2015 em relação à quantidade de UPAs em funcionamento. Levando em consideração a articulação e o trabalho em Rede, podemos destacar, entre os inúmeros fatores que possam estar associados com a fragilidade nos serviços de saúde, principalmente, a questão dos serviços de referências ao encaminhar o usuário as Unidades de pronto atendimento.

Toscano (2001), em suas publicações, destaca que a falta de estrutura dos postos de saúde e a reduzida oferta de serviços para resolver os problemas simples da população levam os pacientes a procurarem os hospitais que possuam atendimento

de emergência, na certeza de que vão encontrar um médico. Ao se fortalecer o atendimento e o funcionamento da Atenção primária à saúde, consequentemente, haverá uma diminuição do tempo de permanência nos leitos hospitalares.

Na Portaria GM/MS nº 1863, que instituiu o Plano Nacional de Atenção às Urgências, as Unidades Básicas de Saúde são consideradas uma unidade de atendimento pré-hospitalar de modalidade fixa, da qual deveria ser capacitada para assistência qualificada e especializada para atendimento e encaminhamento às unidades adequadas, evitando, assim, as internações por doenças sensíveis a atenção primária. Estes fatores, aliados à insuficiente estruturação da rede de saúde, tem transformado as unidades de urgência em um dos locais mais problemáticos do SUS (BRASIL, 2006).

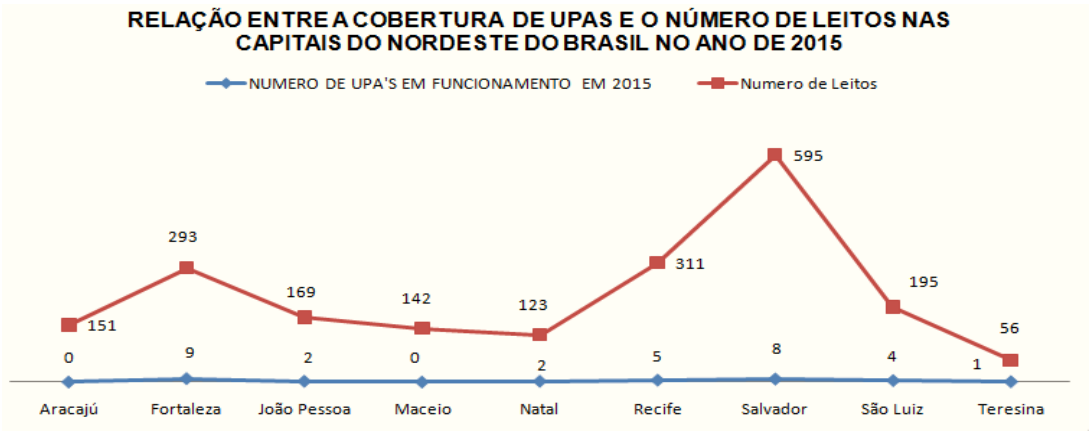


Figura I

Fonte: DATASUS

Notamos que, com o passar dos anos, quanto maior a quantidade de UPAS em funcionamento, maior é a oferta de leitos, o que pode ser um fator benéfico à população, casa a Rede de Urgência e Emergência consiga abarcar toda demanda, além de estruturar um trabalho de referência e contra-referência efetivo. Observa-se no gráfico acima um aumento na oferta de leitos com o passar dos anos, com destaque, principalmente, na capital de Fortaleza que, mesmo com a quantidade de UPAS em funcionamento maior que as outras capitais, o número de leitos é menor em comparação a Salvador, por exemplo.

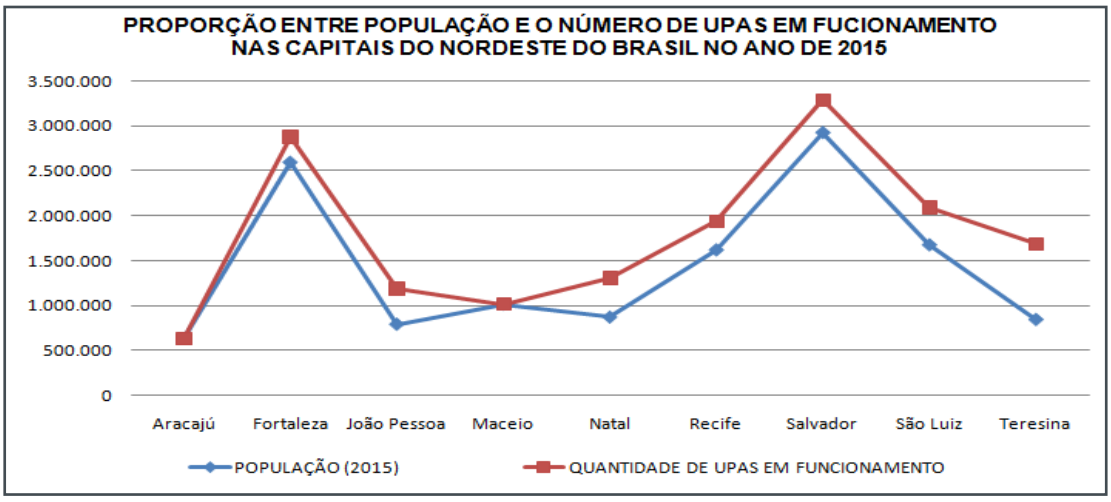


Figura 2

Fonte: DATASUS

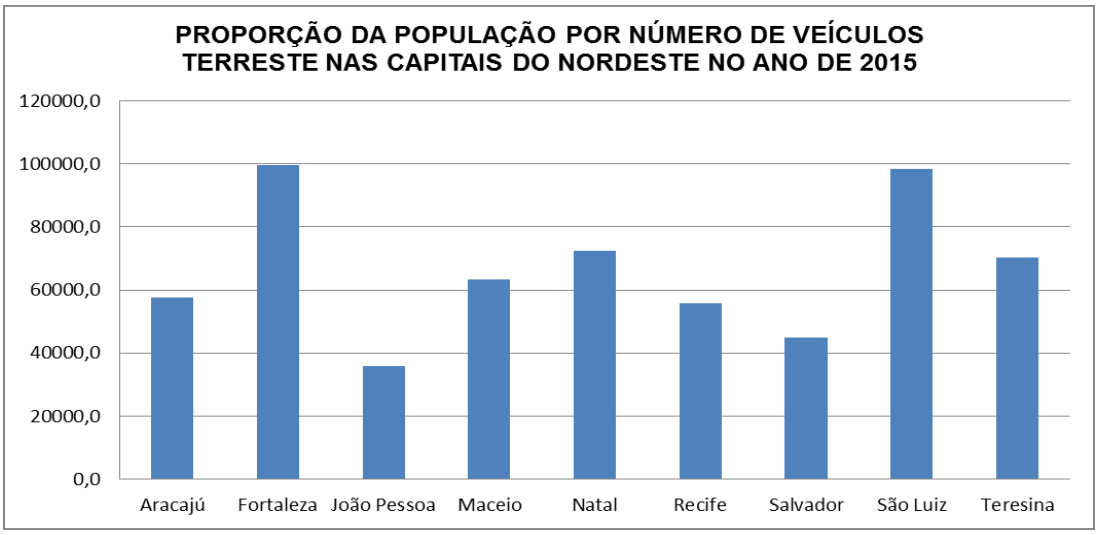


Gráfico 03

Fonte: DATASUS

O gráfico mostra que em Fortaleza existe uma proporção de 100.000 mil pessoas por veículo, assim, sendo um número alto de pessoas por veículo, em João Pessoa, existe aproximadamente quarenta mil pessoas por veículo, considerando uma quantidade menor de pessoas por veículo em comparação com as demais capitais. Podemos considerar, também, que a população do ano de 2015 de Fortaleza e duas vezes maior que a de João Pessoa. Já Salvador tem uma população maior que a de Fortaleza, e a cobertura de veículos por pessoa é maior, sendo cinquenta mil pessoas para um veículo.

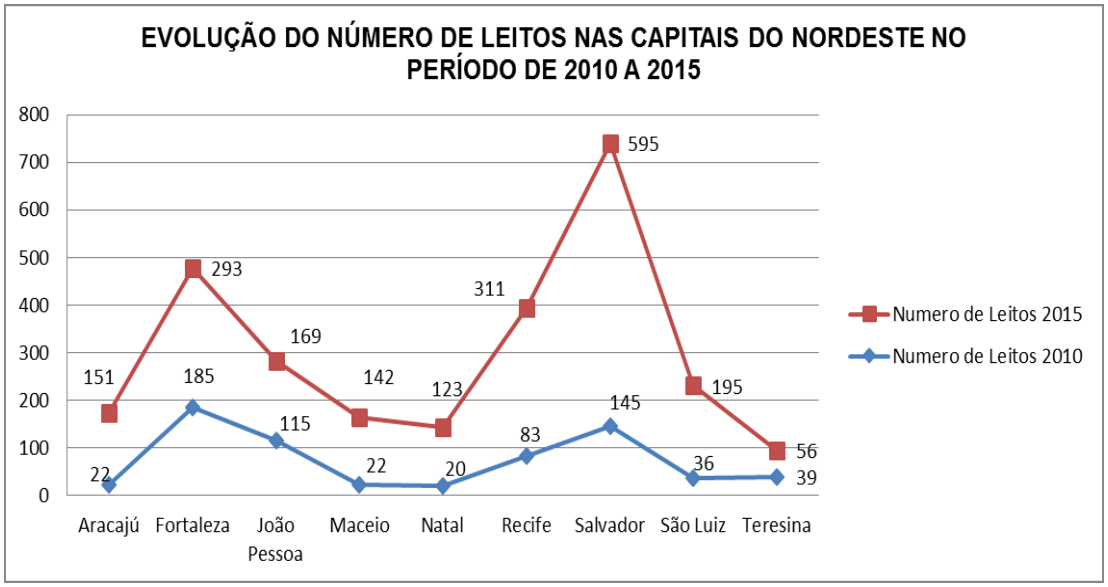


Gráfico 04

Fonte: DATASUS

Notamos que ao passar de cinco anos a rede de urgência e emergência progrediu nos números de leitos, com destaque em Salvador, que aumentou mais do dobro, podendo assim ter uma maior cobertura para a assistência a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando alguns pontos norteadores que justifiquem os indicadores expressos, conclui-se que ainda existem falhas na rede dos serviços de urgência e emergência, além de necessitar de um maior fortalecimento e estruturação, pois, em sua maioria, há uma quebra na cadeia de organização e no trabalho assistencial dos próprios serviços de saúde, onde, muitas vezes, a própria atenção básica que poderia prestar atendimento inicial, em seu caráter preventivo, acaba encaminhando o usuário a outros serviços, justificando, assim, a superlotação nos serviços de alta complexidade e, consequentemente, o número excedente de ocupação de leitos hospitalares.

Contudo, esta prática alia-se a um plano de assistência sistematizada e bem implementada acerca de conhecimentos técnicos e teóricos sobre o atendimento emergencial.

REFERÊNCIAS

_____BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Ministério da Saúde, 2003.

DATASUS. **Indicadores assistenciais em saúde.** Acesso em Abril de 2019.

IBGE. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Dados referentes aos indicadores demográficos das capitais do Nordeste do Brasil. Censo, 2010.

Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, **Ministério da Saúde, Brasil**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

TOSCANO, L.N.P. **Uma ferramenta integrada de suporte a decisões em casos de emergências médicas hospitalares**. Rio de Janeiro, 2001.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO- Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitatsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alfabetização em saúde 164, 165, 166
Anticoncepção 35
Assistência 7, 9, 30, 31, 34, 43, 62, 63, 64, 72, 73, 92, 106, 110, 116, 121, 122, 126, 135, 136, 139, 141, 153, 165, 181, 250, 267, 286, 300, 307, 308
Assistência a idosos 165
Assistência de enfermagem 63, 64, 121, 122, 126, 135, 136, 139
Atenção básica 287
Atenção primária 300, 327
Atenção primária à saúde 327
Atividade física 317
Autocuidado 53, 99, 118, 120
Avaliação nutricional 258, 266, 267, 299

B

Banco de leite humano 180
Benefícios 85, 255
Benzodiazepínicos 300, 303, 305, 307, 308, 309
Biomédico 176
Brasil 10, 13, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 47, 55, 60, 70, 72, 80, 85, 92, 93, 95, 97, 104, 105, 106, 109, 110, 115, 116, 119, 122, 123, 129, 137, 147, 148, 151, 165, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 175, 181, 182, 188, 191, 193, 201, 214, 215, 216, 220, 221, 223, 224, 226, 231, 232, 233, 237, 239, 246, 247, 249, 251, 253, 258, 265, 266, 277, 278, 280, 282, 286, 291, 293, 294, 298, 300, 302, 303, 305, 312, 316, 323, 324, 326, 330

C

Colostomia 118, 120, 121, 126
Cuidado pré-natal 25, 33
Cuidadores 181, 183, 188, 190
Cuidados de enfermagem 63, 110, 116, 129

D

Determinantes sociais da saúde 103
Doença crônica 165
Dor 153, 155, 156, 160, 163

E

Educação em saúde 74, 116, 151, 174, 193, 224
Eficácia 86
Enfermagem 24, 27, 42, 43, 45, 46, 48, 52, 53, 56, 57, 59, 62, 63, 64, 85, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 134, 135, 139, 140, 143, 153, 161, 162, 163, 174, 181, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 212, 223, 224, 247, 248, 249, 252, 255, 266, 268, 276, 287, 309, 310, 311, 316, 331
Enfermeiro 128, 140, 143, 147, 153
Exercício físico 289

F

Funcionalidade 94, 104

G

Gestantes 31, 65
Gravidez 25, 129

H

Hipertensão 106, 137, 169
Homofobia 151
Humanização 31, 72, 110, 114, 276

I

Idosos 94
Infecções sexualmente transmissíveis 239

M

Mitos 65, 69, 70
Modelos de dispensação 90
Morbidade 190, 203

N

Neonatal 202, 203, 208, 209, 211, 212, 213, 251, 253

P

Parto 25, 255, 276
Parto humanizado 276
Perfil epidemiológico 79, 300
Pessoal de saúde 45

Planejamento 35, 36, 37, 43, 140, 226, 230, 234, 235, 237, 287
Planejamento familiar 43
Política de saúde 12
Pré-eclâmpsia 129, 135, 137
Pré-natal 31, 33, 65, 72, 73, 74
Prevenção 22, 53, 243
Promoção da saúde 104, 201
Prostituição 214

Q

Qualidade de vida 104, 191, 192

R

Redução do dano 12
Regionalização 226, 227, 231, 237
Risco 45, 47, 51, 53

S

Saúde 2, 5, 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 20, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 64, 65, 67, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 92, 93, 94, 96, 97, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 127, 128, 129, 131, 133, 137, 138, 140, 146, 147, 151, 152, 155, 161, 164, 168, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 180, 181, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 214, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 259, 260, 264, 265, 266, 267, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 285, 286, 287, 291, 297, 298, 299, 307, 308, 309, 310, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331
Saúde bucal 65
Saúde da mulher 128
Saúde do adolescente 146
Saúde do homem 286, 287
Saúde mental 12
Sepse 203
Sinais vitais 153

V

Vigilância da saúde pública 258
Visita domiciliar 193, 201
Vulnerabilidade social 45

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-598-3